DISETE DEVERA

A Reforma Psiquiátrica no Interior do Estado de São Paulo:

Psiquiatria Reformada ou Mudança Paradigmática?

Faculdade de Ciências e Letras de Assis

Assis - 2005

DISETE DEVERA

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO: PSIQUIATRIA REFORMADA OU MUDANÇA PARADIGMÁTICA?

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP, para a obtenção do título de mestre em Psicologia e Sociedade, Área de Concentração Subjetividade e Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa

Assis

2005

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Devera, Disete
D491r A reforma psiquiátrica no interior do estado de São Paulo: psiquiatria reformada ou mudança paradigmática? / Disete Devera. Assis, 2005.
205 f. + 1 cd room

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

1. Reforma psiquiátrica – São Paulo (Estado) 2. Saúde mental 3. Psicanálise 4. Saúde pública - Brasil 5. Políticas públicas I. Título.

CDD 158.2
362.2

DADOS CURRICULARES

Nome: **Disete Devera**

Data de Nascimento: 15/11/1965

Filiação: Clodomiro Maior Devera e Creusa Carlevaro Devera

Formação Escolar:

Curso de Psicologia – Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
Unesp – Campus de Assis
1985-1989

Aprimoramento – Psicologia Clínica em Psiquiatria
Unesp – Campus de Botucatu
1990-1991

Especialização – Saúde Mental
USP – São Paulo
2000

Pós - Graduação - Psicologia e Sociedade
Área de Conhecimento: Subjetividade e Saúde Coletiva
Unesp – Campus de Assis
2002 - 2005

Atuação Profissional:

Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde
Rio Claro
1992- 2002
Coordenadora Municipal do Programa de Saúde Mental
Rio Claro
1997- 2001
Psicóloga junto à Assessoria Estadual de Saúde Mental do Estado de São Paulo
Rio Claro
2001-2202

Ao Victor por tudo, representante do meu investimento por um mundo mais ético e tolerante às diferenças em que a alteridade seja uma constante.

Ao Renato pelo amor, pela parceria nos investimentos da vida transpondo “grandes” obstáculos, e por compreender o lugar que ocupa em mim o compromisso com o coletivo e mais especificamente com a Saúde Mental Coletiva /SUS.

AGRADECIMENTOS

Esse espaço seria insuficiente para nomear a todos que merecem meus agradecimentos. Algumas pessoas pela sua participação mais que especial não poderiam deixar de ter seus nomes mencionados.

Ao Doutor Abílio da Costa-Rosa que acreditou/confiou, apostando na capacidade que por vezes eu duvidei existir em mim, reconhecendo o meu comprometimento e que com seu saber orientou verdadeiramente o norte desta pesquisa, e que para além dela compartilhamos o humano em nós, a fragilidade e a finitude.

À Doutora Rosana Onocko-Campos (UNICAMP) pelas valiosas contribuições por ocasião do Exame de Qualificação. E a Doutora Cristina Amélia Luzio (Unesp-Assis) que além dos subsídios na Qualificação, permitiu que eu muito aprendesse na realização do estágio de docência em sua disciplina de “Saúde Mental e Saúde Coletiva” onde vivenciei o espaço da docência enquanto lugar de desejo em mim, além de ter tido prontidão as minhas angústias no percurso de constituir-me pesquisadora e docente.

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo através da Coordenadoria de Planejamento em Saúde que autorizou a pesquisa e especificamente a Coordenação de Saúde Mental que possibilitou efetivamente a realização da mesma.

Ao compromisso dos Articuladores de Saúde Mental das Diretorias Regionais de Saúde do Interior do Estado e dos municípios sem os quais este trabalho não teria se concretizado.

Aos companheiros (usuários) do SUS que subsidiaram o princípio da construção dos conceitos de acolhimento e alteridade necessários para a transformação/construção em mim da mudança paradigmática, como sendo a possibilidade de se colocar no lugar do outro sem se perder, concebendo uma outra ética para a vida.

A amiga, cúmplice e, por circunstâncias que a razão desconhece, também minha irmã de sangue, Dimara Devera parceira dos sabores e dissabores do processo de mudança paradigmática.

Aos meus pais Clodomiro e Creusa por terem participação fundamental na cidadã que me tornei, responsável não só por meus atos, mas como pela construção de uma ética para a vida.

A minha família como um todo, meu irmão Disnei, meus sobrinhos, minhas cunhadas e cunhados, tios e tias, em especial ao “Seu Júlio e Dona Neyde” meus sogros, enfim a toda “trupe” com a qual compartilho a vida.

A Vó Zilda que do alto do seu “pseudo-analfabetismo” foi figura constante e presente ao longo de minha vida e principalmente nos últimos anos sendo “bia” (bisavó) dos sonhos de qualquer criança.

A Vó Hilda (in memoriam) mulher brava, forte, que apesar de ter convivido poucos anos existe em mim até hoje como referência para a vida.

Ao Vô Carlão (in memoriam) que do alto de seu tamanho e vitalidade era de uma sensibilidade ímpar, e nunca me esquecerei dos lanches nos finais de tarde de verão regados a tubaína e pão com mortadela.

A Miriam Senghi Soares e seu filho Felipe pela contribuição incondicional no processo de construção do banco de dados desta pesquisa, e por receber-me em seu lar e em seu coração. Amizade nascida a partir do encontro profissional enquanto articuladoras municipais de Saúde Mental que germinou, fincou raízes e floresceu para além de nós.

A Rosemari Pires de Andrade Medina (Rose) amiga constante no cotidiano da minha família, sempre atenta às necessidades concretas do dia-a-dia doméstico possibilitando que minhas ausências, no período do mestrado, não significassem mais do que o necessário.

A João Pratti e Maria Carolina Perissinotto pelo carinho e cuidado.

Aos trabalhadores de Saúde Mental que afetaram/atravessaram ao longo do meu processo de também constituir-me profissional de Saúde Mental tantos nos encontros “sincrônicos” quanto nos desencontros “diacrônicos”.

Em especial os encontros “sincrônicos” com Mariângela Quarentei, José Roberto Tozoni dos Reis, Marli B. Santos Ribeiro, Marileide Vieira de Souza, Isabel Marazina, Artur Chioro dos Reis, Amarílis e José Luís Riani Costa, Josiane e Marco Rocha, Márcio Mariguela entre tantos outros.

Ao amigo e irmão Sebá (Sebastião Antônio Gonçalves Ambrozio), amigo de graduação, aprimoramento e companheiro na luta por uma mudança paradigmática.

Aos colegas e docentes do curso de especialização em Saúde Mental da USP realizado em 2000 no CAPS Itapeva.

As amigas Mirsa Delossi, Ana Pitta, Sônia Barros e Verônica Sanduvete que contribuíram para o resgate da pesquisadora adormecida no turbilhão da gestão da Saúde Pública.

A Unesp - Campus de Assis, seus professores, funcionários e alunos (graduação: turma 85-89; pós-graduação: turma 2002), que tiveram contribuição fundamental na minha formação e por tudo mais.

Aos queridos companheiros de pós-graduação Márcia Campos, Clayton dos Santos com os quais foi possível criar laços de amizade que sustentaram o compartilhar constate das angústias, companheiros de aprendizados e descobertas, em especial Eneida Santiago, e família que me acolheram em sua casa com muito carinho nos momentos finais de construção deste estudo, me ajudando com sua lucidez e clareza dos rigores da academia.

Aos queridos professores José Sterza Justo e Francisco Hashimoto (Chico) e a secretária do departamento de Psicologia Clínica, Soraia Hussein Gimenes Vieira pela atenção, carinho e prontidão com que sempre acolheram minhas demandas. Em especial a

Tereza Etsuko da Costa Rosa que nos momentos finais deste trabalho disponibilizou-se com muito carinho e atenção na formatação dos dados quantitativos.

Ao DEMAC Departamento de Estatística, Matemática Aplicada e Computação da UNESP de Rio Claro, através dos professores Dr. Silvio Govone e Dr. Antonio Carlos Simões Pião e do funcionário e amigo Ari A.Xavier de Camargo e Dra. Maria Augusta H. W. Ribeiro pela disponibilidade e presteza a mim dispensada.

Aos colegas do Curso de Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientae, Núcleo de Limeira, que em nossas leituras e discussões foram esteio da arquitetura da reflexão deste trabalho.

A CAPES por acreditar em minha potencialidade enquanto pesquisadora, pela exigência implícita do estágio de docência para o bolsista que a mim foi muito cara e gratificante e, não esquecendo, o apoio financeiro que tornou possível a realização deste estudo.

Desvendar e reconhecer todos que co-operaram para a realização deste trabalho significa poder reencontrá-los no momento de intensa sintonia e concretização, portanto agradeço a todos que direta ou indiretamente atravessaram esta construção.

RESUMO

DEVERA, Disete. ***A reforma psiquiátrica no interior do estado de São Paulo: psiquiatria reformada ou mudança paradigmática?***. Assis, 2005. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Unesp.

A história da construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil elucida o processo de implantação dos serviços extra-hospitalares, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. A presente pesquisa realizou um levantamento de iniciativas das gestões municipais e estadual no interior do Estado de São Paulo, objetivando visualizar a implantação e construção dos programas de Saúde Mental, propiciando dados que permitem analisar a matiz das possíveis mudanças paradigmáticas, levando em conta também que este *lócus* necessitava de uma leitura sistematizada de suas transformações e possíveis contribuições à Reforma Psiquiátrica no Brasil. O estudo teve como balizador as diretrizes preconizadas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental e portarias ministeriais refletidas nas experiências e práticas do interior do Estado de São Paulo, analisadas em referência aos paradigmas Psiquiátricos e Psicossocial (Amarante, 1966 e Costa-Rosa, 2000). Foi possível verificar que a Reforma Psiquiátrica encontrada, tanto nos discursos dos gestores municipais quanto nos dados quantitativos, referentes à natureza dos dispositivos implantados, evidencia uma compreensão do processo de transformação, num sentido amplo do termo Reforma, mais próximo do modelo preventivo-comunitário, do que do ponto de vista de um movimento substitutivo das práticas hospitalocêntricas, quando consideramos como parâmetro de análise o Paradigma Psicossocial. O banco de dados possibilitará o desenvolvimento de futuras pesquisas sobre as mudanças do setor de Saúde Mental no interior do Estado de São Paulo, bem como a análise de outras vicissitudes presentes no processo de construção das práticas substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico (hospitalocêntrico e asilar), neste contexto.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Atenção Psicossocial, Saúde Mental Coletiva, Políticas Públicas, Psicanálise.

ABSTRACT

DEVERA, Disete. ***A Reforma Psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo: Marcos históricos e Marcas subjetivas.*** Assis, 2005. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Unesp.

In Brazil, the process of implementation of out-of-hospital services is explained by the evolvement of the Psychiatric Reform that replaced the hospital-centered model. This study surveyed the actions of municipal and state governments in the area of mental health in the countryside of Sao Paulo State, Brazil. This paper aims at pointing out the implementation and the planning process of such Mental Health Programs while providing data to allow a deeper analysis of the generating factors of changes and pinpointing contributing factors to the Psychiatric Reform in Brazil. This study took into account the guidelines proposed by the National Conferences on Mental Health and government decrees reflecting the practices and experience in the countryside of Sao Paulo State analyzed from the psychiatric and psychosocial paradigm standpoint (Amarante, 1966 & Costa Rosa 2000). It was possible to conclude that the headways of the Psychiatric Reform in Brazil found in municipal managing policies and confirmed by quantitative data shows a better understanding of the transformation process leading to the proposal of a model which is closer to community prevention rather than a replacement for the hospital-centered practice. The databank may allow both further research work on the changes occurred in the area of Mental Health in the countryside of Sao Paulo State and further analysis of other issues involved in the process of constructing of new practices to replace the Psychiatric Paradigm (hospital-centered or asylum).

Key Words: Psychiatric Reform; Psychosocial Care; Mental health; Social Health; Public Policies; Psychoanalysis

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Nível populacional A1 – Municípios com até 24.999 habitantes

Nível populacional A2 – Municípios entre 25.000 e 49.999 habitantes

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas de Saúde

ASM - Ambulatório de Saúde Mental

ASM inf – Ambulatório de Saúde Mental Infantil

Nível populacional B – Municípios entre 50.000 e 99.999 habitantes

Nível populacional C – Municípios entre 100.000 e 149.999 habitantes

CAIS - Centro de Atenção Integral à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS Itapeva – Centro de Atenção Psicossocial "Prof. Luiz da Rocha Cerqueira"

CECON - Centro de Convivência

CID-10 – Código Internacional de Doenças, décima revisão

CIR – Colegiado de Intergestores Regional

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

COSAM-MS – Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde

CRMGSP – Coordenadoria da Região Metropolitana e Grande São Paulo

CS - Centro de Saúde

CSI – Coordenadoria de Saúde do Interior

CSM/SES-SP – Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde – São Paulo

CT – Cooperativa de Trabalho

Nível populacional D – Municípios entre 150.000 e 199.999 habitantes

DAA – Dispositivo de Atenção Ambulatorial

DAB – Dispositivos de Atenção Básica

DAÍ – Dispositivo de Atenção Intensiva

DATASUS – Site do Ministério da Saúde que disponibiliza dados estatísticos referentes ao SUS.

DEMAC – Departamento de Estatística, Matemática Aplicada e Computação da Unesp-Rio Claro.

DEH – Dispositivos Extra-Hospitalares

DIR – Diretoria Regional de Saúde

DRS – Dispositivo de Reinserção Social

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta revisão

Nível populacional E – acima de 200.000 habitantes

ERSA – Escritório Regional de Saúde

FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília.

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

GAAPH - Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar.

HD - Hospital-Dia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Ação Social

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NOB - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OPS/OMS - Organizações Pan-americana de Saúde da Organização Mundial de Saúde

OT – Oficina de Trabalho

PAB – Plena de Atenção Básica

PBVS - Piso Básico da Vigilância Sanitária

PEH – Processo de Estratégia de Hegemonia

Plena – Plena do Sistema Municipal de Saúde

PM – Portaria Ministerial

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PUC-Campinas - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

PSF SM - Programa de Saúde da Família articulado à Saúde Mental

RT – Residência Terapêutica

RP – Reforma Psiquiátrica

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SES-SP – Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo

SM – Saúde Mental

SM em AE - Saúde Mental em Ambulatório de Especialidades

SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial / Sistema Único de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFA - Teto Financeiro da Assistência

UAC – Unidade de Avaliação e Controle

UBS – Unidade Básica de Saúde

Unesp – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Unicamp – Universidade de Campinas

USP - Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização do número de municípios

TABELA 2 – Caracterização dos municípios com Saúde Mental por nível populacional

TABELA 3 - Caracterização dos municípios sem Saúde Mental por nível populacional

TABELA 4 - Caracterização dos municípios por DIR

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1- Evolução da rede SUS de serviços de Saúde Mental SES de São Paulo

Fotografia 2- Redução do número de leitos

Fotografia 3- Distribuição dos municípios por nível populacional

Fotografia 4- Caracterização do município por tipo de gestão

Fotografia 5- Número de Hospitais Psiquiátricos e número de Dispositivos de Atenção Intensiva em 1995 e 2004

Fotografia 6- Dispositivos de Atenção Básica por nível populacional

Fotografia 7- Dispositivos de Atenção em Saúde Mental e Dispositivos de Reinserção Social por DIR

Fotografia 8- Dispositivos de Atenção em Saúde Mental e Dispositivos de Reinserção Social por nível populacional

Fotografia 9- Dispositivos de Atenção em Saúde Mental e Dispositivos de Reinserção Social por tipo de gestão

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos municípios por nível populacional segundo a DIR e total de municípios

Quadro 2 – Distribuição das DIR por tipo de gestão da municipalização

Quadro 3 – Distribuição dos tipos de gestão da municipalização por nível populacional

Quadro 4 – Distribuição da presença de Atenção em Saúde Mental por DIR

Quadro 5 - Distribuição da presença de Atenção em Saúde Mental por nível populacional

Quadro 6 - Distribuição da presença de Atenção em Saúde Mental por tipo de gestão da municipalização

Quadro 7 – Distribuição dos Dispositivos de Controle Social por DIR

Quadro 8 - Distribuição dos Dispositivos de Controle Social por nível populacional

Quadro 9 - Distribuição dos Dispositivos de Controle Social por tipo de gestão da municipalização

Quadro 10 - Distribuição dos Dispositivos de Atenção Básica (DAB) por DIR

Quadro 11 - Distribuição dos Dispositivos de Atenção Básica (DAB) por nível populacional

Quadro 12 - Distribuição dos Dispositivos de Atenção Básica (DAB) por tipo de gestão da municipalização

Quadro 13 - Distribuição dos Dispositivos de Atenção Ambulatorial (DAA) por DIR

Quadro 14 - Distribuição dos Dispositivos de Atenção Ambulatorial (DAA) por nível populacional

Quadro 15 - Distribuição dos Dispositivos de Atenção Ambulatorial (DAA) por tipo de gestão da municipalização

Quadro 16 - Distribuição dos Dispositivos de Atenção Intensiva (DAI) por DIR

Quadro 17 - Distribuição dos Dispositivos de Atenção Intensiva (DAI) por nível populacional

Quadro 18 - Distribuição dos Dispositivos de Atenção Intensiva (DAI) por tipo de gestão da municipalização

Quadro 19 - Distribuição dos Dispositivos de Reinserção Social (DRS) por DIR

Quadro 20 - Distribuição dos Dispositivos de Reinserção Social (DRS) por nível populacional

Quadro 21 - Distribuição dos Dispositivos de Reinserção Social (DRS) por tipo de gestão da municipalização

Quadro 22- Variação dos leitos psiquiátricos e das vagas presumidas em DAI mensais no interior do Estado de São Paulo em 1995 a 2004

Quadro 23- Distribuição dos municípios sem Saúde Mental com Clínico Prescritor por DIR

Quadro 24- Distribuição dos municípios sem Saúde Mental com Clínico Prescritor por nível populacional

Quadro 25- Distribuição dos municípios sem Saúde Mental com Clínico Prescritor por tipo de gestão da municipalização

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO: A reforma psiquiátrica no interior do estado de São Paulo 21

1. CONTEXTO HISTÓRICO 24

1.1. A assistência e a Reforma Psiquiátrica no Brasil 27

1.2. As Conferências Nacionais de Saúde Mental, Portarias Ministeriais e Legislação 35

1.2.1. As Conferencias de Saúde Mental 35

1.2.2. As Portarias Ministeriais 39

2. A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO ESTADO DE SÃO PAULO E SUAS TRANSFORMAÇÕES NA LEGISLAÇÃO E NO DISCURSO 45

2.1. As experiências construídas 67

3. CONTEXTO TEÓRICO 75

3.1.O que se compreende por Reforma Psiquiátrica 75

3.2.O Modo Psicossocial: um paradigma da transformação da Atenção em Saúde Mental 80

II. METODOLOGIA 89

1. O Método Dialético 89

1.2. Dialética na pesquisa sobre a Reforma Psiquiátrica no Interior de São Paulo 92

2. O desenho da pesquisa 98

2.1. A elaboração do Banco de Dados 98

2.2. Procedimento para preenchimento dos questionários 99

2.3. Destinação do material e/ou dados coletados 100

3. Procedimento de coleta e análise dos dados 101

3.1. O Trabalho de análise 106

III. MAPEAMENTO DA SAÚDE MENTAL NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO 111

1. Levantamento documental: dados oficiais 111

2. Dados quantificáveis 114

2.1. Caracterização geral 114
2.1.1. Possui ou não recursos em Saúde Mental 121
2.2. Caracterização dos Dispositivos de Controle Social 125
2.3. Caracterização dos Dispositivos extra-hospitalares 130
2.2.1. Caracterização dos Dispositivos de Atenção Básica 131
2.2.2. Caracterização dos Dispositivos de Atenção Ambulatorial 136
2.3.3. Caracterização dos Dispositivos de Atenção Intensiva 140
2.3.4. Caracterização dos Dispositivos de Reinserção Social 145
2.3.5. Paralelo entre Hospitais Psiquiátricos municipais e Dispositivos de Atenção Intensiva 149
2.3.6. Caracterização dos municípios sem Saúde Mental 152
2.4. Discutindo os dados quantitativos 156
3. Apresentando dados qualitativos 163
3.1. Modalidades discursivas entre os gestores de Saúde Mental no Interior de São Paulo 164
3.1.1. A presença e distribuição das modalidades discursivas por DIR, nível populacional e tipo de gestão da municipalização 168
3.2. Discutindo os dados qualitativos 169
IV. DISCUSSÃO 175
V. SÍNTESE CONCLUSIVA 179
VI. BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 183
Apêndices
Apêndice 1. Solicitação de autorização para a pesquisa
Apêndice 2. Termo de Consentimento
Apêndice 3. Questionários: Mapeamento da rede de Atenção em Saúde Mental
Apêndice 4. Tabulação Qualitativa
Anexos 253
Anexos 1. Autorização SES / SP
Anexos 2. Autorização do Comitê de Ética (FAMEMA)
CONTRA-CAPA: CD - Rom 268

I. INTRODUÇÃO: A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Entendo que a psicologia, mais do que uma profissão é uma ciência, e que o exercício profissional, como espaço de construção de saberes, é transformar a prática em objeto de pesquisa; um compromisso que, como agente de mudança, foi definindo, ao longo dos anos, o campo da Saúde Mental como objeto dessa investigação.

Alguns marcos desta história pessoal merecem destaque, como a montagem de um serviço de psicologia em uma instituição, o qual assistia famílias carentes da Grande São Paulo. Outro trabalho, este que considero ser o mais importante, foi a coordenação do Programa Municipal de Saúde Mental na Prefeitura Municipal de Rio Claro. Ali fui a responsável pela elaboração e implantação do novo modelo de atenção em Saúde Mental, através da criação de uma rede de serviços extra-hospitalares. Esse período em minha profissão exigiu de mim não só conhecimentos teóricos específicos como também maturidade pessoal e profissional.

Em relação às dificuldades encontradas no processo de implantação de um novo modelo de Saúde Mental, foi possível chegar à elaboração e ao amadurecimento das questões técnico-teóricas com a minha participação como representante municipal no Colegiado Regional de Saúde Mental da Diretoria Regional de Saúde de Piracicaba no período de 1998 a 2000, essa atividade também foi concomitante à realização do curso de especialização em Saúde Mental do Programa Docente Assistencial em Saúde Mental – PIDA Escola de Enfermagem – USP/Secretaria Estadual de Saúde /SP e Ministério da Saúde.

O convívio, durante o ano de 2000, com gestores e trabalhadores de Saúde Mental de várias regiões do Estado de São Paulo possibilitou-me uma compreensão mais abrangente da realidade do processo de Reforma Psiquiátrica. Isso me permitiu identificar a lacuna existente entre a produção no interior do estado e seu devido registro histórico, o que se

apresenta como objetivo do presente estudo, que pretende contribuir no sentido de registrar, estudar, sistematizar e divulgar a história da Reforma Psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo, no período que vai da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1994) ocorrida em 1987 até o 2004.

O período existente entre a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental até a presente data, compreende mais de 15 anos de trabalho, no sentido de realizar uma transformação na assistência psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo. Tais atividades, porém, não foram registradas de forma sistematizada. Esta investigação propõe-se a fazer um levantamento sistemático destas intervenções, a partir do prisma das iniciativas de gestão em âmbito municipal e estadual.

O que norteia este estudo é a necessidade de identificar e elucidar os marcos históricos do processo de construção do novo modelo de atenção em Saúde Mental, preconizado nas Conferências Nacionais de Saúde Mental (BRASIL, 1994; BRAISL, 2002), voltado para o Interior do Estado de São Paulo, visto que este *lócus* no referido período não teve a devida atenção quanto ao registro. Entende-se que a busca desses marcos pode ser conduzida através de duas vertentes: na primeira, realizando o mapeamento da criação e expansão dos serviços comunitários (extra-hospitalares) de assistência à Saúde Mental, a par do progressivo descredenciamento dos serviços de internação asilar nos hospitais psiquiátricos e, na segunda vertente, buscando o registro desse processo a partir do olhar e do posicionamento objetivo e subjetivo da gestão municipal em Saúde Mental sobre a Reforma Psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo, durante o período compreendido.

A referida pesquisa foi realizada a partir da Coordenadoria de Planejamento em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Anexo 1); foram distribuídos questionários (Apêndice 3), a partir das Diretorias Regionais de Saúde do interior do Estado, de forma que cada município está cadastrado em banco de dados formatado (programa

Access). As questões abertas foram respondidas pelos gestores locais responsáveis pelos Programas Municipais de Saúde Mental.

A história da construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil elucida uma parte do processo de implantação dos serviços extra-hospitalares, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, no interior do Estado de São Paulo. Este estudo permite a explicitação desse processo histórico, mas vai procurar, sobretudo analisar os encontros e desencontros dos programas de Saúde Mental no interior do Estado de São Paulo, considerando suas possibilidades e dificuldades de atingirem o novo modelo de atenção em Saúde Mental, preconizado pelo ideário da Reforma Psiquiátrica principalmente após o processo de municipalização da Saúde, em que o Estado deixou de ser o responsável direto pela implantação dos serviços assistenciais e executor das ações, passando estas, portanto, diretamente, a ser incumbência dos municípios.

Assim, na primeira parte deste estudo apresenta um levantamento histórico e bibliográfico referente à história da assistência psiquiátrica no Brasil e em especial no estado de São Paulo. Na segunda parte discutimos a metodologia utilizada. Enquanto na terceira o mapeamento da Saúde Mental no interior do Estado de São Paulo consta de dados documentais, quatificáveis e qualitativos que são comentados e discutidos. Na parte quatro essas informações são relacionadas e problematizadas. Encerramos com a síntese conclusiva.

1. CONTEXTO HISTÓRICO

O objetivo do trabalho é análise das características da Reforma Psiquiátrica no interior do estado de São Paulo. Para isso desenhamos um breve pano de fundo das ações da Reforma Psiquiátrica tanto no seu contexto mundial quanto no contexto brasileiro para melhor visualizar os movimentos da pesquisa e reflexão.

Estudar a construção da assistência em Saúde Mental requer compreender alguns aspectos do fenômeno doença mental através de um retorno ao discurso histórico, não sem os percalços, as contradições e incertezas que, desde sempre, estiveram presentes nesse caminho. Em cada época, o louco assumiu um personagem; na Antigüidade e até meados da Idade Média, prevaleceu uma visão mítica-religiosa da loucura. Os antigos acreditavam que a enfermidade decorria da possessão por maus espíritos, cuja expulsão se dava através de rituais mágicos. Com o advento da religião monoteísta, na Idade Média, a enfermidade adquire uma dimensão moral, sinônimo de castigo divino (RESENDE, 1987).

No final do século XV, as atividades agrícolas e artesanais, predominantes na economia, seguiam o ritmo da natureza. Com o início da manufatura e a necessidade de impor disciplina aos trabalhadores, iniciou-se nesse período, a exclusão dos improdutivos e dos inadaptados, juntamente com os pobres e mendigos, dando origem a uma prática de isolamento que pouco a pouco ganharia força, sobretudo com a ascensão da burguesia (TUNDIS & COSTA, 1987).

Assim, nasceu o hospital geral com a finalidade de abrigar indiscriminadamente os indivíduos ociosos e todos aqueles considerados ameaçadores da ordem social e familiar (mendigos, viúvas, doentes venéreos, libertinos, homossexuais, entre outros). Neste depósito de indesejáveis sociais, a loucura não constituía uma categoria diferenciada, sua positividade

advindo, progressivamente, da percepção do negativo, da falta em relação às condutas socialmente reguladoras (FOUCAULT, 1993).

A importância dada à loucura no momento da instauração da sociedade burguesa deveu-se, inicialmente, ao fato de ela escapar à manutenção da ordem social representada pelo sujeito contratual. Em oposição, o louco é considerado irresponsável e ameaçador, destinado assim ao internamento, sujeito à alienação e à retirada do convívio social, pois são aqueles que não foram domesticados pelas técnicas disciplinares lançadas pela Justiça[1]. Nesse período, a família, o judiciário e o rei eram aliados na patrulha em nome da ordem e da moral (CASTEL, 1987).

No século XVII, Descartes lançou a linha divisória razão / desrazão, na qual a loucura aparece como condição de impossibilidade do pensamento, o desatino dilacera a unidade trágica do humano, em nome da racionalidade. O afastamento do aspecto trágico antecede a demarcação cartesiana, remetendo-nos à atitude socrática que inaugurou uma nova relação do homem com a razão: *"o 'socratismo estético' subordinou o poeta ao teórico, ao pensador racional, e considerou a tragédia irracional, isto é, um compromisso de causas sem efeito e de efeitos sem causas"* (MACHADO, 1997, p.12).

Apolo e Dionísio, antes vivenciados como complementaridades, tornam-se polaridades, originando um modo de ser destinado à expressão racional: "*Sócrates, o 'homem teórico', foi o único verdadeiro contrário do homem trágico e com ele teve início uma verdadeira mutação no entendimento do Ser"* (FEREZ, 1996, p. 10). A dimensão do trágico, do dionisíaco, ficou, então, reservada aos domínios da arte, colocada como esfera separada, espetáculo à parte das demais atuações do homem no universo cotidiano.

---

[1]Na Inglaterra em 1496 uma lei determinava que os vagabundos e ociosos deveriam ser postos no tronco por três dias e noites e, em caso de reincidência, surrados com chicote e ter um colar de ferro afixado no pescoço. Na França, os trabalhadores que abandonavam o trabalho eram caçados como desertores das forças armadas. Os pais que se recusavam a mandar seus filhos para o trabalho na indústria eram sujeitos a penas de pesadas multas e prisão (REZENDE, 1987).

Despido da razão, o louco será despido, também, de sua condição de sujeito; vigiado por detrás dos portões do hospital geral, o objetivo do tratamento moral era a mudança dos costumes, a reversão dos maus hábitos, o isolamento do convívio social, fonte dos excessos e das paixões.

Aos poucos, a necessidade de mão-de-obra libertou os indivíduos aptos para o trabalho. Esta triagem transformou o hospital geral em instituição de produção do saber médico e foi neste contexto que Philippe Pinel assumiu a diretoria do Hospício de Bicêtre na França, mandou desacorrentar os alienados e os reuniu num espaço exclusivo, o asilo, local do saber, da prática e do objeto da psiquiatria (AMARANTE, 1996).

No século XVIII, embora a imoralidade ainda fosse reconhecida como causa da loucura, intensificou-se a busca por uma abordagem científica, com correlatos orgânicos. No interior dos asilos, os médicos ocupavam-se da descrição e nomeação do observável; aos poucos, originaram-se enunciados para nomear, categorizar e possibilitar a uniformidade dos tratamentos. A abordagem biomédica tornou-se hegemônica no campo da Saúde Mental, orientada, sobretudo, pelo pensamento categórico e causal. De acordo com o pensamento categórico, os elementos agruparam-se em categorias distintas e cada elemento, pertencendo a uma categoria única e organizado de acordo com um procedimento dualista, demarcava a oposição saúde versus enfermidade. Dado o efeito, pode-se derivar a causa, numa equação linear, de equivalência: causa única = efeito único.

Foi no século XIX que surgiu a Psiquiatria, culminando com a objetivação da loucura como fenômeno reconhecível, detectável no comportamento humano. A loucura tornou-se objeto de descrição e foi dissecada, classificada e nomeada, possibilitando o exercício do diagnóstico: a conduta do indivíduo conduz à construção de perfis compostos por exteriorizações que, posteriormente, serão denominadas de sintomas. Portanto, a Psiquiatria

transformou a loucura em doença tratável, a partir de procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento.

1.1. A Assistência e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

O emergir de modelos assistenciais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico aconteceu em determinado contexto histórico no Brasil e para entendê-lo, é importante revisitar a história da assistência psiquiátrica no Brasil e compreender os mecanismos históricos que sustentam as práticas na área da Saúde Mental.

Até o final do século XIX, no período pré-republicano, os “loucos” eram incorporados à paisagem urbana como tipos de rua e não como internos do hospício.

Medeiros (1993) afirma que, no período colonial, a loucura não estava incluída nos catálogos de males, nem nos projetos da instituição hospitalar e da instituição médica. O autor reproduz um texto do psiquiatra Juliano Moreira para ilustrar esta afirmativa:

> Os alienados, os idiotas e os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranqüilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa quando as condições físicas dos doentes o permitiam e nos parentes, por si ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viagem. Se agitados punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranqüilos vagueavam pela cidade, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente (MEDEIROS, 1993, p. 75).

Em meados do século XIX, de acordo com Resende (1987, p.34) "*o doente mental que ainda podia desfrutar de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade...*" passou a ser tratado em Santas Casas de Misericórdia.

A partir de 1830, médicos da "Academia Imperial de Medicina" passaram a reivindicar a competência para lidar com a loucura, mobilizando a opinião pública no sentido de construir um hospício para os alienados. Criticavam e denunciavam os cuidados prestados pelas Santas Casas do Rio de Janeiro (COSTA, 1989).

No Brasil, segundo vários autores (AMARANTE 1995; COSTA 1981; FIGUEIREDO 1996; RESENDE 1987) aconteceram dois momentos importantes: *a inauguração em 1852 do Hospício Pedro II* (inaugurado pelo próprio imperador D. Pedro II) e o outro, após a Proclamação da República, com o *advento da Psiquiatria Científica*. Segundo Resende (1987), esses acontecimentos são considerados como marcos institucionais da assistência psiquiátrica.

De acordo com Machado et al. (1978),

> só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria (p. 479).

Nessa perspectiva, o louco passou a ser considerado *doentio* e passível de medicalização. Baseado no princípio do isolamento, o hospício Pedro II foi o lugar de exercício da ação terapêutica, daí a sua organização especial, com vigilância, regulação de tempo e repressão. Constituiu-se, assim, no modelo asilar respaldado na proposta de tratamento moral formulada por Pinel e Esquirol (BARROS, 1996).

Castel (1991) chama a atenção para o fato de que o conjunto de dispositivos do século XIX foi de dimensões cristalizadas, a partir de práticas elaboradas num contexto

histórico preciso, em relação a uma problemática social concreta: um código teórico (as nosografias clássicas), uma tecnologia de intervenção (o tratamento moral), um dispositivo institucional (o asilo), um corpo de profissionais (os médicos-chefe) e um estatuto do usuário (o alienado definido como menor, passível de assistência pela lei de 1838).

A partir de 1881, os médicos passaram a assumir a direção do hospício e, com a proclamação da República, o então denominado Hospício Nacional de Alienados passou a ser controlado pelo Estado e não mais pela Santa Casa. Ocorreu, então, a

> laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle da instituição e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocará para si a atribuição da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental, tal como a gravidade da situação exigia (RESENDE, 1987, p. 43).

Por volta de 1886, Teixeira Brandão, primeiro psiquiatra diretor do Hospício Nacional de Alienados e ardente defensor da total medicalização do asilo consegue, enquanto deputado, a aprovação da primeira Lei do alienado.

> Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício. (...) Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido (MACHADO et al., 1978, p. 484).

Assim, a assistência psiquiátrica do Brasil, no início do século XX, cumpriu uma síntese asilar, definindo mais um dos elementos de uma Política de Saúde Mental: um estatuto do usuário. A Psiquiatria abre seu caminho para a fase científica com Juliano Moreira, que propôs fundamentos teóricos, práticos e institucionais para um sistema psiquiátrico coerente.

Em 1912, a Psiquiatria tornou-se especialidade médica autônoma, embora seu ensino tenha começado em 1883, ano em que ocorreu também um aumento no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais, não só no Rio de Janeiro, mas em todo o Brasil, porém o primeiro asilo paulista para alienados foi o Hospício Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo, inaugurado em 1852 (BARROS, 1996).

Em 1901, segundo momento da Psiquiatria Científica, fundou-se o Juqueri, como proposta de “Asilamento Científico” sob a influência da Psiquiatria Alemã e seus conceitos fundamentais, a degenerescência e eugenia. O Dr. Franco da Rocha fala pouco sobre a terapêutica no asilo, cujo Hospital foi construído com materiais vindos da França e já havia, na época, discussão sugerindo a descentralização desse serviço.

O modelo de colônias passou a ser copiado pelas capitais do Brasil. Por todo o país proliferam hospitais psiquiátricos e colônias agrícolas para doentes mentais com a idéia de tratar e reeducar pelo trabalho, fornecendo um ambiente calmo e regrado. Porém, os serviços criados, a princípio, para tratamento daqueles reconhecidos como doentes mentais incharam com o recolhimento de toda gama de excluídos (órfãos, mendigos, prostitutas, etc.), sem qualquer estrutura de tratamento fora do hospício, para estes outros doentes.

Em História da Psiquiatria no Brasil (1989), Jurandir Freire Costa estuda, no período de 1928 a 1934, o papel da Liga Brasileira de Higiene Mental na formação do pensamento psiquiátrico brasileiro. Fundada em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a liga teve como objetivo inicial melhorar a assistência aos doentes mentais, através da melhoria das instituições e da formação dos psiquiatras. A princípio, a liga seguiu a orientação inicial, mas em 1926, seus psiquiatras passaram a elaborar projetos que extrapolavam essa orientação e visavam à prevenção eugênica e à educação dos indivíduos (COSTA, 1989).

Nesta conjuntura, apareceu Ulisses Pernambucano. Precursor da psiquiatria social brasileira atuou, da década de 20 a de 40, trabalhando pela humanização da assistência,

protestando contra as violências e maus-tratos que sofriam os doentes, nos hospícios. Em 1931, inaugurou a Assistência aos Psicopatas de Pernambuco, trabalho pioneiro, especialmente no que se refere à concepção de um sistema assistencial. Tratava-se de uma rede de serviços que era composta por um Serviço de Higiene Mental, um Ambulatório e Serviço Aberto, um Hospital Psiquiátrico para agudos, um Manicômio Judiciário e uma colônia de Alienados (CERQUEIRA, 1989), para melhor acolher e cuidar daqueles enfermos da mente.

A partir de 1931, desenvolveu-se uma tendência que passou a condenar a mestiçagem e a atribuir a todos os indivíduos não-brancos o caráter patológico. A solução seria o saneamento racial através da eugenia. Apareceram os macro-asilos e, em São Paulo, começavam os estudos sobre criação das Instituições Filantrópicas.

Em São Paulo, no final de 1950, o Juqueri continuava sendo o grande centralizador de pacientes, totalizando então 13.019 internos, chegando ao número de 14.393 em 1965, quando, então, se iniciou a política de redistribuição para entidades privadas. Tanto o Governo do Estado de São Paulo quanto o Governo Federal adotaram essa política, determinando a subseqüente expansão da rede de hospitais psiquiátricos privados (BARROS, 1996).

Os hospícios, hospitais e colônias, no final da década de 50, tinham como características a *"superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, condições de hotelaria tão más ou piores quanto as dos piores presídios, a mesma situação que Teixeira Brandão*[2] *denunciava quase 100 anos antes"* (RESENDE, 1987, p. 60). O panorama geral da assistência psiquiátrica era sombrio; o poder público muito pouco ou quase nada fazia, e o movimento internacional de desinstitucionalização do pós-guerra não repercutiu no país (CERQUEIRA, 1989).

[2] Primeiro psiquiatra diretor do Hospício Nacional de Alienados ardente defensor da total medicalização do asilo e consegue enquanto deputado a aprovação da primeira Lei do Alienado em 1886 (MACHADO et al. 1978).

No período que se seguiu ao golpe militar de 1964, a medicina previdenciária e a sua psiquiatria de massa emergiram determinando novos rumos para a assistência psiquiátrica, estendendo a sua cobertura aos trabalhadores e seus dependentes. Implanta-se, nesse período, uma rede de hospitais particulares e conveniados ao poder público, negócio altamente rentável para a iniciativa privada. Em relação à assistência extra-hospitalar, até 1961, contava-se com apenas 17 ambulatórios psiquiátricos, em todo o País (MAIA apud RESENDE, 1987).

Nos anos 70, iniciou-se no Brasil a Reforma da Assistência Psiquiátrica. Instalou-se um processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico. O setor previdenciário apresentava-se em crise, devido aos gastos com contratação de hospitais privados, auxílio-doença e aposentadorias decorrentes de distúrbios psiquiátricos (GIORDANO JUNIOR, 1989).

O Ministério da Previdência Social criou a Comissão Permanente para Assuntos de Psiquiatria, a qual propunha mudanças à assistência psiquiátrica. Esta comissão foi liderada pelo prof. Luís da Rocha Cerqueira que, em 1971, assumiu o cargo de Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo. Durante sua gestão foi apresentado um programa de trabalho que redirecionava a assistência psiquiátrica, apontando para a redução dos macro-hospitais, instalação de unidades extra-hospitalares e diversas outras propostas.

> A partir da década de 1970, no que se refere à saúde, constata-se a implantação de uma rede básica em vários estados do país. No entanto, prevalecem algumas tendências na sua organização tais como a expansão da cobertura previdenciária; reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual, especializada e sofisticada e centrada na lucratividade; criação de um complexo médico-industrial com crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos (LUZIO, 2003b, p. 54).

Há que se destacar a figura de Luís da Rocha Cerqueira, ativo nos meios acadêmicos e professor universitário no Rio de Janeiro e em Ribeirão Preto/SP, psiquiatra alagoano, disseminou idéias de humanização da assistência e de respeito aos direitos do doente mental. Defendia a necessidade de uma política nacional de Saúde Mental definida, pela organização de um sistema de atenção diversificado e não-hospitalocêntrico e a construção de parâmetros de avaliação de eficácia dos serviços, especialmente para fiscalização de leitos contratados (PITTA-HOISEL, 1984; FIGUEIREDO, 1996). Discípulo de Ulisses Pernambucano, Cerqueira foi um dos pioneiros da psiquiatria social brasileira e um veemente crítico do modelo assistencial hospitalocêntrico.

Conforme descreve Resende (1987), a década de 70 caracterizou-se pelas denúncias de grupos de profissionais contra a “indústria da loucura”, condenada como dispendiosa e cronificadora. O sistema acolheu as denúncias e elaborou uma infinidade de novas propostas, ordens de serviço oriundas do Ministério de Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e do Instituto Nacional de Previdência Social. Foram, então, introduzidas as proposições da Medicina Comunitária e Medicina Preventiva, como estratégias de expansão dos cuidados psiquiátricos à população não-previdenciária.

Assim, diversos Estados, tais como São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Bahia iniciaram a reformulação de sua rede de assistência, para tentar superar o modelo hospitalar-custodial (DELGADO, 1987).

Em 1975, foi apresentado o relatório do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que discutia sobre as diretrizes de reorganização dos serviços prestados por essa instância, baseados nas concepções teóricas das comunidades terapêuticas.

Normatizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo surgiu, em 1976, a Coordenadoria de Saúde da Comunidade, cabendo-lhe estabelecer um sub-programa de Saúde Mental a ser adaptado aos Centros de Saúde. O Serviço de Higiene Mental da Coordenadoria

de Saúde Mental transformou-se, então, em divisão de Ambulatórios (GIORDANO JUNIOR, 1989).

Em 1978, foi a vez do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – movimento internacional criado em 1974, em Bruxelas, que encampou a rede Alternativa à Psiquiatria, com destaque nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia (AMARANTE, 1995).

Em 1982, surgiu a portaria 3108 (2004a) do MPAS, atribuindo ao Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONAP) a avaliação e implantação do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, significando um avanço do modelo da comunidade terapêutica para a introdução de parâmetros para uma rede extra-hospitalar.

Em 1986, através da Portaria Ministerial nº 3344, o Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS) constituiu um grupo assessor de trabalho para definir e propor normas operativas na área de Saúde Mental para a rede própria, contratada e credenciada, dentro das diretrizes das Ações Integradas de Saúde (AIS), cujo objetivo principal, era a redução das internações psiquiátricas, desenvolvendo o atendimento extra-hospitalar.

Eram prioridades da Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM-MS), na época, 1986, a substituição progressiva do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico por rede de atenção integral em Saúde Mental; e a revisão do arcabouço jurídico-legal, objetivando a sua compatibilização com as mudanças em curso no plano assistencial e a garantia dos direitos civis e de cidadania dos portadores de transtornos mentais.

A reforma da assistência psiquiátrica, no Brasil, começou a se constituir como modelo conceitual que propôs a mudança de “olhar” em relação às pessoas portadoras de sofrimento psíquico, a partir de momentos importantes dentro do processo da Reforma Psiquiátrica, como a Declaração de Caracas, em 1990 e, mais efetivamente, na II Conferência

Nacional de Saúde Mental, em 1992, que teve como marco conceitual a *Atenção Integral e Cidadania***.**

1.2. As Conferências Nacionais de Saúde Mental, Portarias Ministeriais e Legislação

1.2.1. As Conferências Nacionais de Saúde Mental

Em 1987, no Rio de Janeiro, a I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (1994) reafirma as resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004b) – que, em 1986, formulava a proposta de Reforma Sanitária, definindo os princípios do que viria a ser o SUS – e defende a reestruturação do modelo assistencial em Saúde Mental, criticando fortemente o hospitalocentrismo e a institucionalização. Destaca, ainda, a necessidade de revisão da legislação psiquiátrica, no sentido da preservação dos direitos dos doentes mentais.

A I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (BRASIL, 2004) realizada em 1987 abrangeu três questões importantes: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental; cidadania e doença mental: direitos deveres e legislação do doente mental.

Seu relatório trouxe como propostas a reformulação do modelo assistencial em Saúde Mental e a reorganização dos serviços existentes no País, definição de uma política de recursos humanos, assim como a reformulação da legislação ordinária e, apesar de ter estabelecido uma Política Nacional bem definida, não foi suficiente para que tal política fosse

implantada. Houve, no entanto, um grande movimento por parte dos trabalhadores, em busca da implantação de inúmeros projetos que se colocavam como substitutivos à assistência psiquiátrica clássica. Inicia-se também, a partir da mobilização de intelectuais, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, o qual sustentou um discurso que buscou transformações no sentido de concretizar de fato a inclusão social, a solidariedade e a cidadania (LUZIO, 2003b).

Na nova conjuntura do País, intensificaram-se os movimentos a favor da Reforma Sanitária cuja bandeira de luta era, como ainda continua sendo, o Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios de descentralização, regionalização e hierarquização. O crescimento do Movimento Sanitário foi acompanhado pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e de Núcleos de Saúde Mental que organizaram eventos, entre eles o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru em 1987, onde os técnicos de diversas categorias e de diversos estados do País discutiram o papel político que deveriam desempenhar para a transformação da realidade assistencial.

A Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina realizada em Caracas, em novembro de 1990, constituiu-se um outro momento importante que muito contribuiu para o debate referente às propostas da Reforma no Brasil. Foi realizada com patrocínio das Organizações Pan-americana e Mundial de Saúde (OPS/OMS) e com a participação de Ministérios de Saúde, Justiça e Seguridade social, parlamentares, delegações técnicas e outras forças políticas nacionais de vários países, entre eles Argentina, Chile, México, Uruguai, Nicarágua e o Brasil um dos seus signatários.

Do resultado dessa Conferência, descrito em documento denominado Declaração de Caracas, foi reconhecido que a reestruturação da assistência psiquiátrica implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; que os recursos, cuidados e tratamentos prestados devem salvaguardar a dignidade pessoal e

os direitos humanos e civis; e que se deve propiciar a permanência da pessoa doente em seu meio comunitário (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1991).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) (1994), realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992, é resultado de longo processo democrático e teve alguns eventos marcantes para a sua efetivação, como a IX Conferência Nacional de Saúde que aprovou o fortalecimento da luta pela vida, da ética e da municipalização da saúde, com ênfase no controle social, definindo o nível local como estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais. A II CNSM foi sendo construída através da mobilização de milhares de pessoas e de diferentes atores sociais e setores – social, político, cultural – nas conferências municipais, regionais e estaduais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2, 1994).

Os conceitos de atenção integral e cidadania foram direcionadores das deliberações da II Conferência, referentes aos temas centrais, Modelo de Atenção e Direitos de Cidadania. Com respeito ao modelo assistencial, enfatiza-se a necessidade do cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 (BRASIL, 1990) e 8.142/90 (BRASIL, 1997)) e a efetivação da municipalização da saúde, garantindo assistência integral e substituindo o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificados e qualificados.

Com relação ao financiamento, entre outras recomendações, estão as de assegurar um mínimo de 3% do orçamento municipal para a área; estabelecer prazos para a progressiva desativação de leitos para usuários de longa permanência, substituindo-os por lares abrigados; criar instrumentos que redirecionem os recursos destinados à rede hospitalar contratada, em benefício da rede extra-hospitalar; estabelecer formas de remuneração que viabilizem e incentivem a criação de serviços municipais como hospital-dia e centros de Atenção Psicossocial.

Quanto aos aspectos legais, ressalta-se a necessidade de revisar a atual legislação brasileira, no sentido de garantir os direitos de cidadania dos doentes e prescrever a utilização de internação como último recurso terapêutico. Recomenda-se, ainda, que os municípios incluam a Saúde Mental nas instâncias de vigilâncias epidemiológica e que os dados obtidos subsidiem o planejamento de ações (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2, 1994).

Devido ao amplo debate suscitado e à produção de propostas e recomendações bem elaboradas, a II Conferência constitui, sem dúvida, um importante marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Entendendo que a efetivação dessa política passa, necessariamente pela municipalização da saúde conforme diretriz/recomendação da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1994), a adoção de conceitos como território, regionalização das ações de saúde e eqüidade, derivados do ideário da Reforma Sanitária, são ações e providências que verdadeiramente possibilitam o rompimento com o modelo hospitalocêntrico.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no período de 11 a 15 de dezembro de 2001, em Brasília, tendo como tema “Cuidar Sim, Excluir Não”, ocorreu havia menos de um ano da aprovação da Lei Federal de Saúde Mental 10.216.

Essa conferência representou o fortalecimento do consenso em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de Atenção em Saúde Mental totalmente substitutivo ao manicomial.

As transformações propostas pelas conferências de Saúde Mental são, antes de tudo, transformações que incidem no ideário, ou seja, no discurso. Tendo ainda que atravessar todas as vicissitudes do Processo de Estratégia de Hegemonia[3], até chegarem à efetivação prática. Sem deixar de lembrar que a análise em termos de Processo de Estratégia de Hegemonia, por ser de um nível macro, deve incluir uma série de outras dificuldades como,

[3] Conceito discutido e problematizado em Costa-Rosa, 1987.

por exemplo, toda a inércia do imaginário sobre a loucura e os modos de “lidar” com ela, tanto por parte da sociedade (com destaque para os familiares) quanto por parte dos próprios trabalhadores como agentes institucionais, dos quais se espera a construção dos dispositivos substitutivos ao Hospital Psiquiátrico.

1.2.2. As Portarias Ministeriais

Compreendendo a Reforma Psiquiátrica como um processo histórico de transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais e, portanto, marcado por tensões, desafios e conflitos; as Conferências e as portarias ministeriais podem ser entendidas tanto como tentativas como a serviço de pôr em prática certas diretrizes do discurso instituinte, quanto a serviço do instituído para de alguma forma normatizar, burocratizar e neutralizar o instituinte. Compreendendo estas tentativas de neutralizar o instituinte, não como aberração, mas como uma característica do Processo de Estratégia de Hegemonia, que certamente ocorre nos embates entre os interesses contraditórios no campo da saúde.

Costa-Rosa (2000) avalia como fundamental compreender as instituições em suas vertentes instituída e instituinte, lança mão da concepção de Lourau (1995), onde entende a instituição em sua vertente instituída, esta representa o produto, o resultado da atividade instituinte que regula as atividades sociais, através das normas, padrões e leis. Aqui a inércia ocupa o lugar do conservadorismo da dominação, porém a mesma instituição apresenta também sua vertente instituinte espaço institucional em que as forças que compõem a produção operam nas fissuras do instituído provocando rupturas gerando transformações institucionais. Essa polaridade instituído-instituinte, como tantas outras, deve ser lida como a

vê o método dialético, como unidade e luta de contrários, visto que as portarias sempre vêm a reboque das transformações institucionais, como podemos destacar a seguir:

Portaria 189 (novembro/1991) Dispõe sobre a compatibilidade dos procedimentos das ações em Saúde Mental com o modelo assistencial proposto.

Portaria 224 (janeiro/1992) Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares. Atendimento ambulatorial (UBS, CS, ASM) de NAPS e CAPS e o atendimento hospitalar (HD, Serviços de Urgência Psiquiátrica em Hospital geral, Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral e Hospital Especializado em Psiquiatria).

Portaria 407 (abril/1992) Dispõe sobre a autorização para cadastramento de hospitais psiquiátricos no grupo de procedimentos – Internação em Psiquiatria III.

Portaria 408 (dezembro/1992) Dispõe sobre a inclusão no SAI-SUS dos procedimentos para tratamento em psiquiatria, realizados pelo INAMPS, mediante proposição da Secretaria Estadual de Saúde.

Portaria 63 (abril/1993) Cria o Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAAPH) e nomeia seus membros.

Portaria 88 (julho/1993) Estabelece critérios explícitos para um adequado processo de credenciamento dos hospitais em psiquiatria III e IV. Prorroga o prazo de validade do código de procedimentos Internação em Psiquiatria III.

Portaria 145 (agosto/1994) Dispõe sobre a criação de um subsistema de supervisão, avaliação e controle da assistência em Saúde Mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação, das normas em vigor.

Portaria 147 (agosto/1994) Dispõe sobre a exigência da exposição objetiva do projeto terapêutico da instituição psiquiátrica, de uma forma suscetível de confronto com a

realidade institucional no momento da supervisão técnica. Assegura medicamentos básicos de Saúde Mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em Saúde Mental.

Portaria / GM 1077 (agosto/1999) Dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica.

Portaria 106 (fevereiro/2000) Cria e regulamenta o funcionamento dos "Serviços Residenciais Terapêuticos".

Portaria 799 (julho/2000) Institui no âmbito do SUS, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. O programa prevê a implantação de grupos técnicos nos âmbitos federal, estadual e municipal, com a participação de representantes das equipes de Saúde Mental, vigilância sanitária e Unidade de avaliação e controle.

Portaria 1220 (novembro/2000) Regulamenta a portaria 106, para fins de cadastro e financiamento no SAI/SUS.

Portaria 251 (janeiro/2002) Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar psiquiátrica, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Tem por objetivo reestruturar todo o sistema hospitalar psiquiátrico, buscando nova configuração formada por hospitais de pequeno porte (até 80 leitos) e médio (160 leitos), com substituição progressiva dos macro-hospitais.

Portaria 336 (fevereiro/2002) Acrescenta novos parâmetros aos da portaria 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária; estabelece diferenciação a partir de critérios populacionais e direciona novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria

mecanismos de financiamento próprio para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS.

Portaria 189 (março/2002) Regulamenta a portaria 336/2002, para fins de cadastro e financiamento no SAI/SUS, ampliando o financiamento daqueles serviços.

Portaria 816 (abril/2002) Institui no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Portaria 817 (abril/2002) Regulamenta a portaria 816/2002, para fins de cadastro e financiamento no SAI/SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Cabe destacar a aprovação da lei nº 10.216, de abril de 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), que trata da proteção e dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Aprovada em última instância, ela reflete o consenso possível no que tange a uma lei nacional de reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. Teve como base o projeto original do deputado Paulo Delgado e versão final alterada no substitutivo do senador Sebastião Rocha. Continha proposições em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original, a saber, Senador Beni Veras e Lúcio Alcântara, e contrários o senador Lúcido Portella.

Para Luzio (2003b), essa nova Lei, mesmo com poucos avanços, representa um instrumento importante para a Reforma Psiquiátrica, pois no campo jurídico, a única legislação existente era o Decreto nº 24.559, de 1934, assinado pelo então Presidente Getúlio Vargas.

A lei nº 10.216 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) redireciona o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil, prevendo, entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades e a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; regulamentando cuidados especiais à clientela de longa permanência, sem descartar a possibilidade de punição para a internação

involuntária e/ou desnecessária. Aqui vemos mais uma vez a polaridade entre instituído-instituinte apresentar suas forças.

Todo esse processo de regulamentação legal de direitos foi fortalecido por ações estaduais importantes, tais como as leis dos Estados do Rio Grande do Sul de agosto de 1992, do Espírito Santo de agosto de 1992, do Ceará de julho de 1993, de Pernambuco de maio de1994, de Minas Gerais de janeiro de1995, do Rio Grande do Norte de janeiro de 1995, do Paraná de novembro de 1995, do Distrito Federal de dezembro de 1995.

Com relação ao Estado de São Paulo, destaca-se o avanço representado pela aprovação do chamado Projeto Roberto Gouveia (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1997), que estabelece o Código de Saúde do Estado e define sua política de Saúde Mental com a lei complementar 791, de 09 de março de 1995 (cap. IV, Seção III, artigo 33), a qual diz que fica a encargo do SUS, estadual e municipal, desenvolver programas de apoio à desospitalização, prestando serviços e cuidados assistenciais aos pacientes de transtorno mental e promovendo seu retorno ao convívio social.

No que se refere à psiquiatria infantil e psicogeriatria, a lei enfatiza a assistência ambulatorial e domiciliar para evitar ou reduzir ao máximo possível a internação hospitalar duradoura ou de tempo integral. Também salienta que a internação psiquiátrica dar-se-á, preferencialmente, em hospitais gerais e só será utilizada como último recurso terapêutico; neste caso o paciente deverá ser informado sobre seu diagnóstico e os procedimentos terapêuticos, bem como expressar seu consentimento para internação.

A lei também se preocupou com a vigilância dos direitos dos indivíduos assistidos, a qual será realizada pela autoridade sanitária local e pelo Ministério Público, especialmente no caso de internação involuntária.

Dentre as portarias acima descritas cabe destaque, em nossa pesquisa, as que subsidiaram a implantação de serviços extra-hospitalares como referido na PM 224/92, a PM

106/2000 e a PM 336/2002 que marcam, progressivamente, momentos de mudança que possibilitaram o credenciamento de serviços desta natureza. Como também PM 63/93 que cria o Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAAPH), e a PM 88/93 que estabelece critérios explícitos para o processo de credenciamento dos hospitais em psiquiatria III e IV, de forma que assim se instrumentaliza o Estado no sentido de regular e supervisionar as práticas hospitalares. Porém mesmo na Reforma Psiquiátrica oficial, via portarias e legislação, pode notar-se uma ambigüidade entre os paradigmas psiquiátrico e aquele que tem sido designado como Reforma Psiquiátrica, quando observamos que muito do que se apresenta na 336/2002 é repetição da 224/92, por exemplo no que diz respeito ao hospital-dia que por sua vez repete a do hospital psiquiátrico.

Observamos ainda que na portaria 336/2002, apesar de representar um grande avanço, devemos ter clareza de que quando denominam os CAPS I e CAPS II, caracterizando-os como algo muito próximo de Centro Comunitário de Saúde Mental, entendido este como intermediário, portanto concebendo o hospital psiquiátrico ainda como parte integrante do sistema, por não terem os CAPS I e II prontidão à crise, o que se está fazendo é reafirmar o modelo preventivo-comunitario. Já, o CAPS III apresenta-se como algo equivalente aos NAPS (experiência santista), colocando-se como substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Uma análise dos CAPS I, II e III, globalmente, tal como estão expressos e definidos nas portarias ministeriais, permite ver claramente que, como respostas táticas do setor dominante no processo de estratégia de hegemonia (representando o Estado) às reinvindicações dos interesses ainda subordinados no campo da Saúde Mental (o movimento da Reforma Psiquiátrica). Eles conservam algo daquilo que há de instituinte no discurso e em algumas práticas da Reforma Psiquiátrica, porém sua dimensão de instituído parece prevalecer; como instituições eles são apresentados nas portarias como pouquíssimo diferenciados, em termos teórico-técnicos e ideológicos, do dispositivo do hospital-dia e do

hospital psiquiátrico. Perderam, portanto, qualquer parentesco com os NAPS, inspirados nos princípios da Reforma Sanitária e ideário da desinstitucionalização italiana; parentesco que pretendemos supor quando eram apresentados numa espécie de significante composto rico em ambigüidades: "CAPS/NAPS". Os CAPS, portanto, são uma resposta tática do setor dominante a uma reivindicação instituinte; do movimento da Reforma Psiquiátrica, entendendo-os como a instituição, são o instituído deste instituinte e conservam algo do instituinte, mas parece que a tendência deles é conservar mais o instituído.

2. A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO ESTADO DE SÃO PAULO E SUAS TRANSFORMAÇÕES NA LEGISLAÇÃO E NO DISCURSO

Os marcos históricos das ações em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, no período entre o final do século XIX até meados da década de 80, podem ser pesquisados através de textos legais referentes à política de Saúde Mental tais como planos, programas, projetos e propostas de trabalho, tendo como fonte a Secretaria de Estado da Saúde e seus órgãos subordinados, responsáveis pelo desenvolvimento das ações de Saúde Mental.

Em 1848, o poder público estadual em sua esfera administrativa, através do Artigo 5º, da Lei Estadual nº 12, registrava sua preocupação com os cuidados para com os "indivíduos alienados" [4]. Apontaram-se medidas que diziam respeito à construção de

[4] Terminologia adotada pela legislação da época.

> ... um hospital de alienados; (...) o recolhimento de indivíduos alienados de toda a província; aliviar os males daqueles infelizes; tratar com a mesa da Santa Casa de Misericórdia, para que sejam recolhidos ao hospital de caridade, ou empregando os meios que mais conducentes lhe parecerem a tão justo fim (OLIVEIRA, 1988, p.56)[5].

Notam-se preocupações de ordem assistencial-paternalista. Ainda no século XIX, outra Lei Estadual[6] tratava da administração, composição e atribuições os recursos humanos do "Hospital de Alienados".

A Lei Estadual nº 1.531 de 28 de dezembro de 1916, apresenta claras tendências de uma política de Saúde Mental *"... assistencial, paternalista, centralizadora e privatizante. A última tendência referia-se à contratação da prestação de serviços na rede particular"* (OLIVEIRA, 1988, p.56). Cabe destaque aos artigos 1º e 3 º que, respectivamente, tratavam da ampliação de novas colônias no Hospital do Juqueri, bem como da construção de um novo asilo fechado e de casas, como forma de

> fortalecimento de abrigos e moradias a pessoas que não tivessem condições de sobrevivência. Nos termos da lei, tais pessoas não precisariam necessariamente ser doentes mentais, mas apenas indivíduos desprovidos de recursos materiais para a sua manutenção (OLIVEIRA, 1988, p. 57).

O referido 3º artigo trata das formas de contratos e convênios com entidades de caráter filantrópico e hospitais "privados", que se dispusessem a receber os "insanos pacíficos", designados pelo diretor do Hospital de Juqueri. Assim, em seu parágrafo único, preconizava como seria a proporção de pagamento referente aos serviços prestados, assegurando os termos dos direitos dos hospitais.

---

[5] Artigo 5º, Lei Estadual nº 12, de 18/IX/1848.
[6] Lei Estadual de nº 427, de 13/VI/1896.

Nos anos 30, mais precisamente nos termos do decreto lei nº 4.802 (24/11/1930), o Estado criou a “Assistência Geral a Psicopatas”, órgão subordinado à Secretaria do Interior. Objetivou-se, com isso, a sistematização e centralização do atendimento ao doente mental, em estabelecimentos estaduais e a redução dos gastos públicos. Em seu 2º artigo, dispunha sobre as atribuições do referido dispositivo, que era a de “socorrer” pessoas que apresentassem distúrbios mentais e organizar a profilaxia das moléstias nervosas e mentais. Os recursos materiais foram destinados para o Hospital Juqueri e suas Colônias Agrícolas, o Manicômio Judiciário, a Clínica e os Institutos Psiquiátricos.

Em março de 1931, no decreto nº 4957 (OLIVEIRA, 1988), a Secretaria de Estado dos Negócios do Interior passou a denominar-se “Secretaria de Estado da Educação e Saúde Publica”, e em seu artigo 7º, a saúde publica do Estado de São Paulo ficou a cargo do Departamento de Saúde Pública.

Nessa época, podemos localizar a cisão entre Saúde Publica/Saúde Mental e Poder Judiciário, visto que aquele Departamento possuía um diretor geral que superintendia todos os serviços de saúde pública com exceção das relações entre manicômios e o Poder Judiciário, das internações e desinternações dos alienados criminosos e de réus que necessitassem de avaliação, além das execuções de regulamentos do Manicômio Judiciário.

Por força do decreto nº 5.422 (04/03/1932) (OLIVEIRA, 1988), foi criado o Serviço de Assistência a Menores Anormais com a finalidade de atender menores de ambos os sexos, instalados em dois pavilhões junto ao Hospital do Juqueri. Fato relevante desse período foi o de que a responsabilidade pelas internações e desinternações de menores ficou com a Secretaria de Estado dos Negócios da Justiça e Segurança Pública e, excepcionalmente, a Secretaria de Estado da Educação e Saúde assumia esta função.

Tendo em vista que o presente trabalho tem como objeto de estudo a Saúde Mental no interior do Estado de São Paulo, é importante destacar o decreto nº 5.975

(14/07/1933) (OLIVEIRA, 1988) que autorizou a Secretaria da Educação e Saúde Pública a instalar Colônias Agrícolas, no interior do Estado, com a finalidade de resolver o problema de superlotação. O decreto nº 9.358 (30/07/1938) (OLIVEIRA, 1988), no seu parágrafo 2º, extinguiu a "Assistência Geral a Psicopatas", porém manteve, no Departamento de Saúde do Estado, o Serviço de Assistência a Psicopatas, recebendo a estrutura de Diretoria; Secretaria da Diretoria; Clínica Psiquiátrica; Hospital Central do Juqueri; Colônia de Juqueri; Manicômio Judiciário; Clínicas Especializadas; Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto; Serviço de Ergoterapia e Hospital Psiquiátrico de Santos.

Em síntese, a Política de Saúde Mental no Estado, na década de 30, foi norteada pela preocupação das autoridades governamentais em sistematizar a administração do atendimento e ampliar o atendimento a ambos os sexos e faixas etárias. Pela análise dos textos legais, detectou-se que a Política Pública em Saúde Mental foi norteada por duas tendências: a centralização normativa e administrativa e a interiorização das ações ao doente mental. No que tange à interiorização dos atendimentos, parece importante destacar a clareza de uma política de exclusão e isolamento visto não se tratar de assistir o doente mental do interior, mas sim de exilar, banir os doentes da sociedade confinando-os em asilos.

Em 30 de março de 1940, devido ao decreto lei 11.688 (OLIVEIRA, 1988), a política de Saúde Mental foi marcada por um revés que culminou com a extinção das unidades psiquiátricas do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto e Hospital Psiquiátrico de Santos e, também, na cidade de São Paulo, do Hospital Psiquiátrico da Penha. Nos termos do decreto lei 12.150, de 2 de setembro de 1941 (OLIVEIRA, 1988), o Serviço de Assistência a Psicopatas que era, até então, subordinado ao Departamento de Saúde Pública, passou a ser subordinado diretamente à Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública.

Meses antes, em março de 1941 o Governo Federal, através do decreto lei 3.138, havia instruído normas e instruções gerais sobre a prestação da assistência aos doentes

mentais[7] previdenciários, dispondo que aos Estados e Municípios caberia a obrigação de prestar atendimento psiquiátrico à população previdenciária, visto que, até aquela época, tal assistência só era prestada à população carente desvinculada da assistência médica institucionalizada.

Em janeiro de 1946, o Ministério da Educação e Saúde, através do decreto Lei 8.550, autorizou a celebração de acordos que permitissem a ampliação e a intensificação da assistência psiquiátrica em áreas carentes, visando a maior cobertura do atendimento ao doente mental.

O Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo foi transformado em Departamento de Assistência a Psicopatas em março de 1947, por força do decreto-lei 16.989. A ele cabia, segundo os termos do seu Artigo 2º, dar assistência médica e social aos doentes mentais matriculados em seus serviços, promover estudos e investigações científicas no terreno psiquiátrico, promover campanhas de higiene mental, difundindo preceitos e prestar colaboração à Universidade de São Paulo, como órgão de formação universitária.

O artigo 3º, desse mesmo decreto, ampliava a divisão de Hospitais Psiquiátricos, incluindo os Hospitais Psiquiátricos de Ribeirão Preto e de Botucatu e Divisão de Ambulatórios de Psicopatologia Infantil e administrativa, compondo, assim, o Departamento de Assistência a Psicopatas.

Em 1947, o Departamento de Assistência de Psiquiatria foi incorporado à Secretaria do Estado dos Negócios da Saúde Pública. Entendendo a complexidade da organização desse Departamento, o Governador do Estado da época detectou a necessidade de que o cargo de Diretor fosse exercido em tempo integral, o que aconteceu a partir de 17 de fevereiro de 1948, nos termos do Artigo 17.989. Até então, isso não era um fato, pois quem coordenava esse departamento não tinha dedicação exclusiva, como se denomina atualmente.

---

[7] Terminologia utilizada nos documentos oficiais da época.

Na década de 1940, as mudanças ocorreram em função da estruturação geral de atendimento. Pode-se notar, ainda, que a Política de Saúde Mental no Estado de São Paulo sofreu grande influência das determinações do Governo Federal e o curso do desenvolvimento dessas ações também foi influenciado, tanto na esfera Estadual como na Municipal. No Estado, detectou-se a implantação de recursos de saúde destinados ao doente mental, notadamente.

Resumindo, poderíamos afirmar que essa década foi marcada por características como: tendência à universalidade do atendimento psiquiátrico; crescente descentralização administrativa favorecida por medidas governamentais; acentuada preocupação com a formação e o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde especializados, buscando estabelecer-se vínculo com a Universidade de São Paulo; atendimento ao doente previdenciário nas esferas estaduais e municipais, por determinação do Governo Federal e interesse manifesto por investigações científicas no campo da Psiquiatria.

Apesar de o atendimento ao doente mental estar centrado no ambiente da unidade hospitalar, criou-se, na época, um número incipiente ainda de serviços de atendimento extra-hospitalar, mas todos norteados por uma preocupação com a Higiene mental e com Campanhas de Prevenção e de Higiene Mental (OLIVEIRA, 1988).

A política de Saúde Mental dos anos 50 está marcada pela criação, em 1953, do Ministério da Saúde, que incorporou à sua estrutura o serviço de “Assistência a Psicopatas”, visando ampliar o atendimento psiquiátrico. No entanto, o processo de urbanização característico dos anos 50 provocou um estrangulamento do atendimento no Serviço da Saúde Pública, cujos serviços disponíveis se tornaram insuficientes e os investimentos no setor não acompanhavam a necessidade do momento.

O modelo de Saúde Pública, adotado no Brasil, na época, era baseado na posição defendida pelos norte-americanos, como é possível observar nos resultados apresentados por

Braga (1980) “Atuação do Serviço Especial de São Paulo, do Estado de São Paulo”, sob o patrocínio da Fundação Rockfeller que disseminou, pelo Brasil, ao longo de quase trinta anos, unidades sanitárias de modelo inadequado às nossas possibilidades financeiras.

Observou-se também nessa época (anos 50), no campo da Saúde Mental brasileira, a rejeição de técnicas psicoterápicas socializantes, em prol da adoção de uso de psicofármacos e uma acentuada tendência, em paralelo, ao favorecimento do sistema centrado na hospitalização, fortalecendo, assim, o modelo hospitalocêntrico. A política de Saúde Mental do Estado de São Paulo, também caminhava no mesmo sentido, trabalhando num esquema de atendimento centrado no sistema hospitalocêntrico.

É importante destacar que, do prisma econômico, o modelo adotado pela Secretaria do Estado da Saúde era coerente com o modelo vigente. O eixo de acumulação capitalista passou a ser o processo de industrialização, apesar de incipiente, dadas às condições tecnológicas da indústria nacional que tinha capital restrito, principalmente no que se referia à capitalização do setor de Saúde.

A partir de 1956, como um plano de metas do período JK, a capitalização do Setor de Saúde se implantou de forma efetiva. Podemos notar que, no final dos anos 50, as conseqüências da abertura política de Saúde Mental da Secretaria da Saúde foram sentidas principalmente em relação à compra de leitos psiquiátricos nas redes privadas para o atendimento das populações carentes.

Nessa época, as unidades hospitalares da Secretaria do Estado passavam por situação de abandono total, tanto no que se refere ao provimento de recursos materiais como de recursos humanos. Os investimentos destinados à assistência psiquiátrica eram direcionados à contratação de leitos conveniados com hospitais particulares, de forma que o Governo de Carvalho Pinto (1959/ 1963) assinalou que *“a preocupação com a Saúde Mental*

descrevendo-se Franco da Rocha como instituição em estado de calamidade pública" (KUGELMANS, 1985, p. 30).

O Decreto-Lei 34.782 de 20 de julho de 1955 (OLIVEIRA, 1988), que dispunha sobre a implantação de serviço específico para atendimento e tratamento do alcoolismo foi instituído junto do serviço de assistência aos psicopatas, além de um serviço de Pronto Socorro, com a finalidade de atender os indivíduos que necessitassem de atendimento psiquiátricos.

Podemos dizer, então, que a política de Saúde Mental, nos anos 50, foi marcada pela criação de serviços especializados para o atendimento em Saúde Mental, centrado na hospitalização do paciente – atendimento hospitalocêntrico, pela capitalização do setor de Saúde, pela privatização crescente de leitos psiquiátricos através de convênios com entidades particulares, pela manutenção da centralização administrativa e pela acentuada verticalização da Saúde Mental no que tange à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

A política estadual de Saúde Mental, nos anos 60, foi marcada por uma forte tendência descentralizadora, tanto normativa como executiva. Foi uma política verticalizada, atenta e centrada na expansão de leitos psiquiátricos na rede privada, o que proporcionou a capitalização rápida no setor de atendimento à população.

A reforma administrativa, ocorrida em 1967, estabeleceu diretrizes que, depois, no decreto de 68, dispôs sobre medidas de reforma no âmbito da Secretaria da Saúde, com sua estrutura modificada no Decreto nº 52.128, de 16 de julho de 1969 (OLIVEIRA, 1988), o qual, no seu capítulo 10, dispõe sobre a organização e competência da coordenadoria de Saúde Mental, órgão responsável pelo desenvolvimento das ações da Saúde Mental em nível estadual.

A referida coordenadoria teve a composição básica de Saúde Mental: Conselho de Saúde Mental, Gabinete de Coordenador, Conselho Técnico consultivo, Divisão de Estudos

de Programas, Departamento Psiquiátrico I, Departamento Psiquiátrico II, Serviço de Higiene Mental, Laboratório Farmacêutico e Departamento de Administração.

Nesse mesmo Decreto, especificava-se a competência da Coordenadoria de Saúde Mental, que era a de prestar assistência psiquiátrica à população do Estado, bem como a réus indiciados por determinação da Justiça, e fornecer os laudos solicitados; elaborar programas de higiene mental e promover a sua execução; promover estudos e investigações científicas no campo da Psiquiatria; colaborar com a Universidade de São Paulo e outras entidades de ensino e assistência pública ou privada no que se refere à Psiquiatria.

Segundo Cerqueira;

> o aumento da população dos Hospitais Psiquiátricos foi duas vezes maior que o da população em geral; as readmissões cresceram de 254%, havendo, também, um aumento de 125% de internações primárias de neuróticos nesse decênio (1955 a 1965) (CERQUEIRA, 1989, p.104).

A tendência hospitalar da década de 60 tem forte apoio, por questões óbvias, da Federação Brasileira de Hospitais e entidades filiadas, uma vez que elas favorecem o aumento de leitos psiquiátricos nos hospitais conveniados na rede privada.

Ainda pelos dados estatísticos extraídos de Cerqueira (1989), a privatização de leitos psiquiátricos teve aumento de 20% na população hospitalar, no quadriênio 1965-1968, sendo que 60% ocorreram na rede privada.

Constatou-se, ainda, o aumento de 51% das primeiras internações, sendo que 84% delas foram realizadas em leitos da rede particular; da mesma forma, 98% de reinternações foram registradas na rede privada, cabendo destacar que, no mencionado período, registraram-se 57 hospitais particulares, com um aumento de 10.679 pacientes contra sete hospitais da rede oficial, com um decréscimo de 2.888 pacientes nos hospitais públicos, ainda segundo dados de Cerqueira (1989).

A referida reforma administrativa desse período foi implementada por um conjunto de instrumentos legais, surgidos na década de 1960 que, prosseguindo na de 70, culminaram no que foi caracterizado como estrutura básica na Secretaria do Estado da Saúde, na década de 80.

É importante explicitar que esse caráter centralizador e vertical da política nesse período caracteriza a política nacional da época, visto que vivíamos uma ditadura militar e, é nessa conjuntura de crise com repercussões políticas, econômicas e sociais que se travam os movimentos de reforma da atenção em Saúde mental. As ressonâncias políticas acarretaram um fechamento de todos os canais de participação popular, indo desde a proibição de reuniões públicas, passando pelas prisões e chegando até ao fim das eleições do executivo e do legislativo.

Nesse momento histórico, vamos encontrar um grupo de profissionais de Saúde Mental à frente de transformações das condições de atendimento e de atenção em Saúde Mental tendo como figura de destaque o professor Luís Cerqueira. Esse grupo, influenciado pela experiência norte-americana - Psiquiatria Comunitária, consegue desempenhar papel de porta-voz da situação insustentável e alarmante em que se encontravam os recursos de atendimento psiquiátrico no país e as condições de saúde das pessoas atendidas.

A respeito das condições especiais do Estado de São Paulo, podemos citar

> o panorama calamitoso da situação da Saúde Mental incluía a hospitalização como possibilidade única, sendo que em 31 de dezembro de 1972, só 17,6% dos pacientes se achavam internados há menos de 180 dias, o que significava que 82,4 % estavam cronificados. (...) Dos 19 mil leitos, apenas 7.500 corresponderiam ao necessário, a considerar os critérios da OMS – Organização Mundial de Saúde (Doc.15, p. 2-3 apud COSTA - ROSA, 1987, p. 146).

Cerqueira consegue desenhar um panorama do Brasil e do Estado de São Paulo quando relata sobre o decênio 55-66 mostrando que o número de hospitais psiquiátricos e de readmissões cresceu em 254% e as neuroses passaram de 8º para 3º lugar na ordem de freqüência das primeiras admissões. Não havia leitos para os 7 mil doentes, nem psiquiatras. As assistências oficial e médica eram precaríssimas; visto que os médicos, sem auxiliares qualificados, cuidavam de todos os doentes mentais hospitalizados no Brasil. Os custos, mesmo irrisórios, aumentavam em função do tempo de permanência e a situação dos crônicos nas colônias era crítica, pois o número de óbitos destes era maior do que o número de óbitos em hospitais de crônicos de outras doenças.

Em relação a esta situação, Cerqueira (1989) diz: *"Sabendo-se que a doença mental, por si só, não mata, temos de convir que alguém está morrendo desnecessariamente, para não dizer outra coisa"* (p, 62).

Tendo sido consolidado na época de 70 o modelo de assistência médica centrado na Unidade Hospitalar, o hospital passou a assumir o papel de reprodutor de condições favoráveis ao sistema capitalista em relação à ampliação e ao fortalecimento da indústria farmacêutica e dos produtos afins.

Na área de Saúde Mental, os debates incentivados pela 1ª Associação Brasileira de Psiquiatria trouxeram contribuições inegáveis ao Sistema de Atendimento Integrado de Saúde. Em julho de 71, a comissão de Saúde Mental, por ocasião da Convenção Brasileira de Psiquiatria, em Brasília, recomendou o avanço das ações de Saúde Mental, através de uma rede de serviços integrados, de modo a favorecer a ampliação do atendimento comunitário.

> Em 1970, realiza-se em São Paulo, o 1º congresso Brasileiro de Psiquiatria em conjunto com a associação Psiquiátrica Latino-Americana. Dentre as conclusões mais importantes desse Congresso destaca-se a necessidade de tomar medidas em caráter de urgência para corrigir as distorções mais graves, deixando para um segundo momento as providências teoricamente

> mais concretas. Entre as medidas de caráter urgente, destaca-se a necessidade de se caracterizar um organismo normativo de liderança efetiva (...) A ênfase na criação de uma rede de serviços extra-hospitalares (...) a partir desse Congresso ainda é designado um grupo de trabalho para estudar as bases da reformulação da assistência psiquiátrica nacional (COSTA-ROSA, 1987, p.157-8).

Cabe destacar que há uma sintonia entre os acontecimentos no Estado de São Paulo e os de âmbito federal. Cerqueira, em comunicação proferida no 11º Congresso Nacional de Neurologia e Psiquiatria em São Paulo, em dezembro de 73, identifica esta sintonia dizendo: *"... desde junho de 69, uma política de Saúde Mental consentânea com uma ideologia que me é muito cara, tanto no âmbito estadual como no âmbito federal"* (CERQUEIRA, 1989, p.241).

Com a tarefa de rever a política de assistência em Saúde Mental e realizar profundas modificações no modelo tradicional de prestação de serviços de Psiquiatria Comunitária, foi nomeado em 1971, pelo Governador do Estado, um grupo de trabalho. Em janeiro de 72, o grupo publicou um relatório deste trabalho, trazendo em destaque:

> a integração dos recursos públicos e privados em um programa comunitário de psiquiatria (...) serão criados centros comunitários de Saúde Mental que prevêem a participação ativa da Comunidade local para alcançar, no futuro, a proporção de 1 para 100 mil habitantes (...) suas tarefas serão o atendimento com ênfase na prevenção, formação de pessoal especializado e treinado e a elaboração de novas técnicas para o atendimento hospitalar. É possível chegar a desenvolver 39 centros de Saúde mental no município do Estado de São Paulo (...) consideram-se os Centros de Saúde pertencentes à Coordenadoria de Saúde da Comunidade como uma unidade que melhor se presta à sua utilização (...) onde isso não for possível, serão construídos ambulatórios de Saúde Mental (...) é indispensável a integração de todas as Faculdades de Medicina no programa de formação de Psiquiatras (...) elas deverão ser a sede de Centros de Saúde Mental através dos seus Departamentos especializados (...) o núcleo básico de pessoal dos Centros

> Comunitários será: médico psiquiatra e as assistentes sociais, na proporção de um médico em regime de 4 horas de trabalho e 2 assistentes sociais em regime de 8 horas. A inclusão de Psicólogo somente ocorrerá quando houver expansão maior das atividades e quando o número de médicos for, pelo menos, de 2 ou 3. A integração de outros profissionais na equipe dependerá das necessidades: enfermeira, auxiliar de enfermagem, prático terapeuta ocupacional, recreacionistas e pessoal administrativo (COSTA-ROSA, 1987, p.169).

Esse relatório propiciou condição para efetivação dos convênios em 1973, em número de 17 distribuídos por todo o Estado, momento de destaque na política de Saúde Mental no Estado de São Paulo e no Brasil.

Ainda segundo Costa-Rosa (1987), as resistências ao modelo comunitário que foram observadas no âmbito federal se repetiam em São Paulo. Seu início se deu de forma nítida, desde 1974 e o exemplo que observamos no âmbito federal também aqui se observaria no ponto de virada decisivo que podemos caracterizar com a destituição de Luís Cerqueira do cargo de Coordenador de Saúde Mental. Com a sua saída, as pretensões de implantação do modelo comunitário de São Paulo e no Brasil ficam em suspenso, mas, apesar de se dar continuidade ao trabalho dos serviços conveniados, instalou-se uma situação de dificuldade para o andamento do projeto inicial.

No Congresso Nacional de Neurologia e Psiquiatria e Higiene Mental, em dezembro de 1973, Cerqueira salientou sobre a vulnerabilidade da Coordenadoria apontando problemas como a inadequação da estrutura orgânica, a hipertrofia do Departamento Psiquiátrico II (Complexo Hospitalar do Juqueri), o uso abusivo do leito e as inexpressivas ações extra-hospitalares, elevando assim o percentual de doentes crônicos; porém, ele se colocou em posição de repetir a ousadia de tentar concorrer para uma mudança de mentalidade, pois *"não se pode reformular sem mexer em nada. Como numa guerra, a*

vanguarda há de avançar sem se preocupar muito com os bolsões de resistência deixados para trás" (CERQUEIRA, 1989, p. 189).

Entretanto, a saída de Luís Cerqueira não inviabilizou de todo e nem neutralizou as ações dos Convênios de 1973, como já foi dito anteriormente; porém, agora, após 74, eles foram submetidos a uma série de normatizações que, na realidade, visavam descaracterizar as práticas em relação ao que havia sido proposto inicialmente em seus aspectos teórico-técnicos e ideológicos.

Cabe, aqui, uma pausa para explicitarmos o quanto foi importante esse momento para a Saúde Mental do Estado de São Paulo e, por conseqüência, para o estudo do presente trabalho, visto que os convênios de 1973 são os primeiros fatos efetivos da implantação de uma proposta baseada no modelo preventivo-comunitário em Saúde Mental, em São Paulo, tendo em vista que a idéia era irradiar essa conquista para todo o país.

Percebe-se que, ao longo da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, esse foi um momento crucial. Luís Cerqueira permanecerá, com certeza, e a psiquiatria comunitária norte-americana terá uma influência marcante, por ser uma concepção de tratamento na comunidade, de modo que o paciente não precisasse se afastar da família e do trabalho, priorizando ações extra-hospitalares e ações preventivas que garantissem a atividade e participação da comunidade para a superação das práticas manicomiais. E também porque será o modelo adotado pelo primeiro governo democrático de São Paulo, após a ditadura militar iniciada com o golpe de 1964.

Em 1981, analisando o quadro assistencial, Cerqueira (1989) constata:

> O Manual (de 1973) consagra a equipe multiprofissional e os serviços continuam praticamente nas mãos do médico e do servente (...); O Manual condena taxativamente as internações no macro-hospital e estes continuam aumentando, inchando. (...) O Manual coloca em instâncias assistenciais extra-hospitalares a função de evitar as internações desnecessárias. (...) O

> Manual recomenda outras instâncias capazes de atenuar esta calamidade nacional, como o hospital-dia, o hospital-noite e a pensão protegida. Mas como nenhuma delas paga 100% da diária hospitalar, o leito é imposto como única opção (p. 225).

Enquanto transcorrem as atividades dos convênios de 1973 em São Paulo, foi no cenário sócio-político-econômico do final da década de 70 que surgiram alguns movimentos sociais, cuja luta contra a ditadura militar e a favor da democratização, reivindicavam direitos sociais fundamentais para o exercício da cidadania, inclusive o acesso a melhores condições de saúde. Nesse se incluíam os profissionais de saúde, inseridos nessas lutas gerais as reivindicações do setor. Buscava-se, através desses movimentos de profissionais de saúde, a reforma do sistema de saúde pública. As ações e reivindicações põem em destaque, cada vez mais, a dimensão política. Foi esse processo que propiciou o desenvolvimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

Embora não se constituíssem grandes movimentos de massa, essas movimentações populares, logo em seu início, transformaram as relações sociais, contribuindo para o fortalecimento da sociedade civil na condução do processo da democratização (YASUÍ, 1999).

Após vinte anos sem o direito de votar, em 1982, os brasileiros puderam escolher Governadores de Estado. Segundo Pitta-Hoisel,

> aquela possibilidade mobilizou um grupo de técnicos que, vivendo a perspectiva de vir a assumir o poder após o processo eleitoral, desenvolveu seminários, jornadas e grupos de trabalho, ousando elaborar um programa de governo, caso fosse eleito o candidato do maior partido de oposição, o PMDB. O grupo de Saúde Mental anunciou reuniões 8 meses antes das eleições e delas participou, independentemente de filiação partidária, um grupo de profissionais que em história recente e não tão recente vinham desenvolvendo, em suas práticas cotidianas, uma postura de enfrentamento

> do atual quadro de atenção psiquiátrica quer era através de denúncias de organização em grupos de resistências, quer em práticas alternativas ao modelo asilar vigente (PITTA-HOISEL, 1984, p. 71).

Na tarefa de elaborar diagnóstico da situação, esse grupo estudou a situação de várias questões da realidade hospitalar em Psiquiatria e também da rede extra-hospitalar. No caso do presente trabalho, interessa-nos destacar o que diz respeito à rede extra-hospitalar em seu diagnóstico na década de 80.

No âmbito da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, a rede extra-hospitalar de Saúde Mental contava com 18 ambulatórios, sendo 11 na Grande São Paulo e sete no Interior; 46 Centros de Saúde com alguma atuação de Saúde Mental, dos quais 19 na Grande São Paulo e 27 no Interior; com as atividades dos dispositivos resultantes dos convênios de 1973, distribuídos pela capital e interior do Estado; o INAMPS, com uma rede própria bastante precária, com 11 espaços institucionais, com alguma assistência psiquiátrica ambulatorial, sendo quatro na Grande São Paulo e sete no Interior.

> E nesse momento, somos testemunhas do esforço que algumas Prefeituras vêm desenvolvendo, no sentido de ofertar algum tipo de atenção na área, uma vez que parte significativa de seus orçamentos em Saúde são gastos ao transportar, em ambulâncias, doentes mentais para diversos sítios, sem a garantia de eles serem atendidos (PITTA-HOISEL, 1984, p. 80).

Em 1982, muitos militantes da área de saúde, vislumbrando a possibilidade de ascender ao poder um governo mais democrático, no Estado de São Paulo (1983-1986 governo Montoro), iniciaram sucessivos fóruns de discussão, culminando com um seminário de Saúde Mental de que foram tiradas diretrizes para uma nova política de Saúde Mental a qual deveria ser implementada através de programas em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário; que integrados e regionalizados pudessem em médio prazo, corrigir a

distorção centrada na atenção terciária (hospitalocêntrica). *"Assim, o lugar prioritário seria a rede básica, a porta de entrada do atendimento* (CESARINO, 1989, p.25)".

Na Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental da Coordenadoria de Saúde Mental, foram implementadas tais propostas para serem desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde, como parte da política de Saúde Mental do Governo de Estado, ilustrada na Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental – documento conhecido como Cartilha de Saúde Mental (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1983).

E foi assim que, em 1983, no governo de Franco Montoro, aparecem iniciativas de mudanças, tais como: prioridade, ampliação e reorganização dos ambulatórios; orientação do referencial da psiquiatria preventivo–comunitária, ampliação efetiva e contratação de profissionais – constituição de equipes multiprofissionais; projetos de transformação institucional em vários hospitais psiquiátricos. Ganham volume, nesta época, discussões acerca de ações preventivas nas UBS's, nos Ambulatórios e nos hospitais psiquiátricos.

Luzio (2003b), à luz das contribuições de Gramsci, afirma que

> A compreensão do Estado como arena de lutas políticas possibilita a percepção de uma nova correlação de forças entre as classes dominantes e as classes dominadas e, portanto, o fortalecimento da autonomia da sociedade civil (p. 56).

Essa concepção amplia a possibilidade das relações entre as classes, pois permite que o poder político passe a ser garantido não apenas ao Estado restrito, mas também à sociedade civil, introduzindo o que chama, na analise política, Estado ampliado. As decisões por consenso como nova modalidade do Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH), que antes se davam por processo aberrante de hegemonia, admitem a participação da sociedade na conjunção de forças e interesses sociais, permitindo às pulsações sociais, inclusive que as

referentes ao contexto da Saúde Mental entrem oficialmente na cena das lutas, reivindicando a legitimação a implantação de novos dispositivos de novos discursos além do psiquiátrico.

Aqui é conveniente explicitar que o grupo que assumiu a condução da política de saúde Mental nesse primeiro governo democrático era predominantemente oriundo das instituições originadas dos convênios de 1973, reeditando, como era de se esperar, uma práxis inspirada na daquelas instituições, ou seja, um misto de Psiquiatria Preventivo-Comunitária e da Psiquiatria de Setor, que posteriormente serão melhor caracterizados. Nessa primeira gestão democrática em São Paulo, os Ambulatórios de Saúde Mental expandiram-se, houve a criação de equipes mínimas de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde e, em 1987 no apagar das luzes do governo Montoro, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Estado de São Paulo, sobre o qual discorrerei mais adiante.

> Em 1986 é realizada a VIII Conferência de Saúde. Esse acontecimento produz transformações tanto no âmbito das práticas institucionais como no âmbito da Legislação. Em 1987, é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Esse sistema propõe a universalidade e a eqüidade do acesso às ações e serviços; descentralização, regionalização, e integração dos serviços; atendimento integral à saúde e participação popular. No âmbito da Legislação, a Constituição de 1988 ratifica, no capítulo da Seguridade Social, no que se refere à Saúde, os princípios elaborados pelo Movimento da Reforma Sanitária e aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde (LUZIO, 2003b, p. 18).

A década de 80 foi de crucial importância para o desenvolvimento das ações, tanto da Reforma Psiquiátrica quanto da Reforma Sanitária. Foi um período rico, pois, tanto no âmbito das práticas institucionais quanto no âmbito da legislação foram produzidas transformações, subsidiadas em muito pela VIII Conferência Nacional de Saúde (2004b), realizada em 1986.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) implantado em 1987 propunha a universalidade e a eqüidade do acesso a serviços e ações, estruturado de forma descentralizada, regionalizada e integral, destacando o fato de a participação popular ser objetivamente reconhecida e estimulada.

Em 1987, deu-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1994), cujo relatório final apresenta como temas discutidos: a relação da Economia, Sociedade e Estado e seus impactos sobre a saúde e doença mental; a Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental; cidadania e doença mental em termos de direitos, deveres e legislação, reafirmando os princípios de reverter à tendência hospitalocêntrica e dando prioridades aos serviços comunitários. Todos estes fatos implicaram reflexos diretos na política de Saúde Mental do Estado de São Paulo, como será explicitado, mais à frente no tópico sobre as experiências construídas.

A Constituição em 1988 tem seu capítulo da Seguridade Social ratificado e, no que se refere à Saúde, os princípios elaborados pelo Movimento da Reforma Sanitária e aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde são reafirmados.

Os períodos que compreendem de 1987/1990 e 1991/1994, respectivamente governo Quércia e Fleury, representam um momento de poucas mudanças na política estadual de Saúde Mental significando a manutenção precária do modelo Preventivo-Comunitário.

Em 1985, a organização do Estado contava com 65 Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), porém em 1995 foram transformados em Diretorias Regionais de Saúde (DIR), diminuindo custos e o número dos locais de serviço para 24, marcando o início do governo Covas.

Os ERSA’s eram agrupados em MACRO-REGIÕES, num total de cinco no Estado; algumas se articulavam em Colegiados de Saúde Mental; como, por exemplo, a Macro Região Central do estado. Por conta desta experiência em 1995, quando da nova

organização da Secretaria Estadual da Saúde dividindo-se em DIR's e no nível central em Coordenadoria de Saúde do Interior (CSI) e Coordenadorias da Região Metropolitana e Grande São Paulo (CRMGSP), organiza-se e articula-se o Colegiado de Saúde Mental do Interior do qual faziam parte os articuladores de Saúde Mental de cada DIR (Diretoria Regional de Saúde), indicados pelos respectivos Diretores.

A Diretoria Técnica da Área de Saúde Mental, sob a coordenação de Mirsa Elizabeth Delossi, gerenciava as ações de equipe composta por articuladores de Saúde Mental de diversas regionais que passam a supervisionar sistematicamente as práticas manicomiais e a levantar o diagnóstico situacional em diversos hospitais psiquiátricos públicos e privados do interior do estado de São Paulo, entre eles o Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto; o CAIS Santa Tereza; o CAIS Clemente Ferreira, de Lins; o Hospital Público Psiquiátrico de Santa Rita do Passa Quatro; Hospital Cantídio de Moura Campos, em Botucatu e o Centro de Reabilitação de Casa Branca.

No período de 1995 a 2002 (governo Covas), em relação à Saúde Mental o governo estadual teve 3 diretrizes e 2 estratégias a saber:

> A humanização da assistência em Saúde Mental, por meio do modelo baseado na atenção integral a saúde teve, (...) três diretrizes de sustentação e duas estratégias.
>
> 1ª. Diretriz: ampliação do número das unidades extra-hospitalar que buscam a integração junto à rede geral de serviços de saúde e a outros serviços comunitários;
>
> 2ª. Diretriz: redução significativa do número de leitos psiquiátricos de sanatórios clássicos, substituindo-se pelos leitos SUS que obedecem aos padrões técnicos e assistenciais previstos nas normas do sistema;
>
> 3ª. Diretriz: transformação radical dos hospitais psiquiátricos do Estado em serviços abertos e espaços psicossociais de uso comunitário.

> As duas estratégias implementadas para a realização dessas diretrizes foram:
>
> a) Reuniões mensais do colegiado de Saúde Mental, com os articuladores de Saúde Mental indicados pelas 24 DIR's. Os Articuladores realizam, por sua vez, Colegiados Regionais com os interlocutores municipais de Saúde Mental. Nestes oito anos, ao conduzirem o trabalho, apropriaram-se das Políticas Públicas, do Modelo de Atenção em Saúde Mental e das Normas Técnicas, deixando o modelo hospitalocêntrico e difundindo uma nova mentalidade, cujo principal produto é a mudança na cultura de atenção à diversidade humana.
>
> b) Implantação da Supervisão, Avaliação e Acompanhamento dos hospitais psiquiátricos e dos serviços comunitários (ambulatórios, oficinas terapêuticas, CAPS e outros), em parceria com a Vigilância Sanitária, exigindo o cumprimento das normas técnicas e monitorando a execução de projetos terapêuticos institucionais que assegurem a humanização da assistência em Saúde Mental (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2002, p. 125).

No processo de avaliação, alguns hospitais são descredenciados e outros são obrigados a se adequar às necessidades sendo "promovidos" a "Psiquiatria IV"[8]. Em 1996, o Hospital Psiquiátrico de Santa Rita do Passa Quatro já se encontrava dentro do novo modelo que seria a assistência de reinserção de pacientes crônicos em seus municípios de origem.

O "desmonte" desse manicômio surgiu como resultado da implantação de práticas antimanicomiais e da busca pela construção de um novo projeto terapêutico, mudanças que exigiram a contratação e adequação de Recursos Humanos pela instituição e transformaram a Unidade no Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) de Santa Rita do Passa Quatro, a partir do decreto nº 44.412 de 16 de novembro de 1999 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2004).

---

[8] Psiquiatria IV corresponde ao código de procedimento da assistência psiquiátrica e regulamenta o cadastramento dos serviços. Portaria Ministerial nº 408, de 30 de dezembro de 1992.

No Centro de Reabilitação de Casa Branca, através de intervenção estadual, promoveu-se a partir de julho de 1999 uma reestruturação na organização do trabalho e nos projetos terapêuticos baseados no levantamento das rotinas do próprio hospital, identificando as necessidades e possibilidades individuais de cada um dos pacientes. Reformulada a assistência foi instalado um CAPS III intermunicipal, cuja proposta nasce da CIR (Colegiado de Intergestores Regional) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2004).

Nos dias 19 e 20 de agosto de 1998, ocorreu a Oficina de Saúde Mental sob o tema "Olhar e a escuta – A Saúde Mental que temos e a que queremos", promovida pela CSI/SES da Coordenadoria de Saúde do Interior da Secretaria de Estado de Saúde, no município de Águas de São Pedro, onde foi elaborada a "Declaração de São Pedro" (2000).

A partir do Colegiado Estadual, nascem os Colegiados Regionais de Saúde de cada DIR; como por exemplo, o de Piracicaba em 1997 e, em 1999, oficialmente, o de Araraquara. Os colegiados regionais, em sua maioria foram responsáveis pela realização das pré-conferencias de Saúde Mental que antecederam a Conferência estadual de Saúde Mental de 2001 e por conseqüência a III Conferencia Nacional de Saúde Mental realizada em dezembro do mesmo ano.

Em julho de 2004 durante a realização do I Congresso Brasileiro de CAPS, ocorrido em São Paulo, foi divulgada a extinção da Coordenadoria Estadual de Saúde Mental e por conseqüência o mesmo ocorreu com o Colegiado Estadual de Saúde Mental, o que foi recebido e percebido pelos articuladores estaduais e municipais presentes ao evento, como um ato arbitrário e equivocado no sentido de representar um retrocesso para a continuidade da articulação das ações políticas e gerenciais principalmente no interior do estado. Resta saber se isso é ou não um sinal de que estamos entrando em mais período de inércia paralisante das ações de mudanças no sentido da Reforma Psiquiátrica, entendendo que para se efetivarem os princípios da Reforma Psiquiátrica, num primeiro momento, é necessário conceber uma rede

de serviços substitutivos articulados a uma política pública coerente e coesa, sobretudo no que diz respeito aos municípios de pequeno e médio porte, a grande maioria do Estado.

2.1. AS EXPERIÊNCIAS CONSTRUÍDAS

O CAPS "Prof. Luis da Rocha Cerqueira": CAPS - ITAPEVA

Em 1987, nasceu no município de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial de São Paulo (CAPS), considerado um centro irradiador da experiência às outras regiões do País. O CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira tinha como proposta uma estrutura terapêutica intermediária entre a hospitalização integral e a vida comunitária, responsabilizando-se por cuidar de pessoas com problemas psiquiátricos graves (PITTA, 1994).

Tinha, no seu início, como objetivos organizadores: o cuidado personalizado a pessoas com intensa dificuldade de contato interpessoal; abordagens microssocial da problemática e psicoterapêuticas (grupais, individuais, familiares etc); estímulo às expressões plásticas e culturais com promoção de eventos culturais/recreativos (desenho, pintura, argila, canto, dança, teatro) esmaecidos quer pela doença, quer pelo não-acesso; reinserção profissional (artesanatos, manufaturas, cooperativas etc.); apropriado tratamento farmacológico; formas alternativas e cooperadas de moradia e articular o centro com estrutura societária (artísticas, culturais, esportivas, associações de moradores e sindicais, etc.).

Por fim, o CAPS buscaria desenvolver um programa docente-assistencial com linhas de formação e investigação que privilegiassem o processo saúde/doença mental no

campo da saúde coletiva nas suas vertentes epidemiológicas, da organização e avaliação dos serviços, da clínica e da penetração social nas suas múltiplas determinações (PITTA, 1994).

Na atualidade, o CAPS Itapeva, como é conhecido, define-se como uma estrutura de atendimento substitutiva à hospitalocêntrica e cuja finalidade é oferecer tratamento a pessoas acometidas por transtornos psíquicos (BARIÇÃO, 1994).

Neste serviço:

> O modelo de tratamento desenvolvido diferencia-se do modelo psiquiátrico tradicional, porque os profissionais privilegiam e objetivam o olhar sobre o sujeito, compreendem a doença mental como um elemento limitador da expressão da subjetividade e das potencialidades humanas e buscam instrumentos de intervenção que ampliem seus repertórios terapêuticos com a finalidade de abrir fendas nesse limite, intervindo, assim, no processo saúde-doença (SILVA, 1997, p.89).

O CAPS Itapeva tem sido uma referência do que se pode fazer no âmbito da assistência a pessoas portadoras de transtornos mentais. Ampliando suas potencialidades de negociar com a sociedade e suportando deficiências na capacidade civil de fazê-lo, constitui-se um espaço paradigmático, onde a ética presente está a serviço da ampliação de direitos de vida e liberdade dos que ali transitam (PITTA, 1994).

Com a criação do CAPS prof. Luís da Rocha Cerqueira, implanta-se uma proposta baseada num sistema hierarquizado, regionalizado e integrado de ações em saúde, e caracterizava-se como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade. O objetivo do serviço é criar uma rede de espaços intermediários de assistência, ensino e pesquisa entre o hospital psiquiátrico e a comunidade, dedicada ao atendimento de usuários com sofrimento psíquico intenso (psicóticos e neuróticos graves). Enquanto espaço intermediário dentro de um sistema hierarquizado, propõem-se a ser uma estrutura de

passagem de forma que os usuários permaneceriam até poderem ser encaminhados para o tratamento no ambulatório.

Para o desenvolvimento do trabalho, os integrantes da equipe estabelecem intercâmbios considerados significativos, com destaque para as trocas com a Clínica La Borde, França. No que tange a formulação de projetos de intervenções que levassem em conta às singularidades da psicose, têm como norte teórico as contribuições da Psicoterapia Institucional. Busca entusiasmo criador no projeto de Atenção à Saúde Mental na rede pública de saúde da região de Setúbal, em Portugal, para definir a partir da concepção de setor um projeto para uma geo-demografia da população a ser atendida pelo CAPS, e a noção de território, do trabalho desenvolvido em Trieste na Itália, de forma a possibilitar a inserção do usuário no cotidiano da cidade (GOLDBERG, 1996). Portanto notamos que a experiência do CAPS – Luis da Rocha Cerqueira, tenta se descolar, ao menos em parte, do ideário do Setor e da Psiquiatria Preventivo-Comunitária. É notável uma certa ambigüidade em seu ideário, mesmo com as variações ao longo do tempo. Será que tal ambigüidade não é reeditada na construção dos dispositivos CAPS como suporte da proposta da Reforma Psiquiátrica em andamento no país e portanto também em São Paulo?

Os NAPS: A experiência santista

A experiência da cidade de Santos merece destaque no cenário brasileiro. Pode-se dizer que, depois dela, nada foi como antes, pois Santos foi a primeira cidade brasileira a construir uma rede de serviços totalmente substitutiva ao modelo hospitalocêntrico. A partir dessa experiência, multiplicam-se pelo país, tentativas de superar o referido modelo e, nesse

processo de transformação, o primeiro passo, no caso de Santos foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta. Nos meses anteriores à intervenção, a imprensa denunciava violência e desrespeito aos direitos civis de pacientes. Foi quando a Prefeitura, junto com vários setores da sociedade civil, fez uma vistoria na "Casa de Horrores" (NICÁCIO, 1994), confirmando as denúncias e decretando sua intervenção.

A partir daí, dá-se voz aos internos, todo ato de violência fica proibido, desativam-se as celas fortes, possibilitando o processo de emancipação e, assim, facilitando a autonomia. Através de um processo de escuta e valorização da história pessoal busca-se valorizar a existência de um sujeito. Sob influência da experiência italiana começa ser construído um novo sistema de Saúde Mental. Constroem-se, então, cinco NAPS[9], a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência TAM-TAM, o Pronto-Socorro Psiquiátrico Municipal e o Lar Abrigado República "Manoel da Silva Neto" (NICÁCIO, 1994).

Como se pode notar, Santos tem um percurso bastante interessante, porém, como todos os outros processos de transformação em Saúde Mental, seu desenvolvimento se dá de forma singular. Refletindo sobre a experiência de Santos, Nicácio (1994) diz que iniciava-se um

> processo social complexo ancorado na desconstrução do paradigma psiquiátrico; partindo da desmontagem do manicômio, como síntese da 'instituição a ser negada', projeta a construção da Saúde Mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social. Desconstruir e desmontar a instituição psiquiátrica implica estender esses processos às instituições, aos saberes e à cultura que a sustentam e legitimam. Não se trata de um processo específico, que ocorre no interior da disciplina psiquiátrica, mas atravessa diferentes dimensões: da política, das leis, do

[9] NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial, serviços 24 horas de atenção em saúde mental, antes denominado Núcleo de Apoio Psicossocial.

> sanitário, da organização social das normatividades, das instituições disciplinares, do imaginário (NICÁCIO, 1994, 24).

Era a desconstrução de uma “velha ordem” Psiquiátrica para a construção de uma “outra ordem”, pautada por uma “nova ética” (KINOSHITA, 1996).

> Essa nova ética inspirada na psiquiatria democrática italiana passou a orientar a implantação de uma política de Saúde Mental em Santos. Uma política que se originou na radicalidade, tanto no enfrentamento e do confronto de forças (poder público X donos do hospital) como ousadia de virar ‘o manicômio no avesso’, de instituir um processo de ‘negação da própria instituição’ e romper com a lógica da exclusão. Em síntese uma política, cuja intervenção possibilite colocar a doença entre parênteses e estabelecer o contato com a pessoa considerada doente, isto é, com sua existência-sofrimento, inseridos no tecido social. Internar não é tratar, e por fim, a luta por uma sociedade sem manicômios (LUZIO, 2003b, p. 100).

A respeito disto, Luzio (2003b) ainda diz que depois de 1989, vários outros governos municipais efetivaram suas gestões locais centradas nos direitos de cidadania e na qualidade de vida da população. As perspectivas de maior autonomia e de mais recursos para os municípios, bem como a ampliação e consolidação dos movimentos sociais, contribuíram para a eficácia de administrações municipais na gestão das políticas públicas.

A experiência de Rio Claro: A história de um lugar

Cabe destacar a história de Rio Claro/SP, segundo município do país a criar dispositivo de atenção 24 horas, antes da portaria 336 (NICÁCIO, 2003). Em 1998, nasce o

Núcleo de Atenção Psicossocial no município de Rio Claro, o NAPS - Rio Claro, cuja elaboração foi totalmente vinculada à construção do Sistema Local de Saúde.

A luta pela estruturação, organização, implantação e consolidação do Sistema, marcada, desde seu início, pelos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária que se consolidou com a criação do SUS, possibilitou e favoreceu uma proposta de trabalho de Reabilitação Psicossocial na Saúde Mental do município. Por muitos anos, a única referência em Saúde Mental de Rio Claro era o Hospital Psiquiátrico existente no município “A Casa de Saúde Bezerra de Menezes”, conveniado ao SUS.

Até o ano de 1989, o município dispunha, na rede pública de saúde, de quatro psiquiatras (um em cada uma das quatro unidades de saúde existentes) que prestavam atendimento à população, intervindo apenas através de medicação ou internação integral; três psicólogos, em diferentes locais (Delegacia da Mulher, Departamento de Saúde e Promoção Social e numa das quatro unidades de saúde).

Com a inauguração do Ambulatório de Saúde Mental, em julho de 1989, iniciou-se uma nova forma de assistência no município. O referido Ambulatório propunha-se a atender toda a população (psicóticos, neuróticos, alcoolistas, drogadictos, crianças e adolescentes e encaminhamentos forenses) que requisitasse atenção em Saúde Mental da micro-região. Iniciou-se, então, o processo de Reforma Psiquiátrica como alternativa ao modelo hospitalocêntrico. Com o avanço da Reforma Sanitária no país, ampliou-se a consciência e a noção de cidadania, o que levou trabalhadores de Saúde Mental, usuários e familiares a engajarem-se nas Pré–Conferências, as quais subsidiaram uma ampla discussão sobre o modelo de atenção em Saúde Mental que se pretendia para o Município (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO, 1998).

Em junho de 1997, foi realizada a *"III Conferência Municipal de Saúde de Rio Claro" (*PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO, 1997) que teve como objetivo

principal, a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Até o ano de 1998, o Serviço Municipal de Saúde Mental restringia-se ao referido Ambulatório, que atendia por agendamento prévio, seguindo os moldes tradicionais de assistência (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1983). Sem um Programa Municipal de Saúde Mental sistematizado, não havia a possibilidade de atendimento emergencial para psicoses e neuroses graves, tampouco oficinas terapêuticas ou qualquer outro serviço semelhante; visto que só existia um único serviço.

O resultado era a incapacidade do município em implantar os princípios da reforma psiquiátrica, defendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

As principais diretrizes definidas no Programa de Saúde Mental (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO, 1997) foram:

1. Implantar um Programa de Saúde Mental baseado na desinstitucionalização do paciente psiquiátrico; um modelo assistencial substitutivo ao modelo hospitalocêntrico; um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); um pronto-socorro psiquiátrico; atendimento adequado a crianças e adolescentes autistas e psicóticos.
2. Desenvolver um programa de prevenção e assistência a tóxico-dependentes.
3. Instituir uma comissão de Saúde Mental ligada diretamente ao Conselho Municipal de saúde.
4. Ampliar e viabilizar o atendimento a distúrbios de escolaridade e integrá-lo a Secretaria de Educação.

Com base nestas diretrizes, foi implantado o *Programa Municipal de Saúde Mental*, a partir do primeiro semestre de 1998 (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO, 1997).

A experiência de Rio Claro tem como referência a de Santos; portanto, seu norte é a Psiquiatria Democrática Italiana, porém atravessada pelas marcas do modelo preventivo-comunitario difundido pela política estadual de saúde mental (DEVERA, et al., 2001)[10].

[10] Neste estudo intitulado “A reabilitação psicossocial: a experiência de Rio Claro” são analisadas as contradições entre a prática e o discurso dos trabalhadores da equipe do (na época) NAPS - Rio Claro.

Além das experiências citadas, várias outras já foram objeto de estudo e análise de diversos autores (YASUÍ, 1999; BRAGA CAMPOS, 2000; LUZIO, 2003b), porém o que elas nos levam a enxergar é, deixando um "simples curar do doente", o desvendar da doença deslocando o olhar em direção à promoção da vida, assistindo

> aos usuários no resgate de sua cidadania (que) é a essência (dos programas) que segue(m) o modelo preconizado pela OMS, OPAS, Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.
>
> Considerar que o 'louco' é o menos em habilidades e capacidades humanas e mais em ter uma imagem distorcida – e, portanto, sem unidade. Excluir o doente mental do convívio social, é reduzir a essência humana de cada cidadão, desprezando o ser e estar de cada um. (...) Acreditar que 'louco se cura em hospício', é valorizar a doença sobre a vida. A bandeira é a da desinstitucionalização que revela um novo agir. É um desvendar da doença em promoção da vida, através de espaços integrados; ações coletivas (entre familiares/comunidade e paciente); atendimento integral; desenvolvimento de 'projetos de vida' que visam o fortalecimento interior; e, sobretudo, valorização humana, pois cada sujeito se faz num existir pleno. (...) Enxergar o louco em nós é constituir uma unidade entre loucura e razão. È buscar em cada um, nós mesmos, repartindo um mundo comum a todos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO, 1998, p. 1).

As "histórias" do CAPS - Itapeva, e dos NAPS das cidades de Santos e Rio Claro, entre outras, contribuíram inegavelmente para os avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira no sentido de terem estado compromissadas com o SUS procurando de fato implantá-lo. Sendo caracterizadas pela defesa e a qualidade de vida dos usuários e pelos gestores indo além da busca da humanização das relações entre sujeitos, sociedades e instituições psiquiátricas, construindo novas tecnologias para a Atenção em Saúde Mental, em detrimento da pura relação custo/benefício financeiro dos serviços e ações.

3. CONTEXTO TEÓRICO

3.1. O que se compreende por Reforma Psiquiátrica

Segundo Amarante (1996), podemos entender que o próprio surgimento da Psiquiatria, enquanto disciplina é plausível ser pensado como Reforma Psiquiátrica, devido ao fato de que o modelo das colônias de alienados ser considerado um projeto de Reforma Psiquiátrica que aconteceu em meados do século XIX, especialmente na França, Inglaterra, Alemanha, Itália e, no Brasil, nos fins daquele século e no início do século XX.

Um momento de grandes transformações foi iniciado após a Segunda Guerra Mundial, época na qual um panorama de reformas das instituições de cuidados aos doentes mentais se descortinou na Europa e nos Estados Unidos (BARROS, 1996).

Pitta-Hoisel (1984), ao descrever os principais movimentos reformistas, cita as comunidades terapêuticas e o movimento de antipsiquiatria na Inglaterra, o Setor da Política da França, a Psiquiatria Democrática Italiana, a Saúde Mental Comunitária nos Estados Unidos e a Psicoterapia Institucional francesa, que vem fundamentar o CAPS "Luís da Rocha Cerqueira".

Quanto à psiquiatria de setor trata-se de algo que pretende designar à psiquiatria uma vocação terapêutica, portanto a idéia de levar a Psiquiatria à população evitando ao máximo a segregação, tratando-se de *"uma terapêutica in sito, (...) o paciente será tratado dentro de seu próprio meio social e com o seu meio e que a passagem pelo hospital (...) será uma etapa transitória do tratamento"* (FLEMING, 1976, p. 54, grifo da autora). Concebendo assim a continuidade do tratamento pós-alta hospitalar em instituições que terão por tarefa a

progressiva re-socialização do paciente. Na França ocorreu a divisão do território em setores que tinham por competência uma abrangência de 70.000 habitantes que correspondia a uma rede de instituições que tinha por função a prevenção, o tratamento e o acompanhamento pós-alta das doenças mentais.

Já a psicoterapia institucional é entendida como um conjunto de mediações em que as combinações produzem efeitos terapêuticos dando à instituição um papel de sujeito-analisante, cujas potencialidades são muito vastas e suas mediações são de natureza diversa (oficinas, reuniões, atividades de gestão e organização) todas constituindo uma rede significante, ou um campo transferencial, a partir do encontro da Psiquiatria com a Psicanálise, com o objetivo de

> criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo esteja preparado (terapêuticas-biológicas, analíticas; neutralização dos sistemas alienantes sócio-econômicos, etc.), para que o psicótico aceda a um campo onde se possa refenciar, re-delimitar o seu corpo numa dialética entre parte e totalidade (FLEMING, 1976, p. 47-8).

Fleming (1976) ainda nos apresenta o entendimento de que não há contradição entre uma verdadeira psicoterapia institucional e os princípios de base da psiquiatria de setor, dizendo ainda que por ter sofrido uma influência da psicanálise de tendência lacaniana a psicoterapia institucional sofreu uma transformação mais profunda da prática psiquiátrica, enquanto que a psiquiatria de setor tem como baliza essencial a transferência das atividades do hospital para uma pluralidade de intervenções terapêuticas na comunidade. Quanto à psicoterapia comunitária, a autora entende que ela pretende ser uma forma mais elaborada da psiquiatria de setor.

Os países da América Latina sofreram influência desses movimentos de transformação da assistência psiquiátrica no mundo, principalmente os do modelo norte-

americano. Assim é que, a partir da década de 60, em países como Chile, México, Colômbia e Argentina foram desenvolvidos programas de atenção à Saúde Mental, que tinham em comum a implantação de centros comunitários e o objetivo de realizar a prevenção primária[11]. Com relação à influência norte-americana no Brasil, a

> ... psiquiatria preventiva e comunitária, opera uma crítica ao sistema psiquiátrico, por ser centrado na assistência hospitalar, mas não faz o mesmo com a natureza do saber que o autoriza. (...) A causa da falência do sistema psiquiátrico não estaria na psiquiatria, mas na má aplicação desta (AMARANTE, 1996, p. 16).

Diferenciando-se das propostas de reformas desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos – que deslocavam a ênfase posta nos hospitais psiquiátricos para a criação de serviços na comunidade, a experiência italiana, a partir da década de 60, enfatizava a necessidade de tomar, como ponto de partida, o interior do manicômio, criando condições para a sua desmontagem, subvertendo sua lógica e seu funcionamento. Este movimento foi chamado de Psiquiatria Democrática Italiana (BASAGLIA, 1985).

O processo de transformação da psiquiatria, em Trieste, iniciado em 1971, levou ao fechamento completo do manicômio e à constituição de um determinado tipo de assistência territorial. Esse processo foi posteriormente teorizado e passou a ser conhecido como "desinstitucionalização" (AMARANTE, 1996). A questão da cidadania é fundamental no sentido em que o doente que era despojado de seus direitos políticos, jurídicos e civis, torna-se um não-cidadão.

---

[11] Conforme definido na SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de Saúde Mental**. Divisão de ambulatórios de Saúde Mental / Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo: São Paulo, 1983.

> O que efetivamente demarca uma real distinção entre os projetos de reforma (...), é a forma do lidar prático e teórico da desinstitucionalização, conceito este que sofre metamorfose substancial e que abre novas possibilidades para o campo da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1996, p.15).

Além do que, cabe destacar que

> a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. (...) cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do 'paciente' e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI et al., 1990, p. 33).

A psiquiatria Democrática Italiana é uma resposta crítica à psiquiatria reformada na Europa e Estados Unidos em que a desinstitucionalização foi reduzida a desospitalização. *"A desinstitucionalização foi realizada (...) como desospitalização, política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos"* (ROTELLI et al., 1990, p. 19).

Enquanto palavra de ordem a desinstitucionalização era utilizada para muitos e diferentes objetivos. Para grupos técnicos e políticos radicais apresentava-se na perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social se posicionando paralelamente à anti-psiquiatria; já para os administradores era vista como um programa de racionalização financeira-administrativa, entendida como redução de leitos hospitalares e uma conseqüência da crise fiscal, revelando-se coerente com as orientações neoliberais.

No sentido de atingir a superação gradual da internação psiquiátrica através da criação de serviços na comunidade, rompendo com o predomínio cultural do modelo clássico da psiquiatria onde o hospital era a única resposta do sofrimento psíquico, as reformas

psiquiátricas nos anos 60 na Europa multiplicaram as estruturas extra-hospitalares, porém as internações psiquiátricas continuam a existir na Europa e nos Estados Unidos.

"Em todos os sistemas de saúde mental nascidos das reformas, malgrado as intenções que as animavam, permaneceram os hospitais psiquiátricos e as estruturas de internação que têm um peso não secundário" (ROTELLI et al., 1990, p. 20).

Como decorrência de ser entendida e praticada como desospitalização, a desinstitucionalização produziu o abandono de parcelas consideráveis da clientela psiquiátrica.

> As análises sociológicas e psiquiátricas sobre a psiquiatria reformada colocam em evidência que entre os serviços da comunidade e as estruturas de internação existe uma complementariedade, um jogo de alimentação recíproca. (...) Particularmente a imagem de circuito coloca em evidência o fato de que a psiquiatria reformada 'estática' da segregação em uma instituição separada e total foi substituída pela 'dinâmica' da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas. Assim, funcionam: o centro para internação durante a crise, o serviço social que distribui subsídios, o ambulatório que distribui fármacos, o centro de psicoterapia, etc (ROTELLI et al., 1990, p. 23).

Portanto na perspectiva da psiquiatria reformada, a desinstitucionalização tem um balanço negativo.

Já para a experiência italiana desinstitucionaliza-se o paradigma psiquiátrico. A psiquiatria por não conseguir equiparar seus métodos de trabalho "aos princípios abstratos" que a balizam, suas instituições funcionam sustentadas por uma codificação entre definição e explicação do problema e resposta racional, sendo, portanto um sistema que intervém em um problema dado, "a doença", para atingir uma solução racional, de preferência a cura.

Entretanto, a psiquiatria apresenta-se como prática que denuncia a fragilidade do paradigma racionalista.

> Nesse sentido a psiquiatria revela ser uma instituição (...) que administra aquilo que sobra, isto é, uma instituição, residual ela mesma, que detém, em relação ao sistema institucional em sua totalidade, um poder tanto vicário quanto insubstituível (ROTELLI et al., 1999, p. 27).

É justamente esse conjunto que é preciso desmontar parta resgatar a existência dos pacientes enquanto existência-sofrimento, que o modo Psicossocial tem como um de seus parâmetros.

3.2. MODO PSICOSSOCIAL: um paradigma para a transformação da atenção em saúde mental

As experiências realizadas no Estado de São Paulo, com o objetivo de superar o modelo hospitalocêntrico, apresentam-se como projetos de intervenção baseados no ideário da Reforma Psiquiátrica. Tais projetos consideram questões políticas, teóricas, culturais e sociais do sofrimento psíquico (existência/sofrimento) e sua assistência. A heterogeneidade, presente na diversidade de conceitos e das práticas, existente entre os diversos atores sociais da Reforma Psiquiátrica, nos reporta ao entendimento de alguns destes autores.

Para Pitta (1996), Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes em Saúde Mental; seria o processo de facilitar ao indivíduo com

limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade.

A evolução dos conhecimentos psiquiátricos, através de estudos epidemiológicos, contribui, também, para que percebamos com mais clareza o empobrecimento do paciente e sua cronificação, não associada somente à doença, mas a contextos microssociais, sendo por vezes necessário intervir no sujeito e no seu contexto, pois como se sabe os determinantes do adoecimento têm múltiplas causas como as diferenças culturais, a falta de adequado suporte social, o ambiente relacional adverso, mais fatores biológicos e psicológicos (KINOSHITA, 1996).

Kinoshita (1996) afirma que:

> Para que ocorra a diminuição do sofrimento psíquico é necessária a desidentificação com a doença, a neutralização de processos crônicos, a ampliação de articulação social do sujeito, desenvolvendo potencialidades e aumentando o poder de contratualidade afetiva e material, ou seja, a ampliação da capacidade de autonomia para a vida (p. 46).

Esse processo de resgate pode, segundo Saraceno (1999), ser pautado no exercício da cidadania em três cenários: habitat, rede social e trabalho, como valores sociais.

O recurso mais importante no tratamento passa a ser a relação e a capacidade de acolhimento em todos os momentos do tratamento, sendo necessários, para isso, projetos terapêuticos, articulação de todos os recursos disponíveis, construção de projetos reais que tenham valor social e sentido para o sujeito, inserindo a família no tratamento e, ainda, a criação de uma rede para usuários e familiares, dando ênfase à atenção comunitária e à produção de saúde.

É necessário criar espaços de coletivização, incluindo reuniões clínicas, de projetos e de supervisões, pois todos os funcionários da unidade de atendimento/acolhimento

devem estar envolvidos com a constituição do modelo assistencial das decisões coletivas (CAMPOS, 1997c). Assim também, o planejamento da atenção deve acontecer em conjunto com os usuários, porque estamos falando a partir do marco conceitual da Atenção Psicossocial.

Para Saraceno (1996), a Reabilitação Psicossocial é uma necessidade ética e, portanto, deve pertencer a um grupo de profissionais que tem como prioridade a abordagem ética do problema da Saúde Mental. Todos temos o direito e o dever de estarmos envolvidos com a discussão, por ser a abordagem uma estratégia que implica muito mais do que simplesmente passar um usuário/paciente, de um estado de "desabilidade" para um estado de "habilidade"; de um estado de incapacidade a um estado de capacidade, implica antes uma mudança total de toda a política dos serviços de Saúde Mental, política esta que se aplica e se realiza por meio dos programas. Ou seja, Saraceno recoloca a Reabilitação Psicossocial em novos termos, que incorporam vários dos princípios da experiência italiana da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira assumiu, enquanto paradigma, a Atenção Psicossocial[12]. Conceitos como cidadania, autonomia e contratualidade compõem o ideário dos trabalhadores dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. O Campo da Atenção Psicossocial engloba a todos nós profissionais e a todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todos os familiares dos usuários e, finalmente, a comunidade inteira.

Com o intuito de balizar a análise dos dados, explicitarei aqui os parâmetros do que se compreende por Atenção Psicossocial.

---

[12] O termo atenção psicossocial será utilizado para denominar a nova política de Saúde Mental orientada pela mudança de modelo assistencial, elaborada a partir das respostas advindas do Movimento da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial e consolidada nas várias experiências brasileiras. Alguns autores como Pitta (1996) e Saraceno (1999) se referem a este modelo como reabilitação psicossocial: aqui optaremos por atenção psicossocial por entendê-lo mais abrangente e adequado, como propõem COSTA-ROSA; LUZIO; YASUÍ, 2003.

Amarante (1999) define quatro campos onde se operam as transformações da Reforma Psiquiátrica: teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídica e sócio-cultural. Entendo que tais dimensões são fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico, porém, são insuficientes para definir a transição paradigmática necessária a evidenciar os parâmetros inerentes à Atenção Psicossocial.

Costa-Rosa (2000) nos traz o entendimento de que, do ponto de vista político-ideológico, avançamos consideravelmente, mas há de se caminhar no técnico-teórico. O referido autor também nos apresenta quatro parâmetros para definir o modo psicossocial: concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos; concepção da organização das relações intra-institucionais e da divisão do trabalho interprofissional; concepção da forma das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral – ação no território; concepção efetiva dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos.

O que permitirá definir a adoção de um paradigma ou outro – o psiquiátrico ou psicossocial – está na apropriação dos conceitos que levam à transformação de cada um desses parâmetros. O entendimento que se configura na Atenção Psicossocial será sempre medido na relação com esse outro que designaremos como modo asilar ou paradigma psiquiátrico.

> Exigiremos da Atenção Psicossocial que ela seja capaz de se configurar como alteridade radical desse paradigma. Ou seja, procuraremos medi-la, à luz do modo asilar a que se alterna, e do modo psicossocial como figura possível da lógica do seu devir (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUÍ, 2003, p. 36).

Considerando as quatro dimensões propostas por Costa-Rosa (2000), elucidaremos a seguir o modelo de análise proposto. Quanto à concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos, o autor sintetiza a diferença que, no modo psicossocial,

se apresenta com relação a como não só os profissionais têm uma concepção de sujeito, mas também de sua concepção de saúde-doença-cura.

O paradigma que sustenta esse lugar não é o da lógica cartesiana do iluminista, daquele homem que tinha uma situação ideal. Aqui nós falamos de uma existência-sofrimento, da incompletude, da falta, do sujeito que vive apesar da angústia de não curar o sujeito dele mesmo. Nesta nova concepção, o sujeito vai encontrar recursos para transformar a compreensão do seu próprio sofrimento. No entanto, para que isso aconteça ao sujeito que demanda o serviço, é necessário que a equipe trabalhe de uma forma que não seja a do antigo modelo taylorista de linha de montagem, mas que a equipe se aproprie desse entendimento, compreendendo que o sofrimento tem uma configuração bio-psico-sócio-cultural e que o território em que esse sujeito está inserido, bem como as suas relações interpessoais primárias que são a família, a questão da habitação, suas relações com o trabalho, suas perspectivas futuras, as tensões no grupo social, os preconceitos, crenças, enfim, tudo com o que está envolvido, e qualquer outra forma de alienação, que contribuem para gerar sofrimento, podem ser também vistas como fontes de transformação do sofrimento desse sujeito.

Quando a equipe se posiciona nesse outro lugar, ela se apropria do pensar, do planejar e do executar as ações. Aqui está o que se vê em diversos textos que versam sobre os projetos terapêuticos dos CAPS, como, por exemplo, o Projeto Terapêutico Individual. Quando a equipe se depara com a questão de o usuário participar ou não da montagem desse projeto, quando ele está alienado, quando a equipe o alija desse processo, decidindo por ele, isso também é parâmetro para se pensar nas nuances existentes. Nessa concepção que o autor propõe há um marco diferencial muito importante do ponto de vista técnico-teórico, no avanço de uma clínica psicossocial.

A *concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos* evidencia uma clínica psicossocial que pode ser vista como a clínica de uma outra ética, mas no meu

entendimento e para além de uma nova ética: uma clínica do sujeito em sua existência-sofrimento.

Exigências para a transição paradigmática:

> Exigências: DESOSPITALIZAÇÃO e não hospitalização; desmedicalização e não MEDICALIZAÇÃO (significa abolir a medicação como resposta única ou preponderante e a priori); IMPLICAÇÃO SUBJETIVA E SÓCIOCULTURAL e não objetificação; "EXISTÊNCIA-SOFRIMENTO"e não "doença-cura" como paradigmas de abordagem dos problemas; CLÍNICA AMPLIADA E TRANSDISCIPLINAR (psicanálise, materialismo histórico, filosofia da diferença) e não clínica psiquiátrica/psicológica ou das especialidades (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUÍ, 2003, p. 37, destaque dos autores).

A *concepção da organização das relações intrainstitucionais* diz respeito ao modo como se estrutura o organograma institucional, portanto os fluxos de poder, e tem ressonâncias importantes no trabalho interprofissional. No modo psicossocial, a forma como o trabalho é organizado, a definição do processo de trabalho pressupõe, necessariamente, a democratização dos espaços institucionais. No que diz respeito ao poder institucional, devemos entender em dois sentidos: decisório (origem política) e de execução (operacional). Quanto ao poder decisório, a equipe não está alienada do planejamento, mas constrói esse processo de forma absolutamente participativa, do mesmo modo pelo qual o usuário também participa de seu plano terapêutico e do planejamento geral, através de seus representantes.

Essa forma de intervir implica espaços de poder partilhado, pois rompe com o fluxo de serviço vertical e, assim, o trabalho se dá horizontalmente. As diferenças implícitas no trabalho da equipe que são inerentes à divisão técnica do trabalho, não devem implicar uma diferença de poder, de status ou de lugar de importância na equipe. O poder decisório não está no coordenador, pois as decisões passam, necessariamente, pelas reuniões de equipe

e pelo fórum de deliberação da equipe no âmbito global, que inclui necessariamente os representantes dos usuários e população. O lugar da coordenação está muito associado à representação, e a função desse coordenador é gerenciar o que o coletivo delibera, ou seja, coordenar conjuntamente as ações com base nas decisões tomadas por aquele grupo. Por exemplo, quando se neutraliza o modelo médico, e se atua centrado nessa proposta de um poder compartilhado, estimulam-se todos os saberes implícitos e explícitos. Reconhecendo a importância da participação da população, no sentido do quanto esse modelo está imbricado no SUS, na importância da questão do controle social, é que se poderá ter a noção da efetiva participação popular e do controle social nos serviços.

Quanto a este parâmetro, as exigências para a transição paradigmática são:

> Exigências: HORIZONTALIZAÇÃO e não verticalização das relações intra-institucionais, PARTICIPAÇÃO e não exclusão, AUTO-GESTÃO E CO-GESTÃO e não gestão por delegação, INTERPROFISSIONALIDADE INTEGRADORA do processo de produção e do "produto", e não interprofissionalidade fragmentadora segundo a lógica do Modo Capitalista de Produção, TRANSDISCIPLINARIDADE (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUÍ, 2003, p. 38, destaque dos autores).

No que diz respeito à *concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral*, fica clara a importância do projeto de trabalho ser realizado no território. Ou seja, que se exteriorize, tenha movimento, possibilitando uma interlocução com a população e com usuários, contrapondo-se à interioridade e clausura do modo asilar. A relação não fica dicotômica entre loucos e sãos, pois adquire uma outra complexidade de pensar. Esta é a grande contribuição da Psiquiatria Democrática italiana para o campo da Atenção Psicossocial, ao promover os desdobramentos do conceito de desinstitucionalização.

Nota-se que, na Atenção Psicossocial, desinstitucionalizar na perspectiva da Psiquiatria Democrática Italiana vem a serviço de uma superação das organizações baseadas no setor ou na Psiquiatria Comunitária. Ao falarmos da História, contextualizamos a Psiquiatria Comunitária e suas relações com a Reforma Psiquiátrica. Está claro que a Atenção Psicossocial propõe a superação do hospital como instância intermediária, como um espaço possível. O que se coloca aqui é a substituição integral do hospital como recurso terapêutico e a utilização do território de forma que se supere a idéia de comunidade terapêutica e as contradições do monopólio das especialidades.

> Exigências: INTERLOCUÇÃO e não relação entre loucos e sãos; LIVRE TRÂNSITO e não interdição e clausura; ATENÇÃO INTEGRAL E TERRITORIALIZADA e não estratificada por níveis. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO e sua substituição pelo paradigma psicossocial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUÍ, 2003, p. 40, destaque dos autores).

Por último, veremos que a concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos, é o que, em parte, já foi dito na concepção saúde-doença: o posicionamento de uma clínica, da ética da singularização, da possibilidade do reposicionamento do sujeito e não da supressão sintomática. É um entendimento, é um olhar que se tem para a questão, tanto da recuperação dos direitos de cidadania, de que muitos dos nossos usuários se encontram excluídos, passando pela recuperação do poder de contratualidade social aqui entendida como capacidade de situar-se frente aos conflitos e contradições pelos quais qualquer um é atravessado e atravessa, tanto usuários dos serviços quanto qualquer um de nós. De novo a questão de não fazer uma diferenciação entre loucos e sãos, pois que todos sujeitos vivem existência-sofrimento.

> Exigências: RELAÇÃO SUJEITO-DESEJO E CARECIMENTO-IDEAIS, e não ego-realidade ou carência-suprimento, IMPLICAÇÃO SUBJETIVA E SÓCIO-CULTURAL (singularização) e não adaptação (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUÍ, 2003, p. 41, destaque dos autores).

O elemento característico da ética do paradigma psicossocial é a relação sujeito-desejo ($) e carecimento-ideais (sujeito como portador de direitos, de contratualidade, de projeto-consciência). Na relação sujeito-desejo inclui-se uma dimensão essencial do individuo que é o individuo com um inconsciente ($). Esta consideração implica pôr em ação dimensões com as de demanda e de significante, dos sintomas e queixas; é, portanto, um aspecto fundamental para a consideração do conceito de existência-sofrimento não só " do indivíduo como corpo em sua relação com o corpo social" – mas do indivíduo como sujeito dividido, sujeito de desejo, em que se incluem as relações com o corpo não apenas na esfera da necessidade, ou do sofrimento como disfunção, mas, incluindo as dimensões da relação do corpo simbólico com o gozo nas demandas.

Entendemos que, a partir desses instrumentos, dessas vertentes de olhar e escutar o material coletado na pesquisa, poderemos identificar o discurso dos sujeitos envolvidos diretamente nesta construção das práticas em Saúde Mental no interior de Estado de São Paulo.

II. METODOLOGIA

1. O MÉTODO DIALÉTICO

Este estudo busca caminhos e instrumentos coerentes com as características do seu objeto de investigação: A Reforma Psiquiátrica no Interior do Estado de São Paulo.

Derivada da palavra grega *odos,* método significa originariamente caminho, direção para um objetivo. Esse caminho delimita e orienta a manifestação do que se apresenta. Diferente de *o que* fazemos ou pensamos, o método indica *como* fazer ou pensar; é um modo de encaminhar o desenvolvimento da ação ou da teoria, de acordo com a finalidade de seu propósito. Ao determinar o trajeto mais adequado para atingir objetivos específicos, o método elimina a possibilidade do acaso, proporcionando a melhor forma de cumprir as funções do dia-a-dia. Dessa mesma maneira, a Filosofia e a Ciência, na elaboração de suas doutrinas, orientaram seus pensamentos através de caminhos adequados aos objetos estudados. Historicamente, verifica-se a criação de uma grande diversidade metodológica: a fenomenologia, a semiótica, a positivista e a dialética, entre outras.

O desenvolvimento de um trabalho de pesquisa está diretamente relacionado ao conhecimento dos métodos científicos e dos modelos de pesquisa, os quais lhe dão condições de escolher o melhor percurso para o seu trabalho. A metodologia científica é constituída por uma série de regras, a partir das quais se torna possível pensar, testar criticamente e selecionar as melhores teorias e hipóteses para a solução de um problema.

O trabalho do pesquisador se inicia com a definição de um problema e a busca da solução deste será o estímulo à investigação e ao estudo. Um mesmo fato ou fenômeno pode

ser explicado por diferentes teorias. O rigor científico necessário para a seriedade da pesquisa impõe ao pesquisador a explicitação de seu referencial teórico-metodológico e o foco para o estudo do objeto, o que tornará visível o andamento de seu raciocínio e os procedimentos pelos quais sua investigação passará.

> Pensamos que a construção do conhecimento se constitui como um movimento infinito e incompleto de interpretações do mundo, contingente à circunstância do homem, enraizado num contexto bio-sócio-histórico-cultural. Como produção humana, o conhecimento é complexo, parcial, provisório, o que implica a renúncia de verdades eternas e a necessidade de lidar com o caráter multifacetado de seu significado (SUNDFELD, 2000, p. 35).

Quando nos deparamos com o desafio de uma pesquisa qualitativa e social, vemo-nos diante da escolha metodológica mais compatível ao objeto de estudo da realidade a ser pesquisada. A concepção de mundo do pesquisador está implicada em todo o processo de construção do conhecimento, desde o destaque que recorta o objeto empírico, as hipóteses e o quadro referencial teórico utilizado, até o resultado do trabalho (MINAYO, 2000). Desse modo o pesquisador deixa marcas nessa construção.

A escolha do objeto de estudo, seu tratamento, a opção metodológica, as técnicas de investigação e a análise dos dados a serem adotados vão constituir um primeiro determinante da relação do pesquisador com o objeto de pesquisa, pois o objeto deve ser entendido como uma espécie de continuação do sujeito, e o conhecimento como uma produção humana que lhe imprime sua marca, sua subjetividade (MATTIOLI, 2000).

Entende-se por subjetividade os modos de agir e pensar que são simultaneamente pessoais e coletivos; são historicamente produzidos e nos atravessam de forma singular, não havendo dicotomia entre individual e coletivo, pois os valores coletivos atravessam a cada um de nós (CAMPOS, 2000). Nessa perspectiva, construir um objeto de estudo implica, antes de

tudo, reconciliar o sujeito e o objeto, pois o que nós captamos do mundo não é o objeto menos nós, mas co-produzido por nós e que não pode estar separado do sujeito conhecedor, enraizado numa cultura e numa história (MORIN, 1989).

A opção metodológica está relacionada a uma concepção de homem como um ser em movimento, capaz de intervir em sua própria história e a uma concepção de trabalho como um processo coletivo e singular, de criação e recriação não só de coisas ou serviços, mas também de subjetividades (SILVA, 1997).

Diante da questão da escolha do método, deparamo-nos com a importância que tem a clareza sobre o que se pretende conhecer. O estudo e a sistematização dos marcos históricos da reforma psiquiátrica no Interior do Estado de São Paulo, no período de 1987 a 2004, incluindo o período entre a 1ª e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, levou a escolher uma abordagem que fosse capaz de delinear o caráter histórico e dinâmico, daí a opção pelo materialismo histórico e o dialético. O referencial teórico foi utilizado como fundamentação teórica favorável à interpretação do movimento dinâmico da realidade social, enfatizando as categorias de singularidade e totalidade, essência e aparência (MARX & ENGELS, 1989; TRIVINOS, 1987).

Demo chama atenção para o fato de ser a dialética a metodologia mais indicada para o estudo em pesquisa social, porque *"a dialética privilegia o fenômeno da transição histórica, que significa a superação de uma fase por outra, predominando na outra, mais o novo do que repetições da fase anterior"* (DEMO, 1995, p. 85-6). O pressuposto desta pesquisa parte da hipótese de que este é o caso da formação social que estamos chamando Reforma Psiquiátrica no Interior do Estado de São Paulo; ou seja, procuramos verificar se a RP significa uma superação do paradigma psiquiátrico ou se é apenas sua reformulação. Porém só a análise da realidade poderá dizer até que ponto tal hipótese se sustenta.

1.2. A DIALÉTICA NA PESQUISA SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

A dialética refere-se ao método de abordagem do real. Esforça-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação. Busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade e realizar a crítica das ideologias, isto é, o imbricamento do sujeito e do objeto, ambos históricos e comprometidos com os interesses e as lutas sociais do seu tempo (MINAYO, 1992). Por isso procura ultrapassar o âmbito das aparências fenomênicas.

Entre as leis que regem a visão dialética, a da contradição ou do conflito, predominando sobre a harmonia e o consenso, é de importância metodológica fundamental. De acordo com Demo (1989), toda formação social é suficientemente contraditória para ser historicamente superável. Ela é dinâmica e traz, já entre si, as condições de aparecimento da nova fase. O conceito de contradição, aqui proposto, está relacionado com a dialética no sentido da lei da unidade e luta de contrários, representando a existência nas formações sociais de forças motrizes que possibilitam a tais formações sociais passarem de um estágio de desenvolvimento a outro, alterando suas características essenciais. Segundo Costa-Rosa (1997), as contradições *"são o resultado dos conflitos reais entre os grupos, e ou interesses sociais, representados nas instituições"* (p. 143).

Para a dialética, a contradição é constitutiva da realidade e isto é que imprime a ela um constante *"vir a ser, um processo interminável, criativo irrequieto. Ou seja, que a faz histórica"* (DEMO, 1995, p.87). Nesse sentido a hipótese de uma Reforma Psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo, já era efeito da visão do conjunto das práticas em Saúde

Mental neste contexto, como contraditório, portanto como práticas, embora articuladas por um discurso, estratificadas, em termos dos interesses e níveis que as compõem.

A tensão das contradições no seio da totalidade implica o reconhecimento do real histórico. A compreensão do conceito de totalidade, enquanto categoria metodológica, não deve ser entendida como o estudo da totalidade da realidade, pois isso seria impossível, por ser ela infinita e inesgotável e por estar em constante processo de transformação; no entanto, não se pode entender um elemento, um aspecto, sem considerarem a sua relação com o conjunto (LÖWY, 1989). Poder-se-ia, então, falar em tendência à totalização, embora assintótica, pois a totalidade de que se trata é conjunto articulado de pulsões contraditórias no sentido dialético, o que compõe uma realidade que está em interminável processo de totalização. Daí não entendermos, no caso desta pesquisa, a RP como o vir a ser, ponto final das lutas pela transformação do setor da Saúde Mental.

O método dialético objetiva a diferenciação entre a forma de manifestação e a real construção (essência e fenômeno). O conhecimento não é fruto de uma atividade especulativa, mas a tarefa de desvelar o que constitui aquilo que há de real em sua aparência. No processo de desvelamento da inter-relação dos fenômenos constitutivos de uma determinada totalidade, o sujeito do conhecimento parte do concreto e reconstrói o fenômeno no pensamento, reproduzindo-o como produto do conhecimento humano. No caso deste estudo parte-se da formação social denominada Reforma Psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo, buscando analisar algumas de suas múltiplas determinações, estas constituem o que pode haver de real, em sua aparência. Ao final do processo de pesquisa teremos o fenômeno com o concreto pensando, entretanto este concreto não pretende esgotar a concreticidade do real, embora aspire à sua maior aproximação possível, nestas circunstâncias. Vale a pena sublinhar que os dados da pesquisa não falam por si mesmos, a não ser a linguagem da ideologia e do imaginário, eles requerem a reelaboração pelo processo de pensamento do pesquisador.

A dialética reconhece a possibilidade do descobrimento do universal por meio da enumeração e do exame de apenas um dos fenômenos singulares, não bastando apenas submeter um fato à contemplação, mas tomando por base as construções teóricas ou hipóteses e reproduzindo na prática, dando ao universal forma concreto-sensorial (COSTA-ROSA, 1987). Neste sentido o estudo da Reforma Psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo pode fornecer elementos capazes de permitirem pensar sobre a realidade da Reforma Psiquiátrica em outros contextos brasileiros similares, ou seja, os municípios do interior de outros estados, considerando suas peculiaridades históricas. Em cada uma dessas aproximações com o real, um salto qualitativo ocorre e resultará em um novo processo de conhecimento, como em uma espiral. Conforme indica Löwy (1989), Marx define seu método como dialético racional porque

> na compreensão positiva das coisas existentes ele inclui na mesma ação a inteligência de sua *negação*, de seu *declínio* necessário; porque apreendendo cada forma no *fluxo do movimento*, quer dizer *por seu lado transitório*, nada poderia lhe ser imposto; ele é essencialmente *crítico e revolucionário* (LÖWY, 1989, p.73-4, grifo do autor).

Nesta pesquisa entendemos que os fatores propiciadores da Reforma Psiquiátrica não existem isolados daqueles que a ela se contrapõem. É dos embates entre tais fatores que pode emergir o conjunto de características de um setor das práticas em Saúde Mental, que se pode designar como Reforma Psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo. Portanto não só a RP entendida como um processo de negação da Psiquiatria, como ela própria é negada por outros discursos, saberes e práticas

Em suma, na dialética marxista não existe conhecimento desvinculado das condições concretas da vida material, da realidade. Nela o sujeito do conhecimento é ativo, um produtor que, em sua relação com o mundo e com o seu objeto de estudo, reconstrói, no

seu pensamento, o próprio mundo. A atividade do sujeito do conhecimento deve ser compreendida como qualquer atividade da produção social, da qual resultam, ao mesmo tempo, produtos, re-produção ampliada das forças naturais dominadas, reprodução das relações sociais referidas aos objetos e aos instrumentos e através disso tudo, reprodução dos próprios indivíduos trabalhadores quanto à sua realidade subjetiva.

Especificando ainda melhor o caráter dinâmico do fenômeno de nosso estudo é importante sublinhar que:

> Os contrários são tomados aqui como aspectos da mesma única essência, e como contrários eles não apenas se excluem mutuamente, mas também coincidem – exprimem simultaneamente a diferença e a identidade, por isso se fala em unidade e luta de contrários. A identidade dos contrários ocorre no momento da transformação dos contrários um no outro. Esse momento da luta de contrários equivale à resolução da contradição e à elevação do fenômeno a um novo estado qualitativo, o que significa que ele é um ponto nodal do desenvolvimento. Mas esta unidade dos contrários é temporária, e, portanto relativa, já que ela expressa apenas um momento necessário da contradição (COSTA-ROSA, 1987, p. 46).

Está implícita, nesta pesquisa, a aplicação das leis da dialética na medida em que consideramos tanto os aspectos quantitativos do fenômeno quanto seus aspectos qualitativos. Temos por hipótese que a quantidade e a qualidade dos dispositivos alternativos às práticas psiquiátricas hospitalares são componentes necessários da formação social da Reforma Psiquiátrica; por outro lado entendemos os dispositivos da Saúde Mental em seu conjunto como articulação de pulsações contraditórias – pulsações do paradigma psiquiátrico e pulsações do paradigma psicossocial – o que contempla as leis: das “mudanças quantitativas acarretando mudanças qualitativas” e da “unidade e luta de contrários”. Quanto à lei da “negação da negação”, é ela que nos permite compreender as vicissitudes do que estamos chamando de Reforma Psiquiátrica, na medida em que tal lei nos permite visualizar até que

ponto as mudanças operadas no paradigma psiquiátrico são negação ou reafirmação do mesmo, ou até que ponto elas permitem designar aí algo novo que pudesse justificar a utilização dos termos Reforma Psiquiátrica com algo que vai na direção da superação ou não do paradigma da psiquiatria.

É inegável a importância do método dialético para a pesquisa social; portanto, a metodologia qualitativa será utilizada por ser capaz de incorporar a questão do **significado** e de **intencionalidade** às relações e às estruturas sociais, como construções humanas significativas (MINAYO, 1992).

Para fazer a diferenciação entre a aparência e a essência do fenômeno estudado, ou seja, para distinguir a forma de manifestação do fenômeno, de sua real constituição, há a necessidade de aproximação com o método dialético de análise que, segundo Demo (1989), é o mais fecundo para analisar os fenômenos históricos.

Entre as leis que regem a visão dialética, a da **contradição ou conflito predominando sobre a harmonia e o consenso** é de importância metodológica fundamental. De acordo com Demo (1989), toda formação social é suficientemente contraditória para ser historicamente superável. Ela é dinâmica e traz, dentro de si, as condições de aparecimento da nova fase.

No entanto, quando se fala em contradição, é necessário não entrar em um campo maniqueísta e positivista no qual se compreende a contradição como disfunções ou desvios. Ao contrário, no caso desta pesquisa, entende-se que as contradições *"são o resultado dos conflitos reais entre os grupos, e ou interesses sociais, representados nas instituições"* (COSTA-ROSA, 1997, p. 143).

Para servir de caminho e de baliza no confronto com a realidade empírica, nesta análise são utilizados conceitos e noções como Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA et al., 2003), Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995), paradigma psiquiátrico e paradigma

psicossocial (AMARANTE, 1995, COSTA-ROSA, 2000), termos em uso no contexto das análises das instituições e das práticas no campo da Saúde Mental no cenário brasileiro deste momento histórico.

É importante refletir acerca da Atenção Psicossocial como área de saber, com várias possibilidades de atuação e intervenção, em que diagnosticar e medicar são as partes e não o todo. O sujeito em sua complexidade, que inclui sua qualidade de vida – entendida de forma ampla e irrestrita (cidadania) – e sua dimensão subjetiva, tanto consciente quanto inconsciente, é o foco deste novo olhar e entendimento do sofrimento psíquico (CAMPOS, 1997b). Esse olhar considera não mais apenas o processo doença-cura, mas inclui, sobretudo o que tem sido designado como "existência-sofrimento" (ROTELLI, et al., 1990).

O paradigma da Atenção Psicossocial, adotado para análise da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como já referido anteriormente, baliza a consideração dos dados do presente estudo. Outros parâmetros são compostos pelas dimensões propostas por Costa-Rosa (2000) em que se destacam a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos; concepção da organização das relações intrainstitucionais e da divisão do trabalho na Saúde Mental; concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e a população; e a concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos. Parâmetros estes, que definem o Paradigma Psicossocial.

Em coerência com o Método Dialético também utilizamos o conceito de Instituição. Ferramenta produzida pela Análise Institucional, o conceito de instituição foi elaborado por Lourau (1995). Este autor afirma que, para apreender o caráter contraditório das instituições, é necessário considerar que toda instituição é o resultado do movimento dialético de três momentos: o **instituído**, ou o estabelecido, considerado o momento da universalidade; o **instituinte**, ou seja, o acontecimento que não cessa de alterar e até de negar o que está formalizado, que é a particularidade; e o terceiro momento, o da singularidade, resultado da

articulação entre os momentos anteriores, que tensiona o cotidiano das práticas dos sujeitos, produzindo algo que não se constitui num caráter meramente reprodutor e repetitivo, mas, ao contrário, aponta para uma certa atualização, um 'vir a ser' em contínua transformação (LOURAU, 1995).

Trata-se da **instituição,** não como substantivo, mas como verbo 'o ato de instituir', ou devir instituinte.

É esse constante movimento dialético que permite a conservação e também a dissolução das instituições (L'ABBATE, S/D).

2. O DESENHO DA PESQUISA

2.1. A elaboração do Banco de Dados

Foram distribuídos questionários com questões fechadas e abertas, de forma que fosse possível alimentar um Banco de Dados sobre Saúde Mental referentes ao Interior do Estado de São Paulo.

A referida pesquisa foi realizada a partir da Coordenadoria de Planejamento em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e os questionários foram distribuídos a partir das 19 Diretorias Regionais de Saúde (DIR) do Interior do Estado (da VI à XXIV), de forma que cada município corresponde a um cadastro em banco de dados formatado

(programa Access, CD-Rom). As questões abertas foram respondidas pelos gestores[13] locais responsáveis pelos Programas Municipais de Saúde Mental.

Das 24 DIR's que compõe o Estado de São Paulo como um todo, 5 não foram pesquisadas por compreenderem a região metropolitana do Estado e a capital, que não eram foco desta pesquisa.

2. 2. Procedimento para preenchimento dos questionários

As questões foram respondidas por escrito e enviadas via Diretoria Regional de Saúde para o Colegiado Estadual de Saúde Mental. Todas as respostas foram registradas e estão disponibilizadas no Banco de Dados. Destaque para o fato de a Secretaria de Estado da Saúde ter se comprometido com este trabalho, de forma que o mesmo será, futuramente, disponibilizado no *site* desta Secretaria.

No início do mês de julho, fomos notificados da dissolução da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo e por conseqüência, da desarticulação do Colegiado Estadual de Saúde Mental. Tal fato acarretou a necessidade da construção de uma nova estratégia para o retorno dos questionários, que foi o contato telefônico e a troca de e-mails com as articuladoras de Saúde Mental de cada uma das 19 DIR's envolvidas no estudo.

A escolha do contato direto permitiu que a grande maioria dos formulários encaminhados retornassem diretamente para a pesquisadora, somente não conseguindo a devolução integral do material dirigido para as DIR's de Registro (XVII) e de São José do

[13] O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 103/04 (Anexo 2).

Rio Preto (XXII)[14]. Sendo que alguns dados referentes a estas 2 DIR's foram obtidos via respectivas articuladoras, acarretando atraso no fechamento do banco de dados, que ocorreu somente em 30 de novembro de 2004 .

Do material retornado, muitos questionários apresentavam lacunas em alguns dados que foram, na medida do possível, completados por outras vias de informações, como o Ministério da Saúde (via *site* oficial e contato telefônico), Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (fontes documentais citadas na bibliografia, contato telefônico, além de duas entrevistas com a Coordenadora Estadual de Saúde Mental, que permaneceu no cargo no período entre 1995 até julho 2004 (DELOSSI, 2004) e *site* da ONG Inverso (INVERSO, 2004).

2.3. Destinação dos dados coletados

Os resultados finais e sua análise global serão divulgados em forma de Dissertação de Mestrado e em CD-Rom com o Banco de dados. Outras análises e reflexões serão divulgadas, a seguir, através de artigos científicos.

[14] Das outras 17 DIRs houve ausência de retorno do material de alguns municípios (ver apendice 4).

3. PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Ao iniciar a coleta de dados quantitativos (apêndice 1) que identificassem a rede de serviços extra-hospitalares no interior do Estado de São Paulo a partir de 1987, buscou-se, primeiramente, a Unidade de Avaliação e Controle (UAC) da Secretaria de Estado da Saúde, uma vez que a ausência de dados oficiais que subsidiassem um estudo como o nosso naquele momento, nos apareceu como uma questão importante com implicações para esta pesquisa.

O registro em questão é feito em relação ao controle do que é pago, existindo um controle de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), forma como se pagam os serviços hospitalares (hospital psiquiátrico e hospital geral) e os serviços ambulatoriais ou extra-hospitalares. De maneira geral, seu pagamento é feito por procedimentos e não por credenciamento de serviços, até a Portaria Ministerial 336, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) o que nos permitiu encontrar procedimentos, como consulta psicológica, sem discriminar se esta consulta aconteceu no ambulatório de Saúde Mental, numa unidade de cardiologia, na Pediatria, ou num centro de especialidade de qualquer outra área da saúde.

Desse modo, ficou claro que, para efetivar o levantamento de dados necessários para nosso estudo, precisaríamos contar com a participação efetiva do Colegiado Estadual de Saúde Mental, visto que o Estado de São Paulo organiza seu Programa de Saúde Mental a partir do referido colegiado. A Secretaria é dividida em Diretorias Regionais de Saúde (DIR), e cada uma dessas diretorias tem um articulador regional de Saúde Mental, profissional responsável pela articulação e efetivação da Política de Saúde Mental do Estado de São Paulo.

Alguns desses articuladores trabalham também matricialmente com colegiados de Saúde Mental regionais, outros se articulam através dos Colegiados de Intergestores Regionais (CIR), a partir dos quais são capazes de fazer o mapeamento da rede; trabalham,

também, com estratégias de planejamento para, de alguma forma, subsidiar, orientar e dar condições aos municípios para a efetiva criação de serviços em Saúde Mental substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Na composição do Banco de dados (Access) a caracterização do Município foi dividida em quatro grandes grupos, a saber:

⇒ Identificação do município: DIR, nível populacional, tipo de gestão da municipalização;

⇒ Dispositivos de controle social: Dados do Conselho Municipal de Saúde (CMS), Representante da Saúde Mental no CMS, Comissão de Reforma em Saúde Mental, Associação de usuários[15];

⇒ Dispositivos extra-hospitalares: Saúde Mental (SM) na UBS, PSF articulado à Saúde Mental, Equipe em ambulatório de especialidades, Ambulatório de Saúde Mental, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad, Hospital Dia (HD), Oficina Terapêutica (OT), Centro de Convivência (CC), Residência Terapêutica (RT), Cooperativa de Trabalho (CT), além de outras formas de ampliação da rede social, caracterização do trabalho realizado por cada uma dessas equipes e sua composição;

⇒ Dispositivos hospitalares: Equipe de Saúde Mental em PS, Enfermaria em hospital geral, HD em hospital especializado, hospital especializado.

Para identificarmos o discurso que permeia o cotidiano dos programas municipais de Saúde Mental, solicitamos aos articuladores municipais responsáveis pelo preenchimento desse material que respondessem por escrito a quatro questões abertas, manifestando suas

[15] Incluímos a Associação de Usuários no item Dispositivo de Controle Social porque compreendemos que ela tem como função a garantia dos direitos civis dos usuários do SUS, e também porque no relatório da III Conferencia Nacional de Saúde Mental (2002) este dispositivo está no capítulo “Controle Social”, indicando ser esta a compreensão da Política Nacional de Saúde Mental.

opiniões acerca da Reforma Psiquiátrica em seu município e acerca dos facilitadores e dos obstáculos no processo de implantação da rede extra-hospitalar.

Os primeiros dados coletados dizem respeito à caracterização dos Municípios. Tendo em vista o foco da nossa pesquisa ser o Interior do Estado de São Paulo, nosso levantamento será circunscrito as DIR's da VI a XXIV (tabela 4 no apêndice 7), o que corresponde a 606 municípios, dos quais 366 (aproximadamente 60%) possuem algum serviço comunitário em Saúde Mental e 240 (aproximadamente 40%) não possuem serviço comunitário em Saúde Mental.

Fomos orientados pelos professores Silvio Govone e Antonio Carlos S. Pião do Departamento de Estatística, Matemática Aplicada e Computação (DEMAC), da Unesp - Campus Rio Claro quanto à análise estatística dos dados, a classificação dos Municípios, quanto ao nível populacional.

Simultaneamente a toda essa tarefa de montagem de banco de dados, foi realizado também um levantamento documental, baseado em dados oficiais fornecidos pela Secretaria Estadual da Saúde, Ministério da Saúde, IBGE e DATASUS.

O banco de dados é estruturado descriminando dois grandes grupos, os municípios *com* Atenção em Saúde Mental e os *sem* Atenção em Saúde Mental tendo como balizador a presença de equipe mínima em Saúde Mental[16] (tabelas 2 e 3, apêndices 5 e 6 respectivamente). A caracterização dos municípios tem como base o nível populacional, o tipo de gestão da municipalização, e a Diretoria Regional de Saúde a que pertencem.

O nível populacional foi dividido, conforme orientação do DEMAC, a partir da constatação de que seria importante subdividir não em 3 grandes grupos (pequeno, médio e grande porte), mas sim em 6 grupos de forma que fosse possível detalhar mais minuciosamente o que os caracterizava em relação à Saúde Mental, visto que mais de 75% do

[16] Consideramos equipe mínima como definida pela SES, composta de 1 médico (psiquiatra), 1 psicólogo, 1 assistente social.

interior é composto por municípios de até 50.000 habitantes. Portanto a divisão foi estabelecida em: A1 municípios até 24.999 habitantes, A2 até 49.999 habitantes, B até 99.999 habitantes, C até 149.999 habitantes, D até 199.999 habitantes e E com mais de 200.000 habitantes.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade. As condições de gestão foram estabelecidas pela Norma Operacional Básica de 1996 (BRASIL, 2004), onde estão elencadas as responsabilidades do gestor, os requisitos concernentes às modalidades de gestão e as vantagens que favorecem seu desempenho.

Existem duas possibilidades de habilitação, a saber, Gestão Plena da Atenção Básica (PAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (PLENA). O município que não aquiescer ao processo de habilitação permanecerá na condição de prestador de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS no município, enquanto for mantida a condição de não-habilitado. A diferença dos dois modos de gestão está relacionada a suas responsabilidades, requisitos, prerrogativas e conseqüências.

Na PAB o município se responsabiliza pela

> elaboração do programa municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus munícipes, com incorporação negociada à programação estadual (BRASIL, 2004, p. 16);

já na Plena responsabiliza-se pela *"elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual"* (BRASIL, 2004, p. 17).

Quanto aos requisitos, ambos devem comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e a operação do Fundo Municipal de Saúde, porém na Plena o gestor deve apresentar plano municipal de Saúde, aprovado pelo CMS (Conselho Municipal de Saúde), que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação integrada de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante os quais será efetuado o acompanhamento (BRASIL, 2004, p. 20).

Além de apresentar serviço de vigilância sanitária estruturado, serviços e atividades de vigilância epidemiológica e controle de zoonoses.

As prerrogativas na PAB se restringem à transferência, regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica, ao Piso Básico da Vigilância Sanitária (PBVS) e ações de epidemiologia e controle de doenças.

Na Plena, as prerrogativas são transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA) e aos recursos correspondentes ao Piso Básico da Vigilância Sanitária (PBVS) e remuneração dos serviços de média e alta complexidade em vigilância sanitária. Além da subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal e da transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças. Enfim maior autonomia administrativa e financeira.

Cabe ainda destacar que na NOAS/2001 (BRASIL, 2004c) explicita-se que a Atenção em Saúde Mental deve estar contemplada nos municípios em gestão Plena, e que nos municípios PAB deverá haver pactuação regional.

Quanto à caracterização dos municípios com Atenção em Saúde Mental entendemos por bem subdividi-los em Atenção Básica, Atenção Ambulatorial (intermediária) e Atenção Intensiva[17], o que nos possibilitou caracterizar a Atenção encontrada no interior do estado de São Paulo.

Devido ao fato do número de municípios com Atenção em Saúde Mental ser de 360 a opção por realizar um questionário com 3 questões abertas foi a alternativa viável encontrada para conhecer o discurso sobre a compreensão que os gestores municipais têm sobre a Reforma Psiquiátrica.

3.1. O TRABALHO DE ANÁLISE

O trabalho de análise está centrado nos dados coletados no processo do levantamento do mapeamento da rede de serviços extra-hospitalares do Interior do Estado de São Paulo, não só do ponto de vista das questões quantitativas fechadas, mas também das questões abertas. No caso das questões abertas, fizemos a opção de ter como referencial a abordagem metodológica do *discurso do sujeito coletivo*[18].

A análise das questões quantitativas constituiu-se num momento em que foi possível identificar a conjuntura da realidade dos municípios, partindo de uma divisão por faixas populacionais, pertinência a DIR e pelo tipo de gestão da municipalização. Através da análise desses dois aspectos procurou-se entender a relação entre recursos sócio-econômicos e culturais.

---

[17] Nomenclatura encontrada nos textos oficiais atuais.
[18] Desenvolvida pelo grupo de pesquisa coordenado pelo Dr. Lefèvre da Escola de Saúde Pública da USP, que deu origem ao software Quantiquali/2004.

Cruzando as faixas populacionais com os dados relacionados ao tipo de gestão da municipalização, o que se percebe é que, é possível identificar onde se encontra a atenção em Saúde Mental ou não (ver quadros e fotografias no Capítulo III), dados esses que podem evidenciar o compromisso dos municípios com a implantação efetiva do SUS em suas políticas públicas. E isso, sabemos, subsidia, dá corpo de sustentação para a mudança do modelo de atenção em Saúde Mental.

A apresentação e análise das questões abertas podem ser observadas no item final do capitulo 3. O interesse por essas questões e sua importância é identificar qual a compreensão que estes atores sociais[19] têm do processo de Reforma Psiquiátrica em seu Município. Optamos por não fazer uma investigação mais ampla que incluísse usuários, familiares profissionais que, sem dúvida, são muito importantes nessa construção histórica, tendo em vista estarmos organizando concomitantemente um banco de dados da Saúde Mental do interior do Estado de São Paulo. Priorizamos este mapeamento da realidade da Saúde Mental, no Interior do Estado de São Paulo, para que esta seja objeto de futuras pesquisas.

Lefèvre et al. concebem que

> Um modo legítimo – não, por certo, o único – de conceber as representações sociais consiste em entendê-las como expressão do que pensa ou acha determinada população sobre determinado tema. Esse pensar, por sua vez, pode se manifestar, dentre outros modos, através do conjunto de discursos verbais emitidos por pessoas dessa população (LEFÈVRE et al., 2000, p.13).

Identificar o discurso emergente do material coletado junto aos gestores do Interior do Estado de São Paulo nos permitiu entender como pensam e como se constroem o

[19] Os atores sociais escolhidos foram os gestores municipais de Saúde Mental, entendendo que estes têm o papel diferenciado, porem fazendo parte da equipe de trabalhadores de Saúde Mental, de “fazer acontecer” as diretrizes da Política de Saúde Mental. O que torna sua compreensão da Reforma Psiquiátrica crucial para o processo de mudança.

discurso/pensamento e a lógica da compreensão que eles têm sobre a questão da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, a qual, em última instância, é o que efetivamente nos interessa para análise – o fato de poder saber se há uma mudança e qual é o matiz desta mudança paradigmática no discurso dos gestores de Saúde Mental dos municípios do Estado de São Paulo.

A organização dos dados dentro da abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) permite que se definam claramente algumas figuras metodológicas. Para tanto, descreverei o procedimento inerente a essa primeira abordagem, formada por figuras metodológicas transformadas em *ancoragem* onde, segundo o autor, é possível encontrar no discurso traços explícitos de teorias, conceitos e ideologias internalizadas no indivíduo. Poderíamos dizer que a nossa ancoragem é o ideário da Reforma Psiquiátrica.

Entendemos também o sentido de que há um compromisso da pesquisa para com os sujeitos, no aspecto de estarmos compartilhando nossa análise, de forma que possam pensar sobre as nuances que se apresentam nesse processo de transformação paradigmática da Atenção em Saúde Mental, pois quando se for trabalhar formativamente com a população ou com profissionais, é importante "*tornar manifesto para eles as teorias ideológicas, os conceitos que na maioria das vezes inconscientemente estão subjacentes às suas práticas cotidianas e profissionais"* (LEFÈVRE et al., 2000, p.17).

Dando continuidade às figuras metodológicas, outra é a *idéia central,* constituída pelas afirmações que permitem traduzir o essencial do conteúdo do discurso, o que está explicitado no discurso do sujeito.

Outra figura são as *expressões-chave*; nelas identificamos o que o autor chama de prova discursiva empírica, onde as verdades das idéias centrais e da ancoragem estão presentes. Por elas se identifica claramente a ancoragem teórica, onde e como esse sujeito está construindo seu pensamento que perpassa, atravessa a sua construção e leitura no

entendimento do tema. *"É com a matéria-prima das expressões-chave que se constroem os discursos do sujeito coletivo"* (LEFÈVRE et al., 2000, p. 18). Aqui os autores nos colocam que, para se identificar esse discurso, há de se olhar com muita atenção para os eixos nodais que as expressões-chave representam para a construção desta abordagem.

Uma reflexão que o autor nos traz e que se apresenta de grande relevância, é diferenciarmos o que se entende por DSC e por categorização. Os autores enfatizam uma diferença marcada ente essas duas abordagens metodológicas.

> Na categorização, o agrupamento dos discursos, condição necessária para produzir conhecimento ou entendimento através da eliminação da variabilidade individual não pertinente do fenômeno pesquisado, é, pois classificatório. O que passa a valer é o nome ou o título da classe, deixando os discursos empíricos de existir justamente na medida em que as categorias, ou seja, o nome das classes, passa a existir em seu lugar, ou seja, a ser o signo ou (...) representamen[20] de seu entendimento ou conhecimento (LEFÈVRE et al., 2000, p.19).

No entendimento destes autores, a proposta do DSC implica um rompimento com a lógica quantitativo-classificatória, por entenderem que não há uma confusão entre o discurso e as categorias, na medida em que se busca *"resgatar o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos"* (LEFÈVRE et al., 2000, p.19, grifo do autor). Na lógica dos autores, os discursos não se reduzem a uma categoria comum unificadora. Busca-se fazer o inverso, ou seja, reconstruir com pedaços dos discursos individuais, para expressar uma dada figura, um dado pensar ou uma representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE et al., 2000).

[20] No representamen: conceito básico da teoria semiótica que enfatiza a função representacional dos signos.

Assim, o DSC apresenta-se como uma estratégia metodológica que busca tornar mais clara uma dada representação social ou o conjunto das representações que conformam um dado imaginário, evidenciando o discurso do modo como os indivíduos reais pensam.

Nessa proposta de trabalho, parte-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a um trabalho inicial de decomposição, para a seleção das principais ancoragens/idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos, e termina de uma forma sintética pela qual se busca a reconstrução discursiva da representação social. *"Em síntese, no DSC, é como se o discurso de todos fosse o discurso de um"* (LEFÈVRE et al., 2000, p.20).

Dividimos as questões qualitativas dos discursos coletivos verificados, conforme o perfil da Rede, que será traçado a partir do nível populacional do município, da Regional de Saúde e do tipo de gestão da municipalização a que pertencem.

A idéia de fazer as questões abertas teve o objetivo de aprofundar as razões subjacentes contidas nas questões fechadas, ou seja, o que subjaz à lógica da construção do discurso desse sujeito. Quando entendemos o DSC como *se o discurso de todos fosse o discurso de um*, entendemos, por exemplo, que a correlação de forças entre o instituído e instituinte, expresso pelos discursos, de alguma forma representam o que pode acontecer ao nível das práticas tanto em termos macro quanto micro-politicamente.

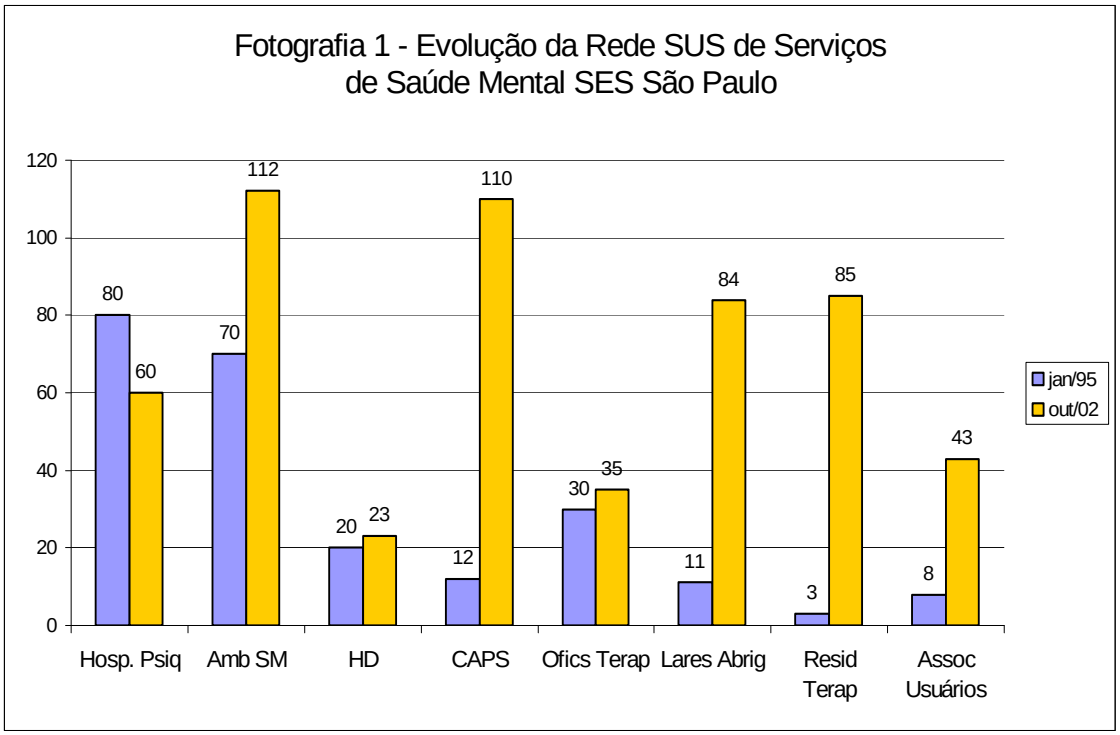
Entendemos, então, a ancoragem como os traços lingüísticos explícitos das ideologias e teorias, indicativas da correlação de forças entre o instituído e o instituinte, em ação na construção dos paradigmas em Saúde Mental e que pode ser percebida no discurso desses sujeitos.

III. MAPEAMENTO DA SAÚDE MENTAL NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

O mapeamento realizado a partir do questionário e de outras fontes de informações nos levou a apresentar os dados em três grandes grupos que são os dados oficiais, os quantitativos e os qualitativos. Sendo que os dados obtidos através dessas outras fontes, quando citados, serão discriminados.

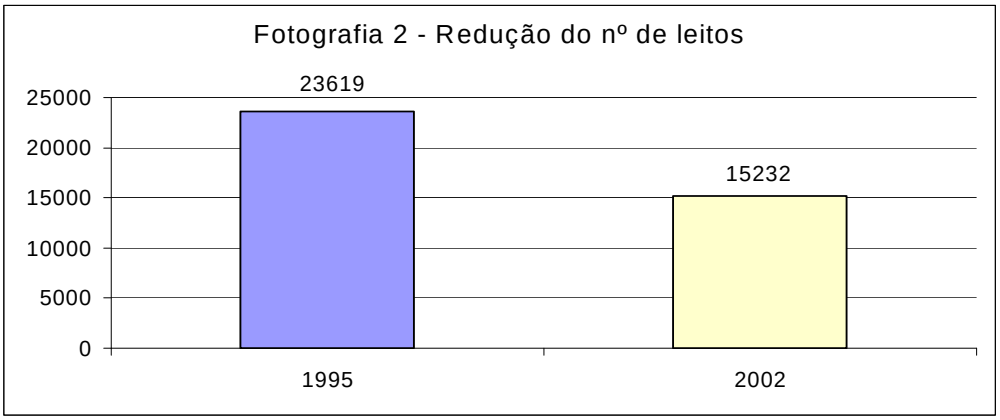
1. Levantamento Documental: dados oficiais

A publicação do Governo do Estado de São Paulo (2002) intitulada “Saúde no Estado de São Paulo: compromisso com o cidadão”, onde se pode identificar a Política de Saúde Mental do governo estadual no período entre 1995 a 2002, permitiu-nos obter os seguintes dados:



Dados referentes ao período de janeiro de 1995 a outubro de 2002.
Fonte: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2002, p.125

Na fotografia 1 é possível percebermos que no período de 1995 a 2002 houve um aumento global da rede de serviços comunitários. Sendo que ocorreu um aumento significativo nos dispositivos de atenção intensiva (CAPS), de reinserção social (lares abrigados e residências terapêuticas) e de controle social (associação de usuários), correspondendo, respectivamente, a 90%, 93% e 84%. Vale a pena lembrar que esse aumento não é complementar à diminuição dos hospitais psiquiátricos. Trata-se de dois dados paralelos.



Fonte: SECRETARIA da Saúde do Estado de São Paulo, 2002, p. 125

Na fotografia 2 constatamos uma redução de 35% no número de leitos psiquiátricos no Estado de São Paulo.

> Há um caminho a ser percorrido entre aquilo que as conferências disseram, e a implantação de fato. A política do Estado se faz nas conversas com os gestores municipais, quando mostramos a eles o modelo de atenção. A política se faz no cotidiano, cada vez que um prefeito queira implantar uma residência terapêutica, um Caps (...) Ela é ação muito mais do que diretrizes colocadas no papel (DELOSSI, 2003, p.118).

Segundo Delossi[21] (2003), quando se refere à Política de Saúde Mental praticada pelo Estado de São Paulo, a ampliação da rede de serviços comunitários (extra-hospitalares) ocorre de forma progressiva.

Cabe destacar que o referido documento não discrimina as ações municipais (suas políticas públicas) nem tão pouco o papel do interior do Estado no desenvolvimento do novo modelo de atenção em Saúde Mental. Portanto, além de não se referir ao interior do Estado, essa fotografia não nos permite obter qualquer informação sobre a Reforma Psiquiátrica nessa região.

[21] Mirsa E. Delossi respondeu pela Coordenação Estadual de Saúde Mental até julho de 2004.

2. Dados Quantificáveis

Foram utilizados como variáveis: DIR, nível populacional, tipo de gestão da municipalização e modalidades de Dispositivos de Atenção em Saúde Mental, que parecem interferir no processo de Reforma Psiquiátrica.

O banco de dados deu origem a quadros e fotografias. O material base dessas formas de representação encontra-se em detalhamento no CD-Rom (parte integrante da dissertação). Aqui será dado destaque a alguns aspectos desses dados com a finalidade de analisarmos a existência e a modalidade da Reforma Psiquiátrica no Interior do Estado de São Paulo[22].

2.1. Caracterização geral

O desejo de compreender como são os municípios do interior do Estado de São Paulo na área da Saúde, e especificamente na Saúde Mental nos conduziu a este primeiro item onde estas cidades são, a partir das variáveis selecionadas neste estudo, olhadas do macro para o micro, como podemos ver a seguir.

[22] A numeração das fotografias e quadros, no texto, encontra-se diferente da numeração encontrada no CD-Rom, onde recebem o nome de gráficos.

Quadro 1 – Distribuição dos municípios por faixa populacional segundo a DIR e total de municípios por DIR

	Nível Populacional												
	A1		A2		B		C		D		E		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
VI – ARAÇATUBA	36	84	3	7	2	5	1	2	1	2	0	0	43
VII- ARARAQUARA	14	56	6	24	3	12	0	0	1	4	1	4	25
VIII – ASSIS	20	80	3	12	1	4	1	4	0	0	0	0	25
IX – BARRETOS	16	80	2	10	1	5	1	5	0	0	0	0	20
X – BAURU	29	76	5	13	2	5	1	2	0	0	1	3	38
XI – BOTUCATU	27	87	2	7	1	3	1	3	0	0	0	0	31
XII – CAMPINAS	15	36	11	26	6	14	3	7	4	10	3	7	42
XIII – FRANCA	16	73	5	23	0	0	0	0	0	0	1	5	22
XIV – MARÍLIA	32	87	3	8	1	3	0	0	0	0	1	3	37
XV – PIRACICABA	18	67	3	11	2	7	1	4	1	4	2	7	27
XVI - PRESIDENTE PRUDENTE	39	87	5	11	0	0	0	0	1	22	0	0	45
XVII – REGISTRO	12	80	2	13	1	7	0	0	0	0	0	0	15
XVIII - RIBEIRÃO PRETO	14	4	8	31	2	8	1	4	0	0	1	4	26
XIX – SANTOS	0	0	2	22	2	22	1	11	0	0	4	44	9
XX - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	9	45	5	25	5	25	1	5	0	0	0	0	20
XXI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	6	50	0	0	4	33	0	0	1	8	1	8	12
XXII - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	87	91	4	4	3	3	1	1	0	0	1	1	96
XXIII – SOROCABA	26	57	10	22	4	9	5	11	0	0	1	2	46
XIV – TAUBATÉ	18	68	4	15	2	7	2	7	0	0	1	4	27
Total	434	72	83	14	42	7	20	3	9	2	18	3	606

Podemos observar que 72% dos municípios do interior de São Paulo é composto por menos de 25.000 habitantes. Os demais municípios se distribuem pelas faixas restantes (médio e grande porte), em percentuais bastante reduzidos, 3%, 2% e 3%, nas faixas C e D e E, respectivamente. Vale destacar ainda a faixa A2 (até 50.000 habitantes) que representa 14% dos municípios do interior do Estado.

Há uma variação nessa distribuição entre as DIR's por faixa populacional. Podemos notar, por exemplo, que as DIR's XI, XIV, XVI e XXII apresentam mais que 85% de seus municípios com menos de 25.000 habitantes. Por outro lado na DIR XII aproximadamente 40% dos municípios são de médio e grande porte. Nas DIR's XVI e XXIII também encontramos 22% e 13%, respectivamente, de municípios nessas condições. A DIR XIX se destaca com 55% dos municípios com mais de 100.000 habitantes. Esses dados podem estar na base de algumas das características diferenciais entre as DIR's capazes de influenciarem a implantação dos serviços de Saúde Mental, e nessa medida facilitando ou dificultando as transformações do Setor preconizadas pela Reforma Psiquiátrica.

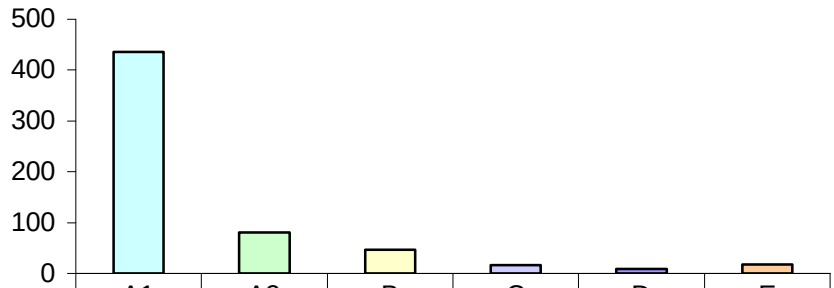
Quadro 2 – Caracterização das DIR's por tipo de gestão da municipalização

DIR	Gestão PAB		Gestão PLENA	
	n	%	n	%
VI – ARAÇATUBA	36	84	7	16
VII - ARARAQUARA	22	88	3	12
VIII – ASSIS	20	80	5	20
IX - BARRETOS	9	45	11	55
X – BAURU	37	97	1	3
XI – BOTUCATU	25	81	6	19
XII – CAMPINAS	19	45	23	45
XIII – FRANCA	20	91	2	9
XIV – MARÍLIA	30	81	7	19
XV - PIRACICABA	16	59	10	41
XVI–PRESIDENTE PRUDENTE	40	89	5	11
XVII – REGISTRO	15	100	0	0
XVIII – RIBEIRÃO PRETO	7	27	19	73
XIX – SANTOS	1	11	8	89
XX - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	14	70	6	30
XXI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	6	50	6	50
XXII - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	93	97	3	3
XXIII - SOROCABA	31	33	15	67
XXIV – TAUBATÉ	21	78	6	22
Total	453	75	152	25

Podemos observar que 75% dos municípios têm gestão PAB e apenas 25% estão em Plena, porém percebe-se que há variações importantes por DIR. Por exemplo, o Quadro 1 mostra que as DIR's IX, XII, XV XVIII, XIX, XX e XXIII apresentam uma proporção de municípios com gestão Plena igual ou maior que a de gestão PAB. Por esses dados é possível

supor que as DIR's com maior porcentagem de municípios em Plena apresentam uma condição mais favorável à implementação de Serviços de maior complexidade, e portanto com melhores pré-requisitos para a implementação da Reforma Psiquiátrica. Provavelmente foi inspirado em dados como este que o Ministério da Saúde cria a NOAS/2003 que preconiza a regionalização onde os municípios de pequeno porte podem adquirir meios para a implantação de Serviços de Saúde de maior complexidade que a Atenção Básica.

Fotografia 3 - Distribuição dos municípios por nível populacional

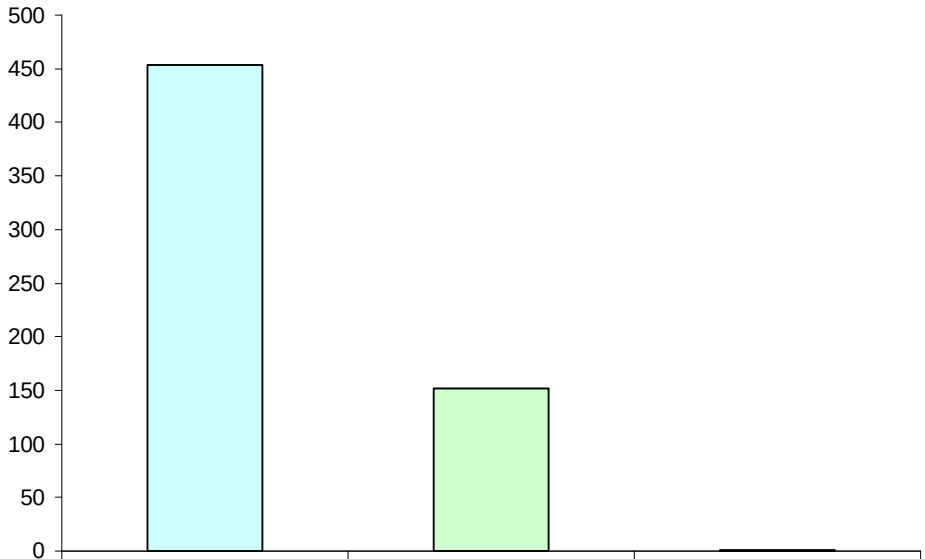


	A1	A2	B	C	D	E
Nº de municípios	436	81	46	16	9	18

Fonte: IBGE, 2003.

Na fotografia 3 percebemos uma maior concentração de cidades com até 24.999 habitantes (A1), 72%; seguido pelas cidades do grupo A2, 13% (entre 25.000 e 49.999 habitantes); sendo que A1 e A2 juntos totalizam 85,32% dos 606 municípios pesquisados do Estado de São Paulo, ou seja, o interior do Estado é caracterizado por cidades de pequeno porte. Isso pode ser um dos fatores importantes para a implantação de recursos de Saúde Mental e para as próprias características diferenciais dos dispositivos de Saúde Mental encontrados no interior. As faixas populacionais C, D e E possuem, respectivamente, 8%, 2,5% e 3%.

Fotografia 4 - Caracterização do município por tipo de gestão



	PAB	Plena	Sem Habilitação
Nº de municípios	453	152	1

Quando analisamos o tipo de gestão da municipalização de saúde esses municípios se redistribuem com, aproximadamente 75% (453) deles sendo regidos pela gestão PAB. Ainda quanto à caracterização dos municípios pelo tipo de gestão da municipalização, um deles se destaca (Santa Maria da Serra da DIR XV - Piracicaba) por o único a se apresentar sem habilitação.

Quadro 3 – Distribuição dos tipos de gestão da municipalização por nível populacional no conjunto de municípios do Interior do Estado de São Paulo.

	A1		A2		B		C		D		E	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PAB	386	89	47	58	11	24	5	31	1	11	3	17
PLENA	49	11	34	42	35	76	11	69	8	89	15	83
SEM HABILITAÇÃO	1		0		0		0		0		0	
TOTAL MUNIC	436		81		46		6		9		18	

Cruzando os dados de nível populacional com tipo de gestão da municipalização (Quadro 3) notamos uma maior concentração de municípios A1 em PAB. É também neste grupo que se encaixa o único município pesquisado que se apresenta sem habilitação. No nível D somente um município utiliza o tipo de gestão PAB, nas demais faixas populacionais a proporção de PAB vai decrescendo progressivamente, até chegar a aproximadamente 15% nas faixas D e E.

Quanto ao tipo de gestão observamos que, conforme aumenta o nível populacional há também um aumento na proporção dos municípios em Plena, sendo que as faixas B, D e E apresentam em torno de 80% de seus municípios com este tipo de gestão.

2.1.1. Possui ou Não Recursos em Saúde Mental

Neste tópico serão expostos os dados referentes à distribuição da presença e ausência de equipamentos ou serviços de Saúde Mental. Em sua distribuição por DIR, por nível populacional e por tipo de gestão da municipalização.

Presença da Saúde Mental por DIR

Quadro 4- Distribuição da presença de Atenção em Saúde Mental por DIR

	Presença	
	n	%
VI - ARAÇATUBA	22	51
VII - ARARAQUARA	13	52
VIII - ASSIS	21	84
IX - BARRETOS	5	25
X - BAURU	25	60
XI - BOTUCATU	17	55
XII - CAMPINAS	40	95
XIII - FRANCA	11	50
XIV - MARÍLIA	20	54
XV - PIRACICABA	15	55
XVI - PRESIDENTE PRUDENTE	45	100
XVII - REGISTRO	6	43
XVIII - RIBEIRÃO PRETO	21	84
XIX - SANTOS	9	100
XX - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	20	100
XXI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	11	92
XXII - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	12	12
XXIII - SOROCABA	33	72
XXIV - TAUBATÉ	14	52

Verificando a distribuição da presença ou ausência de Atenção em Saúde Mental por DIR (Quadro 4), podemos fazer alguns destaques a partir das 19 DIR's do interior de estado de São Paulo; 3 apresentam Atenção em Saúde Mental em todos os seus municípios, a saber DIR XVI – Presidente Prudente; DIR XIX – Santos; DIR XX – São João da Boa Vista. Enquanto que outras 4 apresentam dados próximos a 100% que são as DIR's: VIII - Assis; XII – Campinas; XVIII – Ribeirão Preto e XXI – São José dos Campos. Em contrapartida duas DIR's se destacam pela maioria de seus municípios não contarem com Atenção em Saúde Mental, são as DIR's : IX - Barretos e XXII – São José do Rio Preto; 25% e 12% respectivamente.

As demais DIR's apresentam uma média de 50% dos municípios com Saúde mental.

Das 19 DIR's, nós temos variações importantes da proporção de municípios com Saúde Mental em 10 delas, 2 para pior e 8 para melhor. Esse dado parece demonstrar a relevância da pertinência à DIR como uma variável importante para a implantação de dispositivos de Saúde Mental. As razões dessa especificidade podem ser procuradas em determinadas características tanto quantitativas quanto qualitativas das DIR's. Por exemplo, o trabalho contínuo do articulador regional de Saúde Mental, a maior porcentagem de municípios em gestão Plena e a maior porcentagem de municípios com altas faixas populacionais.

Presença de Saúde Mental por Nível Populacional

Quadro 5 – Distribuição da presença de Atenção em Saúde Mental por nível populacional

	A1		A2		B		C		D		E	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PRESENÇA	198	45	75	92	46	100	15	94	9	100	17	95
TOTAL	436		81		46		16		9		18	

Quando distribuímos a variável apresentar ou não Atenção em Saúde Mental pelo nível populacional dos municípios, notamos um destaque nos municípios do nível B e D. Todos apresentam Atenção em Saúde Mental, estando as faixas C e E também acima de 90% de municípios com Saúde Mental. Em contrapartida, no nível A1 apenas 45% dos municípios possuem Atenção em Saúde Mental, com uma concentração, ligeiramente maior que 50% de cidades sem Saúde Mental. Com isso há um indicativo de que as cidades com mais de 25.000 habitantes são melhor assistidas em relação à Atenção em Saúde Mental. Conforme aumenta o nível populacional aumenta a presença de Atenção em Saúde Mental.

Na realidade todas as faixas populacionais, exceto a A1, apresentam presença de algum dispositivo de Saúde Mental, em torno de 100% dos municípios.

Esse dado mostra que o nível populacional é um fator decisivo para a presença de Saúde Mental. Isso permite pôr em evidência as dificuldades que parecem haver nos municípios com menos de 25.000 habitantes para a estruturação desses dispositivos.

Presença da Saúde Mental por Tipo de Gestão da Municipalização

Quadro 6 – Distribuição da presença de Atenção em Saúde Mental por tipo de gestão da municipalização

	PAB		PLENA		SEM HABILITAÇÃO	
Presença	n	%	n	%	n	%
	232	51	128	84	0	0
Total	453		152			

Ao analisar a presença de Dispositivos de Saúde Mental em sua relação com o tipo de gestão da municipalização, observamos uma diferença importante entre os que possuem gestão Plena (84% possuem Saúde Mental) e aqueles que possuem gestão PAB (apenas 51% com Saúde Mental).

Há, portanto, sinais claros de que os municípios em gestão Plena tendem a estar melhor servidos em termos de recursos em Saúde Mental.

A diferença entre os dois tipos de gestão é de uma tal ordem que parece indicar que o tipo de gestão da municipalização tem alguma influência na Reforma Psiquiátrica, sobretudo se tomarmos a presença de dispositivos com características alternativas ao hospital psiquiátrico, como um de seus pré-requisitos necessários.

2.2. Caracterização dos Dispositivos de Controle Social (DCS)

Compreendemos os Dispositivos de Controle Social, conforme descritos nas leis 8.080 (BRASIL, 1990) e 8.142 (BRASIL, 1997), ou seja, como dispositivos que permitem à comunidade a participação naquilo que se constrói na área de saúde em seu município, bem como propor diretrizes nas ações de Saúde Mental e seu controle.

São os diferentes mecanismos de participação da população e usuários, organizados, nas decisões sobre as Políticas de Saúde Mental e em sua execução. Consideramos o levantamento e a caracterização dos DCS fundamentais nesta pesquisa, justamente pelo que eles podem ser considerados um avanço da Reforma Psiquiátrica, tanto via as conquistas da Reforma Sanitária, quanto através das conquistas da própria Reforma Psiquiátrica.

Procuramos mapear esses dispositivos quanto a:

- presença de Conselho Municipal de Saúde (CMS), que já está presente em 100% dos municípios do Interior de São Paulo;
- presença de representante da Saúde Mental (SM) no CMS;
- presença de Comissão de Reforma Psiquiátrica (CRP);
- presença de Associação de Usuários (AU).

Seus dados são apresentados a seguir.

Controle Social por DIR

Quadro 7 – Distribuição de Dispositivos de Controle Social por DIR

	Rep. SM no CMS	Comissão de RP	Assoc. usuários	Total de DCS	Munic. com D.C.S.		Total munic/DIR
					n	%	
VI – ARAÇATUBA	3	1	2	6	6	14	43
VII – ARARAQUARA	5	1	5	11	7	28	25
VIII – ASSIS	7	2	3	12	9	36	25
IX – BARRETOS	3	0	0	3	3	15	20
X – BAURU	9	2	2	13	10	26	38
XI – BOTUCATU	7	0	1	8	8	26	31
XII – CAMPINAS	6	2	9	17	13	31	42
XIII – FRANCA	3	0	0	3	3	14	22
XIV – MARÍLIA	2	1	2	5	4	11	37
XV – PIRACICABA	6	0	3	9	7	26	27
XVI-PRESIDENTE PRUDENTE	13	1	4	18	14	31	45
XVII – REGISTRO	0	0	0	0	0	0	15
XVIII - RIBEIRÃO PRETO	4	1	1	6	5	19	26
XIX – SANTOS	1	4	5	10	5	56	9
XX - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	8	1	3	12	10	50	20
XXI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	4	0	1	5	4	33	12
XXII - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	0	0	0	0	0	0	96
XXIII – SOROCABA	4	1	4	9	8	17	46
XXIV – TAUBATÉ	0	0	0	0	0	8	27

Obs. Todos os municípios contam com Conselho Municipal de Saúde.

Analisando a existência de Dispositivos de Controle Social por DIR, identificamos que todos os municípios estudados contam com Conselho Municipal de Saúde, visto que a existência deste dispositivo é obrigatória segundo a NOB 1/96 (BRASIL, 2004).

Quanto à presença de representante de Saúde Mental no Conselho Muncicipal notamos que dos municípios pesquisados (606), apenas 85 deles contam com tais representantes. A Comissão de Reforma Psiquiátrica apresenta números bem mais baixos, apenas 17 dispositivos. Quanto à Associação de Usuários, encontramos em total de 45. As DIR's XVII, XXII e XIX não possuem nenhum dispositivo de controle social.

O controle social na Saúde Mental só pode ser visto a partir da existência ou não de representante da Saúde Mental no CMS e da presença ou não de Associações de usuários, uma vez que quanto à presença de Comissão de RP, apenas a DIR XIX – Santos apresenta 44% de seus municípios com esse dispositivo; possuindo as demais um número insignificante ou nenhum.

Tomando por base a porcentagem dos municípios que possuem DCS podemos ter uma melhor visualização deste recurso. Apenas as DIR's XIX e XX o apresentam em aproximadamente 58% de seus municípios; as DIR's VII, VIII, XII, XV e XXI apresentam apenas aproximadamente 30% de DCS. As DIR's XVII, XXII e XXIV não possuem nenhum.

Considerando esses aspectos, pode-se notar que é muito pequena a proporção de municípios que contam com mecanismos de controle social, e, mesmo assim, a maioria destes mecanismos se resume à presença de representante de Saúde Mental no CMS, o que denota que, em termos de Reforma Psiquiátrica no interior de São Paulo, nem se quer foram tiradas as conseqüências das conquistas da Reforma Sanitária, já garantidas em lei.

Analisando estes aspectos à luz do paradigma psicossocial pode-se dizer que são restritas as transformações na forma da gestão intra-institucional e na forma das relações das instituições com a clientela e a população. Certamente este é um forte limite para o que quer que seja considerado como Reforma Psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo.

Não obstante tudo isso, a pertinência do município a uma determinada DIR, parece um fator relevante devido às variações observadas, tanto para mais quanto para menos,

entre as DIR's. Nota-se também aqui que a DIR influencia a Reforma Psiquiátrica. Considerando um de seus lemas, que afirma que ela se faz no município, podemos agregar-lhe que ela também se faz na DIR.

Controle Social por Nível Populacional

Quadro 8 – Distribuição dos Dispositivos de Controle Social por nível populacional

	A1	A2	B	C	D	E
Rep. SM no CMS	45	15	13	3	4	5
Comissão de RP	3	3	2	0	2	7
Assoc. usuários	11	7	10	3	4	10
Total de DCS	59	23	25	6	10	22
Munic. com D.C.S.	53=12%	19=23%	21=46%	6=38%	5=56%	12=67%
Total munic/DIR	436	81	46	16	9	18

A distribuição dos DCS cresce progressivamente com o tamanho das faixas populacionais dos municípios, de tal forma que podemos afirmar que o controle social parece mais viável nos municípios mais populosos. Este dado contraria as expectativas comuns de que seja nos municípios menores, onde supostamente se conservam relações sociais mais próximas e solidárias, que tais dispositivos seriam mais viáveis. A explicação para esse fato pode ser a mesma que vale para outros achados desta pesquisa, ou seja, a grande

predominância de municípios de pequeno porte no interior de São Paulo, nos quais, já vimos, é difícil colocar o sofrimento psíquico e mental dentro de suas prioridades.

Por outro lado, esses dados indicam que o nível populacional pode ser um fator relevante para a presença de participação e controle social nos dispositivos de Saúde Mental e, portanto para a Reforma Psiquiátrica.

Embora a variação entre as faixas seja visível, não podemos deixar de sublinhar mais uma vez, que a escassez de DCS é o dado que mais se destaca indicando a provável fragilidade da Reforma Psiquiátrica em andamento.

Também parece pertinente analisar com mais cuidado, naturalmente numa abordagem qualitativa porque nos municípios de pequeno porte o controle social é tão raro, uma vez que todos possuem CMS.

Controle Social por Tipo de Gestão da Municipalização

Quadro 9 – Distribuição dos Dispositivos de Controle Social por tipo de gestão da municipalização

	PAB	PLENA
Rep. SM no CMS	49	36
Comissão de RP	6	11
Assoc. usuários	19	26
Total de DCS	74	73
Munic. com D.C.S.	62=14%	54=36%
Total munic/Tipo de Gestão	453	152

Quanto à possível relação entre o tipo de gestão da municipalização e a presença de Dispositivos de Controle Social, podemos observar algumas variações importantes entre os dois tipos de gestão, embora no conjunto esses dispositivos se apresentem numa porcentagem bastante baixa, conforme já foi observado anteriormente.

Considerando a porcentagem de municípios com DCS em PAB e Plena, podemos perceber que a gestão Plena é mais de duas vezes maior que a PAB. Essa é uma diferença considerável.

Essa variação entre os dois tipos de gestão também indica que os municípios em Plena têm melhores condições de desenvolver os DCS. Estes, conforme já afirmado, podem ser um bom indicador da modalidade da Reforma Psiquiátrica.

Como conclusão geral, em relação aos DCS, pode-se afirmar que são reduzidos (em 19% dos municípios do interior de São Paulo) e que variam em sua presença por DIR, nível populacional e forma da gestão da municipalização.

2.3. Caracterização dos Dispositivos Extra-Hospitalares

Neste item serão apresentados os dados quantitativos referentes aos dispositivos extra-hospitalares: Saúde Mental na Atenção Básica, Equipes em ambulatório de especialidades, Ambulatórios de Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – I, II, III, Infantil (CAPS i), Álcool e drogas (CAPS ad), Hospital-Dia (HD), Oficinas terapêuticas (OT), Cooperativas de trabalho (CT), outras formas de ampliação da Rede Social, composição da equipes e o trabalho realizado por elas.

2.3.1. Caracterização dos Dispositivos de Atenção Básica

Conforme preconiza a III Conferência de Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002), há a necessidade de, atendendo ao Princípio de Integralidade, incluir nas Ações Básicas de Saúde a Atenção ao portador de sofrimento psíquico, bem como a incorporação de ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família (PSF). Dessa forma a organização da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental deve enfatizar a Atenção Básica, justificando assim nossa preocupação no levantamento e caracterização dos dados neste item, como possíveis indicadores da Reforma Psiquiátrica.

Atenção Básica por DIR

Quadro 10 – Distribuição dos Dispositivos de Atenção Básica (DAB) por DIR

	UBS/SM	PSF/SM	Somatória de DAB	Munic. Com DAB		Total Munic/DIR
				n	%	
VI - ARAÇATUBA	19	7	26	21	49	43
VII - ARARAQUARA	8	4	12	9	36	25
VIII - ASSIS	20	7	27	20	80	25
IX - BARRETOS	5	2	7	5	25	20
X - BAURU	17	10	27	21	55	38
XI - BOTUCATU	15	5	20	16	52	31
XII - CAMPINAS	18	2	20	20	48	42
XIII - FRANCA	10	4	14	10	45	22
XIV - MARÍLIA	16	9	25	16	43	37
XV - PIRACICABA	10	7	17	11	41	27
XVI – PRESIDENTE PRUDENTE	44	31	75	45	100	45

XVII - REGISTRO	5	0	5	5	33	15
XVIII - RIBEIRÃO PRETO	11	6	17	11	42	26
XIX - SANTOS	4	0	4	4	44	9
XX - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	11	7	17	14	70	20
XXI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	6	3	9	6	50	123
XXII - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	4	0	4	4	4	96
XXIII - SOROCABA	22	13	35	27	58	46
XXIV - TAUBATÉ	11	1	12	12	44	27

Para a análise deste ponto convém juntarmos os dados das UBS (Unidade Básica de Saúde) e os do Programa de Saúde da Família articulado à Saúde Mental (PSF SM), uma vez que se trata sempre das ações de Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde.

O Quadro 10 põe em evidência os dispositivos de Atenção Básica presentes por DIR e a porcentagem de municípios em que estão distribuídos.

Podemos destacar a DIR XVI - Presidente Prudente em que 98% dos municípios possuem UBS com Saúde Mental e 69% deles possuem PSF articulado à Saúde Mental. Em resumo, 100% dos municípios da DIR XVI contam com pelo menos um DAB em Saúde Mental.

Acentuamos ainda a DIR VIII – e a DIR XX também se destacam no mesmo sentido, com 80% e 70%, respectivamente, de municípios com estes dispositivos. As demais DIR’s apresentam estes dispositivos em torno de 50% de seus municípios. Devemos ainda frisar que as DIR’s IX e XXII se destacam pela carência de Atenção Básica em Saúde Mental, com apenas 25% e 4%, respectivamente, de municípios em que ela está presente.

Observando esse dado globalmente notamos que na grande maioria das DIR’s a Saúde Mental na Atenção Básica se encontra ausente em aproximadamente 50% dos municípios. Esse dado é suficientemente enfático para sublinhar que o interior de São Paulo está muito longe de cobrir com recursos não asilares as necessidades mínimas de Atenção ao

sofrimento psíquico e mental. E não há dúvida de que esse é mais um indicador dos limites da Reforma Psiquiátrica que aí se opera.

Considerando que a finalidade do dado é verificar a possível influência da pertinência do município a determinada DIR na presença da Saúde Mental na Atenção Básica podemos perceber que as variações por DIR indicam que pode haver características quantitativas ou qualitativas que justifiquem tal variação.

Atenção Básica por Nível Populacional

Quadro 11 – Distribuição dos Dispositivos de Atenção Básica por nível populacional

	A1	A2	B	C	D	E
UBS/SM	177	47	17	4	5	6
PSF/SM	78	21	8	5	2	6
Somatória DAB	253	68	25	9	7	12
Munic. com DAB	186= 43%	52 = 64%	20 = 43%	7 = 44%	5 = 56%	7 = 35%
Total munic/nível pop.	436	81	46	16	9	18

Na distribuição dos dispositivos de Atenção Básica por nível populacional verificamos que as UBS's com Saúde Mental e os PSF's articulados à Saúde Mental se concentram mais no nível populacional A2, seguido pelos níveis D e A1. Nos demais níveis o número de tais dispositivos se mostra mais reduzido e com poucas variações entre as faixas.

A presença de porcentagens próximas entre si nos níveis populacionais A2, D e A1, mostra que a variação parece aleatória. Porém é bastante coerente que as faixas A1 e A2 estejam entre as com porcentagens mais altas, pois trata-se de dispositivos próprios a municípios de pequeno porte populacional.

As ações de Saúde Mental na UBS e PSF são, talvez, até o momento os dispositivos que se encontram mais eqüitativamente distribuídos pelos níveis populacionais. Pode-se afirmar também que, por se tratar de Atenção Básica, seus níveis devem ser baixos, em geral menores que 50%. Esse pode ser um indicador da proporção da Reforma Psiquiátrica nos municípios de porte A1, mesmo independentemente de analisarmos as modalidades dessa Atenção Básica.

Também é importante sublinhar que nos municípios em que estão presentes os DAB's, eles são o único recurso em Saúde Mental. Se esses municípios (A1 + A2) representam 85% dos municípios do interior (fotografia 3), também podemos inferir a modalidade da Reforma Psiquiátrica nesse contexto.

Em síntese, embora as variações percentuais não sejam aparentemente tão expressivas, podemos dizer que a proporção e a distribuição dos DAB por faixa populacional acaba contribuindo de forma importante para a consideração não só da existência ou não de Reforma Psiquiátrica, mas sobretudo para a sua caracterização; justamente por serem o único recurso presente no maior número dos municípios do interior.

Uma consideração geral pode ser feita para os DAB: são o único recurso em Saúde Mental em 85% dos municípios do interior (A1 + A2), estando presentes em 43% desse universo e portanto ausente em 57%.

Atenção Básica por Tipo de Gestão da Municipalização

Quadro 12 – Distribuição dos Dispositivos de Atenção Básica por tipo de Gestão da Municipalização

	PAB	PLENA
UBS/SM	86	32
PSF/SM	187	69
SOMATÓRIA DAB	273	101
Munic com DAB	202= 45%	75=49%
Munic/Gestão	453	152

Na análise dos dados sobre a presença de Dispositivos de Atenção Básica por tipo de gestão da municipalização, notamos concentrações equivalentes entre a gestão PAB e a gestão Plena. Esta equivalência pode ser devida a natureza da Atenção em Saúde Mental em questão, pois como afirmado anteriormente a Atenção Básica é o mínimo que se espera de qualquer município, uma vez que todos estão municipalizados.

Talvez por isso, para este caso, o tipo de gestão municipal não parece produzir influências diferenciadas. Ou seja, os DAB parecem estar mais influenciados, quanto à sua presença ou ausência nos municípios, pela DIR a que pertence o município e pela faixa populacional em que está inserido, do que pela forma de gestão da municipalização.

2.3.2. Caracterização dos Dispositivos de Atenção Ambulatorial (DAA)

O atendimento em Saúde Mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto de atividades desenvolvidas em Ambulatórios Especializados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004); em Ambulatórios de Saúde Mental e em Ambulatórios de Saúde Mental Infantil. Como sempre nos interessa saber como as variáveis DIR, faixa populacional e tipo de gestão da municipalização podem ou não determinar a proporção de municípios em que esses dispositivos estão presentes.

Atenção Ambulatorial por DIR

Quadro 13 – Distribuição dos Dispositivos de Atenção Ambulatorial (DAA) por DIR

	SM / Amb. Esp.	ASM	ASM Infantil	Somatória de DAA	Munic. Com DAA		Total Munic/ DIR
					n	%	
VI - ARAÇATUBA	6	5	0	11	7	16	43
VII - ARARAQUARA	4	5	4	13	7	28	25
VIII – ASSIS	2	4	0	6	4	16	25
IX - BARRETOS	2	3	0	5	3	15	20
X - BAURU	1	6	0	7	8	21	38
XI - BOTUCATU	3	3	1	7	7	23	31
XII - CAMPINAS	8	19	2	29	26	62	42
XIII - FRANCA	5	5	0	10	7	32	22
XIV - MARÍLIA	1	4	0	5	4	11	37
XV - PIRACICABA	3	6	0	9	9	33	27
XVI – PRESIDENTE PRUDENTE	4	4	0	8	7	16	45
XVII - REGISTRO	0	1	0	1	1	7	15

XVIII - RIBEIRÃO PRETO	5	6	7	12	13	50	26
XIX - SANTOS	2	4	1	7	6	67	9
XX - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	7	6	0	13	12	60	20
XXI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	4	5	0	9	8	67	12
XXII - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	4	2	0	6	7	7	96
XXIII - SOROCABA	4	17	0	21	18		46
XXIV - TAUBATÉ	0	2	0	2	2	7	27

Analisada globalmente a Atenção Ambulatorial apresenta algumas variações importantes conforme a DIR em que se localiza os municípios. Podemos notar que as DIR's XII, XVIII, XIX, XX e XXI se destacam com maior proporção de municípios em que ela está presente, em torno de 60%. O destaque da sua menor presença cabe às DIR's XIV, XVII, XXII e XIV, com menos de 10% de municípios com DAA.

Continuando com o nosso objetivo de observar a influência da variável DIR sobre a presença de Atenção Ambulatorial, podemos perceber que estes dados parecem confirmar a importância do fator "pertinência do município à DIR" como determinante da presença de práticas em Saúde Mental Ambulatoriais, e conseqüentemente com a Reforma Psiquiátrica, já conhecemos algumas características das DIR's que podem estar na base dessa variação. Em síntese, a Atenção Ambulatorial nos fornece dados importantes sobre a proporção e a modalidade da Reforma Psiquiátrica no interior.

Atenção Ambulatorial por nível populacional

Quadro 14 – Distribuição dos dispositivos de Atenção Ambulatorial por nível populacional

	A1	A2	B	C	D	E
SM em AE	19	14	16	7	6	3
ASM	19	33	29	12	6	14
ASM – infantil	1	0	5	0	1	2
Somatória DAA	39	47	40	19	13	19
Munic. com DAA	41=9%	40=49%	38=83%	14=88%	9=100%	14=78%
Total munic/nível pop.	436	81	46	16	9	18

Se olharmos estes mesmos dados de Dispositivos de Atenção Ambulatorial, agora por nível populacional verificamos que, de modo geral, eles vão aumentando progressivamente com o aumento das faixas populacionais. Juntando todos os tipos de assistência ambulatorial, podemos notar que os níveis B, C, D e E apresentam algum tipo dessa assistência em aproximadamente 80% dos municípios; a maioria está acima dessa porcentagem, com destaque para o nível D que está coberto em 100%. O que indica que a Reforma Psiquiátrica em seu matiz preventivo comunitário fez um avanço importante no interior do Estado nos municípios acima de 50.000 habitantes. No modelo preventivo comunitário a atenção ambulatorial é peça-chave como recurso intermediário entre a UBS (nível primário) e o hospital psiquiátrico (nível terciário).

Por outro lado os municípios com níveis populacionais menores, A1 e A2, apresentam-se claramente com porcentagens mais baixas, com destaque para a faixa A1 (9%), onde se concentra a maioria dos municípios do Estado. Isso de fato é o esperado por se tratar

de municípios abaixo de 25.000 habitantes, que não comportam individualmente dispositivos desse porte.

No conjunto temos a mesma tendência observada para a Atenção Básica, só que muito mais nítida. Portanto o nível populacional dos municípios é um fato altamente relevante para a presença de Dispositivos Ambulatoriais e, por hipótese, para a Reforma Psiquiátrica e suas características.

Considerando globalmente os DAA estão presentes em 26% dos municípios. Porém considerando os municípios com mais de 50.000 habitantes essa porcentagem sobe para 84% dos municípios do interior do Estado.

Atenção Ambulatorial por tipo de Gestão da Municipalização

Quadro 15 – Distribuição de Dispositivos de Atenção Ambulatorial por tipo de Gestão

	PAB	PLENA
SM em AE	28	37
ASM	37	51
ASM – infantil	1	8
Somatória DAA	66	96
Munic. com DAA	66=15%	90=59%
Total munic/Gestão	453	152

Pode-se observar uma diferença acentuada de municípios com algum tipo de atenção ambulatorial entre os dois tipos de gestão.

É evidente que este dado não pode deixar de ser coerente com os anteriores, como a presença ou ausência de Saúde Mental no conjunto dos municípios do interior. A atenção ambulatorial por gestão mostra uma tendência semelhante da sua presença nas faixas populacionais, pois o tipo de gestão Plena também está presente em maior freqüência nos municípios mais populosos.

Ao mesmo tempo, dada a diferença de porcentagem entre os tipos de gestão, este dado não deixa de indicar a possível relevância da variável “gestão da municipalização” para a Reforma Psiquiátrica no interior de São Paulo.

2.3.3. Caracterização dos Dispositivos de Atenção Intensiva

Enquanto serviços capacitados para, prioritariamente, atender pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, as modalidades de CAPS (conforme preconiza a Portaria GM 336 de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)) e o HD se caracterizam como regime de tratamento intensivo e são aqui caracterizados.

Atenção Intensiva por DIR

Aqui apresentamos os dispositivos que se concentram nas modalidades de assistência que caracterizam a Reforma Psiquiátrica, às vezes designados como substitutivos ao modelo asilar.

Quadro 16 – Distribuição dos Dispositivos da Atenção Intensiva (DAI) por DIR

	CAPS					HD	Soma	Munic c/ DAI		Tot. Munic/DIR
	I	II	III	Inf.	ad			n	%	
VI- ARAÇATUBA	0	1	0	0	0	0	1	1	2	43
VIIARARAQUARA	0	4	1	0	1	0	6	4	16	25
VIII - ASSIS	4	2	0	0	0	0	6	6	24	25
IX - BARRETOS	1	0	0	0	0	1	2	1	5	20
X - BAURU	1	1	0	1	1	3	7	2	5	38
XI - BOTUCATU	0	1	0	0	0	0	1	1	3	31
XII - CAMPINAS	8	1	2	2	3	1	17	9	21	42
XIII - FRANCA	0	0	0	0	1	0	1	1	5	22
XIV - MARÍLIA	2	0	0	1	1	1	5	2	5	37
XV - PIRACICABA	1	2	1	1	1	0	6	4	15	27
XVI-PRESIDENTE PRUDENTE	3	0	0	0	1	1	5	4	9	45
XVII - REGISTRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
XVIII - RIBEIRÃO PRETO	0	1	0	0	1	0	2	1	4	26
XIX - SANTOS	0	5	1	0	3	1	10	6	67	9
XX - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	0	1	1	0	0	0	2	1	5	20
XXI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	3	3	0	1	2	0	9	6	50	12
XXII - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	1	1	0	1	1	0	4	3	3	96
XXIII - SOROCABA	2	3	0	1	2	0	8	5	11	46
XXIV - TAUBATÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27

A distribuição de DAI pelos municípios mostra-se diferenciada por DIR. Na DIR XIX, ela está presente em 67% dos municípios; na DIR XXI, em 50%; na DIR VIII, em 24%; na DIR XII, em 21%. Nas demais DIR sua presença não chega a 10% na maioria dos casos.

A variável DIR parece, de alguma forma, estar relacionada com a quantidade e distribuição da Atenção Intensiva, indicando a pertinência da sua relevância para a consideração da RP.

Porém o que mais chama a atenção é a baixa presença dos DAI tanto nas DIR's quanto nos municípios considerados na sua totalidade. Pode-se observar também que o total de municípios em que este tipo de atenção está presente, representa apenas 9%. Isso pode indicar uma Reforma Psiquiátrica ainda bastante incipiente no Interior do Estado de São Paulo.

Atenção Intensiva por Nível Populacional

Quadro 17 – Distribuição da Atenção Intensiva por Nível Populacional

	A1	A2	B	C	D	E
CAPS I	7	7	7	2	1	2
CAPS II	0	2	8	4	2	10
CAPS III	0	2	0	0	1	3
CAPS i	0	0	1	0	1	6
CAPS ad	0	1	1	1	3	12
HD	0	0	3	1	2	2
Soma	7	12	20	8	10	33
Munic c/ DAI	7=2%	10=12%	15=33%	6=38%	4=44%	15=83%
Total Munic.	436	81	46	16	9	18

Neste item analisamos apenas a porcentagem de municípios com Atenção Intensiva nos diferentes níveis populacionais. Pode-se notar que os níveis A1 e A2 são os de mais baixa presença de equipamentos intensivos, sendo que A1 está próxima de zero. Vale destacar, ainda, que neste nível estão os dispositivos de menor complexidade.

Cerca de um terço dos municípios dos níveis B,C, D, apresentam algum tipo de Atenção Intensiva; cabendo destacar a faixa E com 83% dos municípios com algum tipo dessa atenção. Podemos perceber também que a faixa E se destaca por apresentar uma quantidade e variedade desses dispositivos superior a todas as outras faixas populacionais.

Também é importante frisar que só os níveis A2, D e E possuem CAPS III, mesmo assim em número reduzido, que pode ser considerado o único dispositivo capaz de prescindir da estrutura hospitalar. Mesmo assim, cabe destacar que os dois CAPS III existentes em A2 correspondem a serviços de gestão estadual ligados ao processo de transformação dos hospitais psiquiátricos “próprios” do Estado (Santa Rita do Passa Quatro e Casa Branca).

Portanto, também aqui, a variável nível populacional mostra-se de relevância, na medida em que as porcentagens de municípios com Atenção Intensiva aumentam progressivamente com o aumento das faixas populacionais.

Atenção Intensiva por tipo de gestão municipal

Quadro 18 – Distribuição da Atenção Intensiva por tipo de gestão da municipalização

	PAB	PLENA
CAPS I	12	14
CAPS II	6	20
CAPS III	2	4
CAPS i	1	7
CAPS ad	2	16
HD	1	7
SOMA	24	68
Munic. c/ DAI	18=4%	39=26%
Total Munic.	453	152

Verificando o tipo de gestão da municipalização das cidades que contam com dispositivos de Atenção Intensiva, notamos que as que estão em gestão Plena apresentam 26% dos municípios com pelo menos um DAI. Ao contrário a gestão PAB possui apenas 4% de municípios com algum tipo de Atenção Intensiva. Mais uma vez o tipo de gestão da municipalização aparece como fator favorável às mudanças no sentido da Reforma Psiquiátrica. Ainda que estas sejam em montante reduzido (apenas 4% em PAB e 26% em Plena).

Em geral, os DAI são escassos no interior de São Paulo, presentes apenas em 9% dos municípios. Nos municípios com menos de 25.000 habitantes eles representam apenas 2%, por outro lado nos municípios acima de 200.000 habitantes sua proporção chega a 83% (Quadro 17).

2.3.4. Caracterização dos Dispositivos de Reinserção Social (DRS)

São quatro os Dispositivos de Reinserção Social: Centro de Convivência (CECON), Oficinas Terapêuticas (OT), Cooperativas de Trabalho (CT) e Residências Terapêuticas (RT). E suas características estão nos quadros seguintes.

Reinserção Social por DIR

Quadro 19 – Distribuição dos Dispositivos de Reinserção Social por DIR

	CECON	CT	OT	RT	Soma	Munic. c/ DRS	Total Munic.
VI-ARAÇATUBA	1	1	2	1	5	2=5%	43
VII-ARARAQUARA	0	1	2	2	5	2=8%	25
VIII - ASSIS	1	0	2	0	3	2=8%	25
IX - BARRETOS	0	0	1	0	1	1=5%	20
X - BAURU	2	0	5	2	9	5=13%	38
XI - BOTUCATU	0	0	3	0	3	3=10%	31
XII - CAMPINAS	2	0	6	2	10	8=19%	42
XIII - FRANCA	0	0	2	0	2	2=9%	22

XIV - MARÍLIA	1	0	3	1	5	3=8%	37
XV- PIRACICABA	0	0	2	1	3	2=7%	27
XVI- PRESIDENTE PRUDENTE	5	6	6	1	18	12=27%	45
XVII- REGISTRO	0	0	0	0	0	0	15
XVIII- RIBEIRÃO PRETO	1	0	8	1	10	8=31%	26
XIX - SANTOS	1	0	2	0	3	3=33%	9
XX - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	2	1	5	3	11	6=30%	20
XXI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	0	0	2	0	2	2=17%	12
XXII - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	0	0	0	0	0	0	96
XXIII- SOROCABA	1	0	2	1	4	3=6%	46
XXIV - TAUBATÉ	0	0	0	0	0	0	27

No Quadro 19 podemos visualizar a existência de Dispositivos de Reinserção Social por DIR. Destacamos as Oficinas Terapêuticas (OT), que é um recurso presente em 53 municípios (com a DIR XVIII - Ribeirão Preto contando com 8 delas); e em número bem menor as Cooperativas de Trabalho (CT) (9 no total, com 6 deles na DIR XVI - Presidente Prudente), e as Residências Terapêuticas (RT) 15 municípios no total, que se distribuem entre

as DIR's sem grande concentração. As DIR's XVII – Registro, XXII – São José do Rio Preto e XXIV – Taubaté apresentam uma ausência completa de Dispositivos de Reinserção Social.

Analisando a quantidade de municípios por DIR que apresentam DRS, podemos notar um certo destaque das DIR's XIX (33%), XVIII (31%), XX (30%) e XVII (27%), portanto cerca de um terço de seus municípios possuem algum tipo de DRS. Em seguida podemos perceber que as DIR's XII (19%), XXI (17%) e X (13%) também possuem estes dispositivos, mas numa quantidade abaixo de 20% de seus municípios. As demais DIR's apresentam uma porcentagem de DRS em menos de 10% de seus municípios.

Portanto, percebe-se variações entre as DIR's, porém o que mais chama a atenção é o número reduzido de DRS no conjunto dos municípios do interior do Estado de São Paulo (apenas 10%). Certamente esse dado expõe um aspecto importante da fragilidade da Reforma Psiquiátrica em ação neste contexto.

Reinserção Social por nível populacional

Quando 20 – Distribuição dos dispositivos de reinserção social por nível populacional

	A1	A2	B	C	D	E
CECON	11	2	2	1	1	0
CT	6	2	0	0	1	0
OT	20	10	10	4	3	6
RT	1	3	4	0	3	4
Soma	38	17	16	5	8	10
Nº Munic c/ DRS	26=6%	12=15%	11=24%	5=31%	4=44%	6=33%
Total munic.	436	81	46	160	9	18

Verificando a presença destes Dispositivos por nível populacional notamos que no nível D estão os municípios que mais apresentam Dispositivos de Reinserção Social (44%). Em contrapartida notamos que os níveis A1 e A2 são os que estão pior servidos por esses recursos, 6% e 15%, respectivamente. Todos esses recursos encontram-se presentes numa tendência crescente em relação ao tamanho das faixas populacionais. Quanto à sua distribuição pelas faixas, apenas as OT estão presentes em todas elas.

Podemos também observar que as faixas A2 e B apresentam mais de um DRS por município, nos municípios que os possuem. Em contrapartida como nas demais faixas populacionais, a maioria dos municípios está totalmente descoberta desses recursos. Embora constatando essa exigüidade, é importante assinalar a tendência crescente da sua proporção à medida que aumentam as faixas populacionais.

Também na criação de DRS o nível populacional dos municípios parece um fator relevante e portanto determinante para a existência de algum tipo de Reforma Psiquiátrica.

Dispositivo de reinserção social por tipo de gestão

Quando 21 – Distribuição dos dispositivos de reinserção social por tipo de gestão

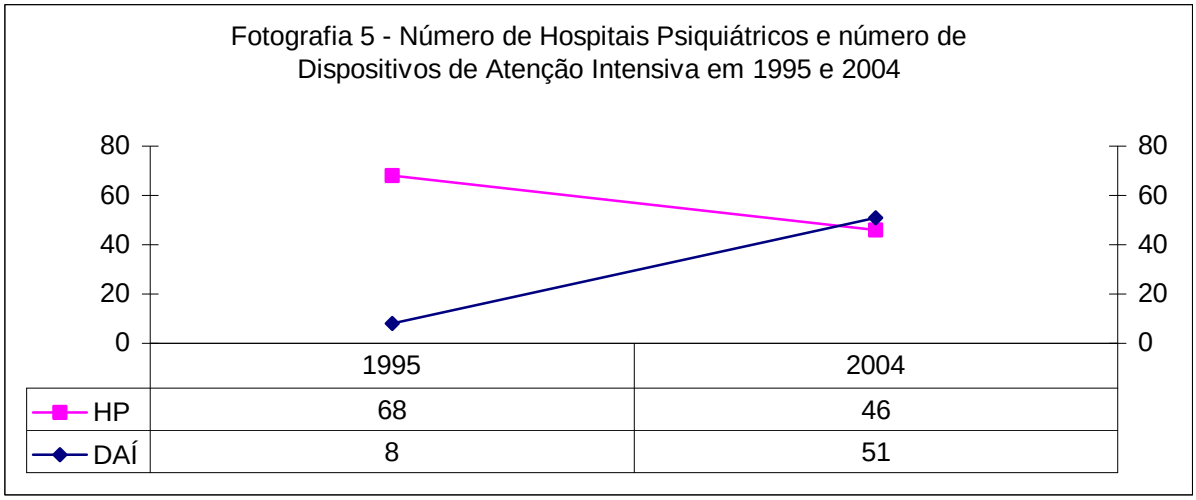
	PAB	PLENA
CECON	13	4
CT	7	2
OT	22	31
RT	4	11
Soma	46	48
Nº Munic c/	30=7%	34=24%

DRS		
Total munic.	436	142

Se atentarmos para o tipo de Gestão da municipalização dos municípios que apresentam Dispositivos de Reinserção Social é possível afirmar que o tipo de gestão da municipalização em que a cidade está habilitada atua sobre a existência de tais dispositivos, visto que 24% dos municípios em Plena possuem algum tipo de DRS, ao passo, que dos municípios em PAB, apenas 7% têm esse recurso. Portanto também quanto aos DRS, o tipo de gestão se mostra uma variável relevante, e por isso para a Reforma Psiquiátrica.

2.3.5. Paralelo entre a situação dos Hospitais Psiquiátricos e a dos Municípios com Dispositivos de Atenção Intensiva

As modalidades de CAPS e o HD enquanto serviços que se destinam prioritariamente ao atendimento “de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2004, p. 125)”, se configuram como serviços que atendem a mesma clientela dos Hospitais Psiquiátricos. A partir de tal compreensão nos questionamos sobre a relação, no interior do estado, entre número de Hospitais Psiquiátricos e número de Dispositivos de Atenção Intensiva (DAI) em dois momentos distintos (1995 e 2004):



Fonte: Dados de Hospitais Psiquiátricos: dados 1995 – GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2002; dados 2004 - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005.

Quadro 22- Variação dos leitos psiquiátricos e das vagas presumidas em DAI mensais no interior do Estado de São Paulo em 1995 e 2004

	1995	2004	Diferença nº	Diferença %	Diferença leitos/HP e atendimentos DAÍ: n e %
Nº de leitos psiquiátricos	13.890	11.133	- 2.757	-20	+834=31%
Nº de atendimentos DAI	400	4.000	+ 3.600	+32	

A fotografia 5 e o Quadro 22 só podem ser analisados conjuntamente.

Podemos observar que só é possível comparar os dados da fotografia 5 a partir do número de leitos, onde se vê que a redução, de 1995 para 2004, é de 20%.

No mesmo período os DAI aumentaram de 8 para 80, ou seja, 900%.

Portanto, percebe-se que esses dois números não são comparáveis porque as instituições hospital psiquiátrico (HP) e DAI são muito díspares entre si. A tendência observada na fotografia 5 é, portanto, ilusória.

Por outro lado, se atribuirmos, por hipótese, um número aproximado de atendimentos por mês aos DAI, por exemplo, 50, talvez possamos fazer algum exercício de raciocínio comparativo (Quadro 22). Nesse caso, teremos uma relação DAI/HP em 1995, 400 atendimentos por mês/13.890 atendimentos por mês, uma proporção de 1 para 35. Em 2004, teremos outra relação, 4.000 atendimentos por mês/11.133 atendimentos por mês, uma proporção de 1 para 3. Como entender essas variações entre 1995 e 2004?

Parece que a passagem de 1/35 (1995) para 1/3 (2004) é bastante significativa, mas vejamos melhor as possíveis relações entre esses números.

Em primeiro lugar é preciso mostrar que essa comparação também é enganosa, e por diferentes razões: ela supõe que não há variação populacional; supõe que todos os DAI são substitutivos ao HP, quando sabemos que apenas os CAPS III têm essa potencialidade, e eles são apenas 7% dos DAI (Quadro 17).

Devemos notar que as variações nos leitos psiquiátricos e nos DAI são paralelas e não complementares. Para visualizar esse aspecto é que atribuímos o tal número hipotético de atendimentos/mês aos DAI. Nesse caso vemos que a redução de 20% em leitos HP corresponde a 32% de aumento nos atendimentos DAI. Essa diferença no número de atendimentos DAI é que precisa ser comparada com a diferença dos leitos HP no período correspondente (2.757 HP e 3.600 DAI). Nesse caso, poderíamos afirmar, de imediato, que por hipótese 31% dos atendimentos DAI não são de clientes potenciais do HP (a diferença entre 2.757 e 3.600 em porcentagem).

Portanto vemos que a proposição inicial deste tópico extraída do documento (BRASIL, 2004, p. 125) que afirma que CAPS e HD atendem a mesma clientela que o HP, está radicalmente contestado, o que não chega a ser uma surpresa, pois já sabemos que os DAI não são, em seu conjunto, substitutivos ao modelo asilar.

Mas, sobretudo, percebemos que apenas é possível afirmar que entre 1995 e 2004 os DAI só cobriram 20% dos leitos psiquiátricos existentes em 1995. Portanto, nas melhores das hipóteses, por maior que tenha sido o aumento dos DAI sua capacidade de substituir o HP não ultrapassaria 20% daquilo que o próprio hospital realiza; ou seja, para cada paciente DAI, 4 ainda permanecem no HP.

Em síntese, em termos quantitativos, a Reforma Psiquiátrica não passa de 20% do sistema hospitalar no interior do Estado de São Paulo, sempre supondo que esses 20% de leitos que já não são ocupados nos HP são substituídos pelos DAI, proposição ainda a ser verificada.

2.3.6. Caracterização dos Municípios sem Atenção em Saúde Mental quanto à presença ou ausência de prescritor

Ter por objetivo mapear a questão da Saúde Mental no interior do estado significa olhar também os municípios que não contam com tal tipo de Atenção, utilizando as mesmas variáveis anteriores.

Quadro 23 – Distribuição dos municípios sem Saúde Mental, com Clínico Prescritor, por DIR

	Com Clínico		Sem Clínico	Nº Munic. sem SM
	n	%		
VI - ARAÇATUBA	11	52	10	21
VII - ARARAQUARA	6	50	6	12
VIII - ASSIS	0	0	4	4
IX - BARRETOS	8	53	7	15
X - BAURU	2	15	11	13
XI - BOTUCATU	5	36	9	14
XII - CAMPINAS	1	50	1	2
XIII - FRANCA	2	18	9	11
XIV - MARÍLIA	9	53	8	17
XV - PIRACICABA	2	57	10	12
XVI - PRESIDENTE PRUDENTE	0	0	0	0
XVII - REGISTRO	0	0	9	9
XVIII - RIBEIRÃO PRETO	2	40	3	5
XIX - SANTOS	0	0	0	0
XX - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	0	0	0	0
XXI - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	0	0	1	1
XXII - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	27	32	57	84
XXIII - SOROCABA	9	69	4	13
XXIV - TAUBATÉ	0	0	13	13

Dos 606 municípios pesquisados, 41% não contam com Atenção em Saúde Mental. Destes, quando nos debruçamos sobre a existência de médico clínico prescritor por DIR (Quadro 23) verificamos que entre as DIR's sem Saúde Mental as que mais se destacam pela presença de clínico prescritor são XVIII, XIV, X, VI, VII e XII, que possuem esse

recurso em mais de 50% de seus municípios. As demais DIR's apresentam um número bastante reduzido com destaque para VIII, XVII, XXI e XIV que não possuem nenhum clínico prescritor nos municípios sem recursos em Saúde Mental.

Os dados do Quadro 23 merecem ser discutidos ao menos em dois de seus aspectos. O primeiro refere-se à presença de clínicos prescrevendo em Saúde Mental; sabemos que em geral esse é um dos fatores da supermedicalização, sobretudo dos neuróticos, e do provável envio menos discriminado de indivíduos ao HP. Valeria comparar os dados de alguns desses municípios com os dados daqueles que não possuem nem clínico prescritor, pois já está claro que a oferta de possibilidades de determinado tipo de tratamento acaba influenciando radicalmente a forma como se manifestam as demandas dos indivíduos, através de suas queixas e pedidos.

O segundo aspecto é a própria ausência de recursos de SM e de clínico prescritor; este está ausente em 66% dos municípios que não têm Atenção em Saúde Mental.

Como se comportarão nestes casos as demandas relativas ao sofrimento psíquico e mental?

Será que eles internam uma porcentagem maior ou menor que os municípios que têm recursos em Saúde Mental, e do que aqueles que possuem clínico prescritor?

Será que seus pacientes nunca são medicados, ou o são "extra-oficialmente"?

Nesta discussão podemos agregar um dos dados desta pesquisa, concordes com a literatura, a ampliação de recursos extra-hospitalares, ampliou o número de indivíduos assistidos pelos dispositivos de Atenção em Saúde Mental, ultrapassando, portanto, a proporção daqueles que foram excluídos do HP (Quadro 22).

Quadro 24 – Distribuição dos municípios sem Saúde Mental com Clínico Prescritor por nível populacional

	A1	A2	B	C	D	E
Com Clínico	83=35%	1	0	0	0	0
Sem Clínico	155=65%	5	1	0	1	0
Nº Munic. sem SM	238	6	1	0	1	0

Verifica-se, como já era esperado, que tanto a presença quanto a ausência do clínico prescritor está localizada, em quase sua totalidade, nos municípios com menos de 25.000 habitantes. Portanto vale reafirmar a discussão posta no item anterior, a respeito de possíveis características diferenciais do perfil epidemiológico em Saúde Mental, tanto dos que possuem clínico prescritor, quanto dos que não possuem, em relação aos que possuem recursos em Saúde Mental.

Quadro 25 – Distribuição dos municípios sem SM, com clínico prescritor por tipo de gestão da municipalização

	PAB	PLENA	SEM HABILITAÇÃO
Com Clínico	73=33%	11=46%	0
Sem Clínico	148=67%	13=54%	1
Nº Munic. sem SM	221	24	1

Aqui confirma-se os dados da análise por faixa populacional, conforme esperado, uma vez que os municípios em PAB estão mais concentrados na faixa populacional de menos

de 25.000 habitantes. É preciso destacar também que há 24 municípios em gestão plena sem recursos em Saúde Mental, dos quais 11 (46%) possuem clínico prescritor; trata-se de um dado ainda mais problemático que os dados da gestão PAB.

Vale sublinhar, mais uma vez, que, tanto em gestão PAB quanto em plena, o número de municípios sem clínico prescritor é ainda maior do que o dos municípios em que ele está presente.

2.4. Discutindo os dados quantitativos

O mapeamento da Saúde Mental no interior do Estado de São Paulo nos permitiu a construção de um banco de dados. A partir deste banco são possíveis vários tipos de consultas e cruzamentos. O material apresentado anteriormente desenha os principais recortes de interesse desta pesquisa: caracterização da Reforma Psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo.

A escolha das fotografias e quadros norteados pela Atenção em Saúde Mental nas DIR's, nível populacional e tipo de gestão municipal deveu-se à consideração de que são fatores que podem estar relacionados com o processo da Reforma Psiquiátrica. Isso significa que a divisão dos municípios por DIR obedece a critérios geográficos e políticos.

Assim, os dados analisados globalmente mostram que a pertinência do município a uma determinada DIR pode influenciar as ações em Saúde Mental nesse território, tanto em relação à sua quantidade, quanto às suas modalidades.

Mediante a análise das formas da gestão municipal e da distribuição dos municípios também se mostraram fatores influentes nas formas e quantidade das ações em Saúde Mental.

Isso nos permite sustentar a hipótese geral de que a pertinência dos municípios a determinada DIR, a quantidade de seus habitantes e o tipo de gestão da municipalização em que se insere o município são fatores relevantes para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, mesmo entendendo que apenas com um conjunto de práticas exercidas fora do Hospital Psiquiátrico.

As informações trazidas tanto pelo banco de dados, quanto pelas Diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde nos levam a identificar que o modelo de Atenção em Saúde Mental nos municípios de até 50.000 habitantes se caracteriza por uma estratificação baseada no modelo Preventivo-Comunitário, o que não configura Reforma Psiquiátrica entendida enquanto a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial propõem (AMARANTE, 1996; COSTA-ROSA et al., 2003; LUZIO, 2003b).

O processo de municipalização do SUS com a NOB 01/96 (BRASIL, 2004d) tem o objetivo de ultrapassar a condição de prestador de serviços de Saúde para a condição de gestor do poder público municipal do sistema de Saúde. Definindo a abrangência da cobertura das ações de Saúde e os repasses fundo a fundo. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é criada para viabilizar a integração dos sistemas de Saúde, por intermédio de consórcios municipais.

Levantamento de dados oficiais

Temos o discurso oficial com suas verdades ideológicas a respeito da Reforma Psiquiátrica, que afirmam sua progressividade, segundo ele decrescem os hospitais psiquiátricos e aumentam os DAI, como apresentamos e discutimos na fotografia 5 e no quadro 22. Procuramos desmistificar esses discursos sobre a Reforma Psiquiátrica, de forma que compreendemos que os DAÍ só cobriram 20% dos leitos psiquiátricos existentes entre 1995 e 2004, ou seja, a capacidade destes dispositivos de substituir o hospital psiquiátrico não ultrapassa 20% do que o próprio hospital realizaria, o que nos leva a uma proporção: para cada paciente DAI, 4 ainda permanecem no hospital psiquiátrico.

Dados quantificáveis

Caracterizando globalmente os municípios em suas distribuições por DIR e nível populacional (quadro 1 e 2) notamos que há uma forte influência sobre o número de serviços e sobre a Reforma Psiquiátrica indicando que DIR é uma variável importante. O que também acontece na distribuição por tipo de gestão da municipalização (quadro 2), onde percebemos que a habilitação no sistema de saúde parece indicar, o mesmo modo, uma maior propensão a apresentar Atenção em Saúde Mental.

Em contrapartida, com acuidade os dados observados nas fotografias 3 e 4, e nos quadros 1, 2, 3, 4, 5 e 6, podemos perceber que em DIR's diferenciadas, municípios de nível populacional mais elevado e municípios em gestão Plena apresentam maior número de

Dispositivos extra-hospitalares, e daí é possível inferir e melhores condições para Reforma Psiquiátrica, indicando ao mesmo tempo a pertinência da consideração da DIR a que pertence o município, de seu volume populacional e do tipo da municipalização que pratica, como variáveis importantes para a ocorrência ou não de dispositivos extra-hospitalares.

Quadro 26 – Distribuição dos dispositivos extra-hospitalares no interior do Estado de São Paulo

	Nº de municípios com dispositivos extra-hospit.	%
DSC	116	19
DAB	277	33
DAA	156	16
DAA nos municípios com mais de 50.000 hab.	75	84
DAÍ	57	9
DAÍ em municípios com mais de 200.000 hab.	15	83
CAPS	84	14
CAPS III no conjunto dos DAÍ	6	10
DRS	64	11

Consideramos como um primeiro indicador da extensão da Reforma Psiquiátrica no interior o número de dispositivos criados em paralelo ou em substituição ao hospital psiquiátrico. Por isso quantificamos os municípios em que aparecem esses dispositivos em sua variedade. Mas a distribuição e a modalidade deles também acabaram indicando alguns dos matizes da Reforma Psiquiátrica.

A primeira modalidade de dispositivos foram os de controle social. Notamos nos quadros 7, 8 e 9 que quanto maior a faixa populacional, maior o número de Dispositivos de Controle Social; também aparecem com destaque nos municípios com gestão Plena; nas DIR’s variam para mais e para menos, conforme particularidade destas; essas mostram-se

variáveis relevantes para maior presença ou ausência dos DCS e, nessa medida, também para a Reforma Psiquiátrica.

Os DCS só aparecem em 19% dos municípios, entendendo que o controle social é crucial para a definição do processo da Reforma Psiquiátrica; podemos perceber que o seu número reduzido vai desenhando o perfil da Reforma Psiquiátrica no interior.

Em relação aos DAB, se considerarmos que as faixas A1 + A2 têm 85% dos municípios do interior de São Paulo, e que nestes o único recurso em Saúde Mental é esse dispositivo, presente em 43% e ausente em 57%; podemos afirmar que a Reforma Psiquiátrica se encontra bem definida pelos DAB, pois onde estes estão presentes ela é de matiz Preventivo-Comunitária, onde estão ausentes não há psiquiatria nem RP (quadro 10, 11 e 12). As faixas populacionais A1 e A2 acabam caracterizando todo o interior, em que 33% de todos os municípios tem DAB, sendo estes compostos pela Saúde Mental nas UBS e PSF.

Considerando os DAA globalmente e suas variações, é possível afirmar que eles estão presentes em 16% dos municípios do interior, mas essa porcentagem sobe para 84% quando considerados os municípios mais populosos (B, C, D e E). Este número indica que a Reforma Psiquiátrica em seu matiz Preventivo-Comunitário fez um avanço importante no interior do Estado nos municípios acima de 50.000 habitantes, uma vez que um dos seus objetivos principais foi a implantação de instituições abertas, intermediárias entre as UBS e o hospital psiquiátrico.

Os DAI são influenciados por DIR, nível populacional e tipo de gestão. Um dado geral dos DAI deve ser sublinhado: sua presença é baixíssima no conjunto geral dos municípios do interior, está presente em apenas 9% deles. Considerando os municípios abaixo de 25.000 habitantes os DAI estão presentes em apenas 2%, porém nos municípios acima de 200.000 habitantes sua proporção chega a 83% dos municípios.

Considerando que nos DAI se incluem os CAPS, que são a bandeira da Reforma Psiquiátrica, pós VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), podemos pensar que 14% dos municípios do interior de São Paulo com CAPS é um número pouco expressivo, agravado pelo fato de que os CAPS III, únicos capazes de substituir o hospital psiquiátrico, são só 10% dos DAI; indicando de certo modo a fragilidade da Reforma Psiquiátrica em andamento nesse contexto (quadro 16, 17, 18). É preciso esclarecer que podemos falar em fragilidade porque já estamos supondo o ideário da RP pós VIII CNS.

Os DRS possuem variações por DIR, para mais e para menos, conforme as características da DIR; por nível populacional há uma tendência levemente crescente com o aumento da população dos municípios; por tipo de gestão, a maior porcentagem está em Plena. As variáveis DIR, nível populacional e tipo de gestão, parecem interferir também na presença ou ausência de DRS. Porém sua presença nos municípios também é escassa, apenas 11% deles possuem DRS. Sendo os DAI um dispositivo característico da Reforma Psiquiátrica, conquistado a partir da Reforma Sanitária, é possível afirmar que sua baixa freqüência é mais um indicador da fragilidade da RP no interior de São Paulo (quadro 19, 20 e 21).

Para complementar este panorama do exame da RP no interior acrescentamos ainda dois aspectos que se mostram bastante significativos, ou seja:

Primeira questão. Qual a relação entre a extinção de atendimentos psiquiátricos e a abertura de atendimentos nos DAI, para a consideração da Reforma Psiquiátrica no interior de São Paulo?

A análise das variações nesses dois tipos de dispositivos de Atenção em Saúde Mental em dois momentos históricos específicos: 1995 e 2004, pode trazer contribuições para responder a questão (fotografia 5 e quadro 22).

Em primeiro lugar, pode-se afirmar que não são comparáveis Hospital Psiquiátrico e DAI, portanto não se pode comparar também o número de Hospitais Psiquiátricos fechados com o de DAI abertos. Esses dados são paralelos, e não complementares.

Em segundo lugar, os DAI não atendem apenas as demandas potenciais do Hospital Psiquiátrico, gerando, por sua simples presença no território, o aparecimento de um conjunto de demandas que lhe é próprio.

Finalmente, portanto, pouco importa que seja proporcionalmente maior o aumento progressivo dos DAI criados, do que a proporção da diminuição de leitos em Hospitais Psiquiátricos, pois os DAI não podem atingir mais que a porcentagem dos pacientes que deixaram de freqüentar o Hospital Psiquiátrico, que entre 1995 e 2004 são 20% do total existente em 1995. Disso decorre a conclusão de que, de todos os pacientes potenciais do HP atendidos em 2004, para cada um que está em DAI, 4 ainda estão em Hospital Psiquiátrico.

Segunda questão. O que representa a existência de clínicos prescritores em Saúde Mental para a análise da Reforma Psiquiátrica?

Os clínicos prescritores, declarados ou não como tais, costumam ser associados ao freqüente envio de indivíduos ao Hospital Psiquiátrico, e às “epidemias” de benzodiazepínização. Portanto, embora não psiquiatras parecem ser responsáveis por parcelas importantes de psiquiatrização das demandas. A presença destes profissionais ocorre nos municípios de pequeno porte em que não há recursos especificados de Atenção em Saúde Mental, nos quais, por isso, por hipótese, são peculiares as representações sociais da possível ajuda nas situações de sofrimento psíquico. O sujeito vai ao médico e acaba no psiquiatra, muitas vezes sem saber.

Na realidade a presença de clínicos prescritores é um sinal da ausência de dispositivos em Saúde Mental e, portanto, no caso, um índice de que para eles não se pode falar em Reforma Psiquiátrica, de qualquer modalidade.

Esta segunda questão traz, em espelho, uma primeira resposta que lhe é correlata: em um grande número de municípios do interior não há qualquer recurso em Saúde Mental. Portanto nem faz sentido falar em Reforma Psiquiátrica.

3. APRESENTANDO OS DADOS QUALITATIVOS

No trabalho realizado sobre o tema da Reforma Psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo, identificamos na leitura do conjunto das questões abertas quatro ancoragens que deram origem a três discursos distintos sobre o tema em questão. Estes discursos retratam a opinião dos gestores municipais do interior do estado sobre a Reforma Psiquiátrica em seus municípios, seus facilitadores e obstáculos.

Além dos três discursos, encontraram-se dados que não couberam em nenhum deles e que também não possibilitam a construção de um quarto discurso, pois não apresentaram consistência teórico discursiva. O tema proposto era recheado de contradições transitando entre diferentes ancoragens. Este tipo contudo será considerado um quarto discurso.

A escolha pela utilização de um questionário composto de variados itens (dados quantitativos sobre número de dispositivos e serviços em Saúde Mental, além de questões abertas sobre a opinião quanto ao tema da Reforma Psiquiátrica) se justificou pela impossibilidade de visitar os 360 municípios com Atenção em Saúde Mental que compõem o

interior do estado, bem como de entrevistar os respectivos gestores. Compreendemos que a entrevista enquanto instrumento metodológico traria maior riqueza aos dados qualitativos, visto que o papel em branco pode, muitas vezes, inibir os sujeitos, além de exigir uma maior elaboração lingüística para dar concretude às opiniões que verbalmente se expressariam, provavelmente, com maior facilidade. Esta poderia ser também uma explicação para o fato de muitos questionários retornarem com as questões qualitativas não respondidas, apesar de contarem com os itens quantitativos preenchidos, e mesmo para o fato de que alguns municípios não retornaram nenhuma informação. Outro fato a ser considerado era a liberdade que foi explicitada dos gestores (sujeitos das questões qualitativas) em decidirem pela não participação nesta parte dos dados.

Assim os três discursos elaborados representam o discurso do sujeito coletivo enquanto síntese dos discursos dos sujeitos, sendo estes aqui concebidos como sujeitos sociais, que apresentam sua compreensão sobre o tema em questão.

3.1. As modalidades discursivas entre os gestores de Saúde Mental no Interior de São Paulo

Discurso 1: Ancoragem - Psiquiatria Inalterada (Psiquiatria Moderna)

Idéia Central / Expressão-chave

O surgimento da Psiquiatria trouxe a objetivação da loucura como fenômeno reconhecível e detectável no comportamento humano. A loucura torna-se objeto de descrição, dissecação, classificação e nomeação, possibilitando o exercício do diagnóstico: a conduta do indivíduo conduz à construção de perfis compostos por exteriorizações que, posteriormente, são denominados sintomas. De forma que a Psiquiatria transformou a loucura em doença tratável, a partir de procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento a partir de saberes e práticas construídas sobre o objeto "doença mental".

Discurso do Sujeito Coletivo

Não houve Reforma no município, porque não há necessidade.

O atendimento permanece de forma asilar: consulta, medicação e encaminhamento para internação. Faltam recursos materiais, financeiros e humanos. Não há equipe técnica capacitada para atender a clientela e falta vontade política.

Não houve Reforma Psiquiátrica no município. Acredito que a Reforma pode gerar desasssistência.

Discurso 2: Ancoragem - Psiquiatria Reformada (Modelo Preventivo-Comunitário)

Idéia Central / Expressões-chave

Inspirada no Modelo Preventivo-Comunitário, modelo difundido na década de 80 no Estado de São Paulo. Toma a ampliação da rede de serviços comunitários como Reforma Psiquiátrica, independente da modalidade discursiva encontrada.

Discurso do Sujeito Coletivo

Não houve Reforma Psiquiátrica no município por falta de compromisso do gestor, porém entende que ela é necessária.

A Reforma Psiquiátrica no município se deu com a implantação de novos serviços e com a contratação de equipe multidisciplinar. Contribuem para isso o compromisso do gestor e da equipe técnica com a Saúde Mental, a influência da política nacional e estadual, e o incentivo financeiro para a implantação destes serviços, o controle social e a capacitação da equipe técnica. Consideram que a qualidade da assistência melhorou, pois com isso as internações psiquiátricas diminuíram e o usuário não é excluído do seu contexto familiar de forma que os serviços foram humanizados. O município ainda enfrenta dificuldades de articulação entre os serviços de saúde e resistência de parte da equipe técnica e/ou familiares devido à cultura manicomial. Outra dificuldade é a lei de responsabilidade fiscal que limita as possibilidades de ampliação das equipes e implantação de serviços.

A assistência nos municípios está organizada segundo a lógica dos níveis de complexidade assistencial: primária, secundária e terciária.

Discurso 3: Ancoragem - Tendência à transição paradigmática (Reforma Psiquiátrica / Transformações pós VIII Conferência Nacional de Saúde – implicações da Reforma Sanitária)

Idéia Central / Expressões-chave

Inspira-se na Anti-Psiquiatria, na psicoterapia individual e sobre tudo na Psiquiatria Democrática Italiana. Mudança Paradigmática é diferente de Reforma Psiquiátrica, justamente no que determina estar numa transição de mudança onde se apresentam alguns elementos de mudança do paradigma que ainda não permitem mudar, mas indicam uma direção de mudança.

Discurso do Sujeito Coletivo

A Reforma Psiquiátrica no município se deu com a mudança da concepção saúde / doença por parte dos profissionais, do trabalho integrado entre as três esferas de gestão, usuários e seus familiares através do controle social e avanço no sentido de modificar o paradigma do isolamento com conseqüente melhora da qualidade de vida, humanização do atendimento, acesso à saúde integral, resgate da cidadania, autonomia e reinserção social. O trabalho consiste em reduzir os encaminhamentos para internações psiquiátricas e na implicação do usuário no seu tratamento redirecionando a atenção em saúde mental.

A Reforma no município é um processo lento, porém foi possível devido ao incentivo financeiro para implantação de serviços, a influência da política nacional, o investimento em formação de recursos humanos, do gestor e da equipe técnica, bem como a cultura e a política antimanicomial na potencialização e efetivação de mudanças paradigmáticas.

3.1.1. Presença e distribuição das modalidades discursivas por DIR, nível populacional e tipo de gestão da municipalização

Determinada fisionomia discursiva corresponde necessariamente a uma prática discursiva e não a uma prática teórica-técnica e ética. Nesta pesquisa apresenta-se uma análise dos discursos e não das práticas. Trata-se, portanto da análise do discurso da Reforma Psiquiátrica no interior do estado de São Paulo, em um conjunto de 147 gestores de Saúde Mental.

O levantamento dos municípios que retornaram as questões qualitativas preenchidas por DIR, nível populacional e tipo de gestão nos leva a perceber que aproximadamente 43% dos municípios do interior de estado ancoram sua compreensão sobre a Reforma Psiquiátrica no discurso 2, seguido por aproximadamente 18% e 14% que ancoram suas falas nos discursos 3 e 1, respectivamente. No discurso 4 (sem sustentação teórico-conceitual) estão aproximadamente 24% dos municípios. Portanto pode-se dizer que o discurso predominante no interior de São Paulo é o Preventivo-Comunitário seguido pelo discurso 4, que parece indicar falta de consistência discursiva.

3.2.DISCUTINDO OS DADOS QUALITATIVOS

Na ancoragem que intitulamos Psiquiatria Inalterada em que o aporte teórico é a Psiquiatria Moderna organicista, o lugar de cuidar continua sendo o asilo, e a terapêutica físico-químico, onde se acredita que os profissionais devam deter o conhecimento das técnicas de avaliação e tratamento que permitam atender de forma “adequada” a clientela, ou seja, a eficácia do tratamento está diretamente relacionada à capacidade técnica do profissional, e a possibilidade disso se efetivar é considerada de inteira responsabilidade da administração pública local (AMARANTE, 1995).

O risco da Reforma Psiquiátrica gerar desassistência surge como um fantasma, justificando a manutenção do Hospital Psiquiátrico e seu modelo como os mais adequados. A desassistência aparece como eco do discurso ideológico dos representantes dos interesses do Hospital Psiquiátrico. Para estes Reforma Psiquiátrica também é sinônimo de desassistência e não de transformação dos modos de assistir. Esse fantasma parece ser sustentado pela associação de doença mental a manifestações imprevisíveis da loucura, que adquiriu estatuto de periculosidade na Psiquiatria Moderna provocando temor e medo.

Na análise do discurso 1 propriamente dito podemos ver que ele se queixa da carência material como se ela fosse uma circunstância aleatória, não compreendendo que ela é estrutural e faz parte do PEH. Fala da precariedade do saber, introduzindo para nós uma interrogação. Quem será insuficientemente formado, o psiquiatra ou seus auxiliares? As carências são atribuídas à falta de vontade política, claramente suposta nos políticos, ou seja a vontade política dos enunciadores desse discurso está fora da cena, estes parecem colocar-se apenas como objetos à mercê de vontades alheias.

Na ancoragem que designamos por Psiquiatria reforma, seu aporte teórico remonta a meados do século XX. As problemáticas do pós-guerra detonam um processo de novas demandas para a, até então, Psiquiatria Moderna. Essas novas demandas introduziram a possibilidade de uma série de críticas à Psiquiatria, que deram origem a várias correntes de pensamento sobre a natureza da Psiquiatria e suas funções. Nesse contexto surgem, entre outras correntes, a Psiquiatria de Setor e a Preventivo-Comunitária, que ampliam as funções da ciência psiquiátrica objetivando ações que têm na base o controle social e a normalização.

Ao mesmo tempo em que recebem uma nova denominação e têm suas funções ampliadas, a Psiquiatria de Setor e Preventiva-Comunitária Americana são uma extensão da abrangência político-ideológica da Psiquiatria Moderna, de modo que um novo objeto é posto: a Saúde Mental no lugar da Doença Mental. Com um novo objetivo: a prevenção da doença mental. Um novo sujeito de tratamento: a coletividade, que implica um novo agente profissional, as equipes comunitárias que desencadeiam um novo espaço de tratamento, a comunidade, isso tudo sustentado por uma nova concepção de personalidade, a unidade biopsicossocial (AMARANTE, 1995; GIOVANELLA & AMARANTE, 1994). O modelo Preventivo-Comunitário definiu a Atenção em Saúde Mental com base no preventivismo já existente em Atenção à Saúde Geral. Desse modo especificou as ações em três níveis:

> 1.*"Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e do meio"* (BIRMAN & COSTA, 1994, p. 54).

Disso resultou a Saúde Mental nas UBS, com equipes multiprofissionais mínimas: 1 psiquiatra, 1 psicólogo e 1 assistente social.

> 2. *"Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental"* (BIRMAN & COSTA, 1994, p. 54).

Daí resultou a criação dos ambulatórios de Saúde Mental com equipe multiprofissional.

> 3.*"Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria"* (BIRMAN & COSTA, 1994, p. 54).

Daí surgiram as práticas reabilitadoras, para além do sentido extrito de cura, o que justificou a introdução das equipes multiprofissional também no Hospital Psiquiátrico.

O princípio da hierarquização que objetivava prestar uma assistência de complexidade crescente teve como conseqüência o aumento da demanda produzida em todos os níveis, assim como um aprimoramento do dispositivo psiquiátrico, esse modelo foi implantado em São Paulo, a partir do primeiro governo democrático pós-ditadura militar, em 1982, que define a prevenção em Saúde Mental como

> um *estilo de vida* favorecedor de uma boa saúde mental e deve ser objeto de um trabalho ativo de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, potencializados pelo trabalho de consultoria especializada em saúde mental através (...) de equipes de serviços comunitários de referência (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2000, p. 2).

Nesta ancoragem aparece concentrado o maior número de discursos encontrados, reafirmando a hipótese de que a Política de Saúde Mental no estado de São Paulo, e portanto também no interior, é entendida pelo gestor contemplando o referencial teórico do Modelo Preventivo-Comunitário.

Na análise do discurso da Psiquiatria Reformada podemos perceber que a Reforma Psiquiátrica é vista como necessária, mas que a política municipal não está comprometida com ela; entende-se que é aí que se decide se há ou não Reforma Psiquiátrica. Mas nesse

discurso é possível a inclusão de outros fatores, que decidem a Reforma Psiquiátrica, como atitude do próprio gestor, da equipe técnica, influência das Políticas estadual e federal, montante dos recursos financeiros, capacitação da equipe técnica e a existência ou não de controle social (contribuição da Reforma Sanitária).

Entende-se ainda Reforma Psiquiátrica como humanização das instituições, como melhora da qualidade da assistência prestada, diminuição das internações, manutenção do indivíduo na família e manutenção da Atenção por níveis de complexidade (claras influências da Psiquiatria Preventivo-Comunitária).

Consegue criticar a cultura manicomial indicada como presente nas equipes técnicas e nas famílias dos sujeitos com sofrimento psíquico como resistência à Reforma Psiquiátrica (aparecendo aqui claramente o discurso da fase da Reforma Psiquiátrica contemporânea e posterior ao início da Reforma Sanitária pós VIII Conferência Nacional de Saúde). Também podemos ouvir o eco do discurso oficial sobre a carência dos recursos materiais como se ela fosse episódica.

A terceira ancoragem que pode indicar uma tendência à Transição Paradigmática contempla algumas das exigências para a mudança paradigmática como sugerem Costa-Rosa; Luzio e Yasuí (2003) no que diz respeito aos modos de concepção do processo saúde-doença e os meios teórico-técnicos e a concepção da organização das relações intrainstitucionais, o que fica evidenciado nos discursos do gestores que dizem:

> *"a Reforma Psiquiátrica no município se deu com a mudança da concepção saúde-doença por parte dos profissionais, do trabalho integrado entre as três esferas de gestão, usuários e seus familiares através do controle social e avanço no sentido de modificar o paradigma do isolamento".*

"acesso à saúde integral, resgate da cidadania, autonomia e reinserção social".

Exceto a mudança da concepção de saúde-doença, os trechos do último do discurso referem-se ao discurso da Reforma Psiquiátrica contemporânea considerada genericamente. Nesta não há designação de transição paradigmática.

Essa ancoragem aparece distribuída em todas as variáveis (DIR, nível populacional e tipo de gestão), indicando que o que se altera é o lugar de como se posiciona o sujeito da pesquisa (gestor em Saúde Mental) frente o saber médico, que discutiremos de forma mais aprofundada a seguir.

A análise do discurso 3, tal como é apresentado seu conteúdo, permite definir a Reforma Psiquiátrica como ela se apresenta em termos gerais a partir do momento em que se instala a Reforma Sanitária, e também como ela se apresenta como movimento autônomo dos Trabalhadores de Saúde Mental, inclusive as Conferências Nacionais de Saúde Mental. Neste discurso a Reforma Psiquiátrica tem trabalho integrado nas três esferas de gestão, controle social, portanto participação dos usuários e familiares, modificação do paradigma do isolamento, melhora da qualidade de vida, humanização do atendimento, acesso à saúde integral, autonomia (enquanto poder de contratualidade) e reinserção social do usuário.

Este discurso fala, ainda, de formação de recursos humanos do gestor e da equipe técnica (genericamente); e da necessidade de cultura e política antimanicomiais como componentes da Reforma Psiquiátrica.

Finalmente fala de mudança da concepção de saúde-doença e da implicação do usuário no tratamento.

Portanto podemos perceber que o que escapa ao ideário da Reforma Psiquiátrica, não como ela pode ser entendida, mas como aparece nesse discurso, nos deixa em dúvida se é possível falar em tendência à transição paradigmática nos discursos da Reforma Psiquiátrica

do interior, daí surge ao menos uma interrogação sobre o teor da práxis (conjunção de discursos e práticas) nesse contexto.

Nossa pesquisa mostrou, portanto a presença de dois discursos da Reforma Psiquiátrica no interior de São Paulo, ainda incluídos no paradigma da Psiquiatria.

Quanto ao discurso 4 seria necessária uma análise mais detida, pois não foi possível definir se estamos na presença de uma inconsistência discursiva, ou se é mais adequado ver aí um discurso contraditório.

Na realidade também vale a pena explicitar que o método de analise “Discurso do Sujeito Coletivo” parece levar à construção de discursos consonantes, o que merece ser melhor discutido, mesmo levando em conta que tal método parte de uma análise de enunciados, não fazendo qualquer referência ao processo de enunciação de tais discursos coletivos.

IV - DISCUSSÃO

O mapeamento da Atenção em Saúde Mental no interior do estado de São Paulo se revelou um espaço rico para a construção de conhecimentos sobre o processo de Reforma Psiquiátrica.

De uma questão que se colocava inicialmente: há Reforma Psiquiátrica no interior de São Paulo? Foi possível percebermos a existência de nichos de Reforma Psiquiátrica. Nichos estes concentrados nas DIR's com municípios de maior porte em que predominam a gestão Plena. No interior como um todo a mesma afirmativa não pode ser sustentada, uma vez que 40% dos municípios não contam sequer com recursos específicos de Saúde Mental. Sendo que a existência de clínico prescritor, nos municípios sem Atenção em Saúde Mental, é uma espécie de indicador da indigência com que são tratadas as questões da Saúde Mental nesses locais – uma situação de que melhor ou pior que a dos municípios que não têm nem Saúde Mental, nem clínico prescritor.

Quando atentamos para os números de fechamento de leitos psiquiátricos, nem sempre esse dado parece indicar melhora das condições dos egressos. Já que os recursos alternativos à internação psiquiátrica são escassos e não parecem interferir na lógica asilar (paradigma psiquiátrico) em sua grande maioria.

Frente à resposta da questão "Há Reforma Psiquiátrica no interior de São Paulo?" a existência de nichos de Reforma Psiquiátrica nos levou a questionar qual a modalidade de Reforma Psiquiátrica presente no interior de São Paulo?

Quanto a isso, verificamos a predominância do hospital psiquiátrico enquanto modalidade de Atenção (80% quando comparamos HP com DAI).

Outra importante característica quanto a modalidade no interior do estado, é a influência marcante do modelo Preventivo-Comunitário, expresso no tipo e porcentagem dos dispositivos encontrados (UBS, Ambulatórios, Hospital-Dia).

Tais informações nos levam a considerar que esboçam-se uma outra modalidade fora do preventivismo que podemos designar como se estivesse se insinuando na direção da transição do paradigma psiquiátrico, porém de forma extremamente tímida. Essa insinuação se indica pela existência dos mecanismos de controle social (da reforma sanitária), dos Dispositivos de Reinserção Social e dos CAPS, sobre tudo os do tipo III.

Pode-se dizer que esse esboço de uma outra modalidade de Atenção em Saúde Mental se localiza em DIR's com características específicas, nos municípios com nível populacional elevado e com gestão da municipalização do tipo Plena.

Com relação a Reforma Psiquiátrica no Interior de São Paulo expressa através dos discursos, estes se mostraram como representação social do cuidado em Saúde Mental.

Há 4 modalidades de discurso, que parecem indicar paralelos com os tipos de dispositivos encontrados e sua proporção.

As modalidades de discursos são: o Discurso desarticulado (que se fez presente mesmo nos municípios onde há Atenção em Saúde Mental); o Discurso Psiquiátrico; o Discurso da Psiquiatria reformada pela lógica do preventivismo (e pela assepsia do hospital psiquiátrico) e o Discurso com tendência à transição paradigmática (influência de parte do discurso e das práticas da Reforma Psiquiátrica atual, na direção da Atenção Psicossocial).

Uma análise mais aprofundada da questão da Reforma Psiquiátrica no Interior exige análise da práxis – discursos e práticas e sua relação dialética. Só a dialética se mostra capaz de captar o sentido polissêmico e lacunar dos discursos e o sentido de repetição e de criação das práticas. Ao mesmo tempo em que mostra o papel de freio ou de reboque do discurso propriamente dito.

Em síntese, temos algo de Reforma Psiquiátrica no Interior, mas não de revolução paradigmática, considerando os dois paradigmas enunciados na introdução deste trabalho. Assim algumas questões se fazem destacar:

-O asilo e sua robustez do discurso psiquiátrico sobre a loucura, indício da fraca transição paradigmática;

-O paradigma psicossocial não nasce da fragilidade social do paradigma psiquiátrico e sim de sua fragilidade teórica e ética frente ao sofrimento psíquico, daí as fragilidades da Atenção Psicossocial no PEH. Neste momento histórico as evidências que se colocam são o pouco sucesso da lei, a assepsia dos NAPS em nível federal (PM 336/2002), e a prevalência da velha tática dos setores dominantes na estratégia da falta de recursos financeiros. Aqui se pode pôr em paralelo a renitência em preservar, mesmo que de forma disfarçada, os recursos financeiros do hospital psiquiátrico alocados onde estão;

-O paradigma psiquiátrico segue a lógica dos discursos (como laço social) predominantes no contexto social – que pode ser representado no discurso do mestre (a partir da concepção de Lacan). O paradigma psicossocial, que insinua contrapor-se ao psiquiátrico, ao propor a noção de clínica ampliada, agrega contribuições do materialismo histórico e da Psicanálise, que podem ser representadas pelo discurso (como laço social) denominado de Discurso Analítico.

Em cada um destes discursos variam radicalmente a posição e a concepção do sujeito, do saber e sua posição, e da ética como forma de relação do homem consigo mesmo e com o social.

Sobre as existências de estratégias à vista de implementar a Reforma Psiquiátrica no interior, notamos a necessidade de, primeiro a implementação de saber e de um recrutamento ideológico, seguido da implantação de serviços de outras características, a partir de outra lógica de funcionamento, diferente das atuais; bem como a necessidade de se extrair

as conseqüências produzidas pelo “tipo” de Atenção em Saúde Mental que se constrói e, se possível ampliá-las, das conquistas da Reforma Sanitária e da própria legislação em saúde, para outros espaços – o controle social, convênios ou consórcios.

Assim, torna-se urgente encontrar formas que permitam a análise comparativa dos custos - benefícios dos efeitos em termos “terapêuticos” e éticos das práticas dos dois paradigmas (o Psiquiátrico e o Psicossocial).

V - SÍNTESE CONCLUSIVA

Conhecer a realidade do interior do Estado de São Paulo no que diz respeito à Atenção em Saúde Mental e suas vicissitudes em relação à Mudança Paradigmática, objetivo deste estudo despertou uma avalanche de vivências intensas e por vezes sofridas.

Com idas e vindas processuais parecendo em alguns momentos impossível de ser completada, em certo sentido, coloquei-me como sujeito e objeto desta pesquisa, que teve sua semente fertilizada pela minha experiência de gestora municipal de Saúde Mental. Um lugar de duelo entre os discursos e as práticas do processo de implantação da política de Saúde Mental. Como dito no transcorrer destas páginas, o embate ideológico se dá no discurso antes de mais nada, e a prática será contraditória enquanto cenário.

Como nos diz Onocko-Campos (2002, p. 135) “penso que almejamos mudanças e sofremos as mudanças. Toda mudança implica numa escolha, e nas escolhas ganham-se coisas e perdem-se outras”.

A idéia de montar um banco de dados revelou o interior do estado como um espaço rico para a construção de conhecimentos e pesquisas sobre o processo de Reforma Psiquiátrica.

De uma questão que se colocava inicialmente: há Reforma Psiquiátrica no interior de São Paulo? Se compreendermos que a existência de serviços comunitários representam a Reforma Psiquiátrica, podemos afirmar que ela está presente em 60% do interior do estado (quadros 4,5 e 6).

No entanto a Atenção em Saúde Mental no interior de São Paulo está baseada no modelo Preventivo-Comunitário, o que não configura Reforma Psiquiátrica entendida enquanto a Atenção Psicossocial propõe. Este modelo estratificado de atenção em primária,

secundária e terciária coloca as ações de Saúde Mental numa encruzilhada de contradições, pois apresenta-se estruturado em um modelo Preventivo-Comunitário atravessado pelo discurso do modelo da Atenção Psicossocial com sua influência das experiências históricas de transformação da psiquiatria inclusive a italiana (nossa pesquisa mostrou que esta influência é ínfima para a Reforma Psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo).

Não basta ter ou não Atenção em Saúde Mental para responder se há Reforma Psiquiátrica, e sim entendermos que será a superação do modelo Preventivo-Comunitário que possibilitará às ações se aproximarem de uma mudança paradigmática. Nesse caminho será necessário encontrarmos um antídoto para o discurso do mestre. Esse antídoto já tem parte de seu corpo constituído pelas conquistas da Reforma Sanitária quando transladados para a Reforma Psiquiátrica: definição dos processos saúde-doença, co-gestão institucional, controle social – dimensão institucional.

Imaginamos um nome para tal antídoto: clínica ampliada. Pautada na noção de "possibilitar" uma nova forma de escutar, olhar, dizer, enfim, de posicionar-se diante do sujeito em sua existência-sofrimento. Melhor seria definir a clínica como ampliada (como na Atenção Psicossocial) e definir a implicação do sujeito no desejo, pois aqui os sintomas deixam sua dimensão de signos para adquirirem a dimensão significante – agregando ao saber seu aspecto inconsciente.

Esse se posicionar nos remete à necessidade de construção de uma outra ética, a do desejo. A ética do desejo e do carecimento é um dos parâmetros fundamentais do Modo Psicossocial que se contrapõe à ética do discurso do mestre que de certo modo coloca o manicômio dentro de cada um de nós, ligado ao enclausuramento de nosso desejo.

Quando no terceiro discurso formulado a partir da metodologia do DSC, o da tendência à mudança paradigmática, os discursos variam em sua distribuição por DIR – 5% a 43%; nível populacional 14% a 36% e a gestão, varia menos, de 19% a 21%, não se pode

perder de vista que os discursos falam de uma dimensão da práxis – e permanecem designando essa dimensão, sobretudo quando analisados pela metodologia do DSC, eles expressam apenas a dimensão ideológica. O fato de que o discurso 3 se distribua igualmente nos três aspectos da Atenção em Saúde Mental, mostra apenas que a permeabilidade ao discurso da Reforma Psiquiátrica não depende de que tipo de prática se está exercendo. Mas em todo caso os dados não mostram uma distribuição igual dos discursos (apêndice 8) pelas "variáveis" DIR, nível populacional e tipo de gestão da municipalização. O que nos permite afirmar que não é a estruturação de serviços que garante um aproximar-se desta nova ética do desejo já que, teoricamente, os municípios que apresentaram uma rede de Atenção em Saúde Mental estruturada não garantiria a criação de dispositivos com características na direção da Atenção Psicossocial. Os nossos dados permitem pensar que é, como dito acima, o posicionamento diante do outro não mais como objeto de estranheza ou de desvarios, mas como uma forma de existir diferenciada que pode ser decisivo. Assim não basta dar ao sujeito aceitação e compreensão. Como se fosse só isso, ou ainda, como se somente isso bastasse, o que nos lança a nos perguntarmos sobre o limite de nossa ética.

Esta outra ética seria uma ética sem limites. Mas não no sentido da onipotência, do "tudo pode", mas sim no sentido do sem barreiras que a impeçam de circular, já que a ética do desejo, é aqui lida, na ética do Paradigma Psicossocial; portanto, o que está em questão é a possibilidade da emergência do sujeito do desejo e sua contraparte de protagonista dos acontecimentos que lhe concernem.

Se a partir desta nova ética compreendermos o sintoma como significante que denuncia algo sobre o desejo, será possível a transformação pelo discurso, e por conseqüência a criação de novos sentidos. O discurso, por anteceder a prática, leva a um processo em que a transformação do discurso facilita uma transformação da prática diante da existência-sofrimento.

Se toda a imensidão que tivemos diante de nós no processo de elaboração desta dissertação nos presenteou com essa “descoberta”, ela também trouxe uma outra revelação: as várias outras possibilidades de cruzamentos e levantamentos que o banco de dados traz, mostrando-se como uma fonte importante para outras pesquisas.

Assim sendo, minha tentativa de dar fechamento a este trabalho acaba se transformando em abertura para novas questões que mostram a necessidade e a urgência de outros estudos que forneçam maiores esclarecimentos sobre os facilitadores e dificultadores do processo da Mudança Paradigmática, bem como o da vivência dos portadores de sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D. S. do N. et al. **Elementos para uma análise da Assistência em Saúde Mental no Brasil.** Ministério da Saúde. Brasília / Brasil: mimeo, 1992.

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida:** a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **O homem e a serpente:** outras estórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.L.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. (orgs.). **Fim de século:** ainda manicômios?. São Paulo: IPUSP, 1999.

_____. (coord.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

_____. **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P.; ROTELLI, F. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos In: AMARANTE, P., BEZERRA JR. B. (org.). **Psiquiatra sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ANDERY, M. A et al. **Para compreender a ciência:** uma perspectiva histórica. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; São Paulo: EDUC, 2002.

BARIÇÃO, S. M. F. Centro de Atenção Psicossocial: construindo um Projeto. **Saúde atual.** V.1, n. 1, 1994.

BARROS, S. **O Louco, a loucura e a alienação institucional**: o ensino de enfermagem *Sub Judici.* São Paulo: Escola de Enfermagem, USP, Tese de Doutorado, 1996.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: GRAAL, 1985.

BAUMANN, Z. **Modernidade e ambivalência.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BEZERRA, B. A Clínica e a Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1986.

BIRMAN, J. **Estilo e modernidade em psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

_____. **Mal-estar na atualidade:** A psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BIRMAN, J. & COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRAGA CAMPOS, F.C. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000.

BRAGA, J. C. de S.; PAULO,S. G. de **Saúde e Previdência: estudos de políticas sociais**, São Paulo, Hucitec, 1980.

BRASIL. Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. **Saúde em Debate**. 1990.

_____. Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. In: Conselho Regional de Psicologia-6ª região/SP. **Trancar não é tratar:** liberdade o melhor remédio. São Paulo: CRP-6ª, 1997.

_____. **Tratamento de doença mental passa por transformação**. Radiobrás, Disponível em <www.radiobras.gov.br>. Acesso em: 10 junho 2004a.

_____. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em <www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 11 junho 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 95, de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional de Assistência à Saúde SUS – NOAS/2001.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em : http://www.saude.gov.br/portarias/2001. Acesso em: 10 junho 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do sistema único de saúde / NOB 01/96.** Disponível em http://www.portalweb02.saude.gov.br/saude/_arquivos/pdf/nob96.pdf . Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Acesso em 2 set 2004d.

CABAS. A.G. **Curso e discurso da obra de Jacques Lacan**. São Paulo: Moraes, 1982.

CALLIGARES, C., Chega de angustia, chegou a depressão. In: Ilustrada. São Paulo: **Folha de São Paulo**, caderno 4, p.8.,1999.

_____. **Clínica da psicose:** um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Cora, 1996.

CAMPOS G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997a.

_____. Modelos de Atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer Saúde. **Saúde em Debate**, n. 37, 1992.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de Saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, S. (orgs.). **Agir e Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1997b.

_____. **Um método para analise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C. **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997c.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada: sobre as praticas clínicas nos substitutivos de Saúde Mental. In **Saúde em Debate**, 25 (58), 2001: 98-111.

CAPISTRANO FILHO, D.; PIMENTA, A.L.; HENRIQUE, C.M.P. O SUS que dá certo. In: CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUE, C.M.P. (orgs.). **Contra a maré à beira mar:** a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Hucitec, 1997.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica***:* a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

_____. **A gestão dos riscos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social:** problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

CESARINO, A. Uma experiência de Saúde Mental na prefeitura de São Paulo: Projeto de Ações Integradas de Saúde Menta na Zona Norte do Município de São Paulo - uma gestão democrática de um projeto público de saúde mental. In: **Saúde Loucura**. N. 1. São Paulo: Hucitec, 1989.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 1. Brasília, 1987. **Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2. Brasília, 1992. **Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 3. Brasília, 2001. **Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONFERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE MENTAL 1. DIR XV – Piracicaba. Declaração de São Pedro. In: **Caderno de propostas da Conferência Regional de Saúde Mental**. DIR XV – Piracicaba, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Como anda a Reforma Psiquiátrica?** Avaliação perspectiva e prioridades. Brasília: CFP, 2000.

COSTA, H. Congresso brasileiro de centros de atenção psicossocial: cuidar em liberdade e promover a cidadania. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE / SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE / DAPE / COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. **Laços – Saúde Mental em rede**. Brasília: Caderno eletrônico da Reforma Psiquiátrica. Edição especial de lançamento, Dez 2004.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil***:* um corte ideológico. Rio de Janeiro: Documentário, 1981.

COSTA, M. A. O Trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V. 41, n. 6, 1992.

COSTA, N. do R. **Política Pública, direitos e interesses**: reforma sanitária e a organização sindical brasileira. Rio de janeiro: ENSP/Fio Cruz/UFF, 1992, S/D, mimeografado.

COSTA-ROSA, A. **Saúde Mental Comunitária:** Análise dialética de um movimento alternativo. São Paulo: Dissertação de Mestrado, USP, 1987.

_____. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaios:** subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, A..; LUZIO, C.A.; YASUÍ, S. As conferências nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. Rio de Janeiro: **Saúde em debate**, v.25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001.

_____. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

BASAGLIA, F. (coord.). **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

CUNHA, M.C.P. **O espelho do mundo:** Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. In: GONZÁLEZ UZACÁTEQUI, R.; LEVAV, I. (eds.). **Reestruturação da Assistência Psiquiátrica:** bases conceituais e caminhos para a sua implementação. Washington: Organização Pan-americana da Saúde, 1991.

DELGADO, P.G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil: com um apêndice sobre a questão do Cronificado. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. do R. (orgs.) **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

DELOSSI, M. E. A implantação da Reforma Psiquiatrica em São Paulo. Entrevista realizada por Mônica Teixeira. In: **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental.** ano VI, nº 4, Laboratório de Psicopatologia Fundamental (UNICAMP/ PUC-SP/ Associação Universitária de Psicologia Fundamental) São Paulo: Editora Escuta, dez/2003.

DELOSSI, M.E. **Entrevista pessoal realizada por Disete Devera**. Agosto 2003 e Dez 2004.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1989.

_____. Elementos da Metodologia Dialética. In: **Introdução à Metodologia Cientifica**. São Paulo: Atlas, 1995.

DEVERA, D. et al. **Reabilitação Psicossocial**: a experiência de Rio Claro. Monografia de especialização. São Paulo: USP/ SES-SP/Ministério da Saúde, 2001.

EGRY E.Y. **Saúde coletiva:** construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

FEREZ, O C., Vida e obra. In: NIETZSCHE, F. **Obras Completas**, São Paulo: Nova Cultural, 1996.

FIGUEIREDO, G. R. **A evolução do Hospício no Brasil.** São Paulo: Escola Paulista de Medicina – UNIFESP, Tese de doutorado. 1996.

FINK, B. **O sujeito lacaniano**: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M., **Doença mental e psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

_____. **Historia da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1993.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANÇA, S.A.M. **Diálogos com as práticas de Saúde Mental desenvolvidas na rede de saúde pública**. Tese de doutorado. São Paulo: PUC-SP, 1996.

FREUD, S. **O mal estar na civilização** (1930 [1917]). Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, vol. XXI.

_____. **Recordar, repetir e elaborar** (1912). Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, vol. XII.

_____. **Além do Princípio de prazer** (1920). Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, vol. XVIII.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, n.60, 2002.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico da planejamento em Saúde e Saúde Mental. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GIORDANO JUNIOR, S. **A persistência da higiene e a doença mental:** contribuições à historia das políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo**.** São Paulo: Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1989.

GOLDBERG, J.I. Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Clínica da Psicose:** um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá, 1996.

_____. **Cotidiano e instituição:** revendo o tratamento de pessoas com transtornos mentais em instituições públicas. Tese de doutorado. São Paulo: Universidade São Paulo,1996.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Código de Saúde do Estado:** Lei complementar 791, de 09/03/1995 de autoria do Deputado Roberto Gouveia. São Paulo: R. Gouveia, 1997.

_____. **Saúde no Estado de São Paulo:** compromisso com o cidadão. Secretaria de Estado da Saúde 1995-2002. São Paulo, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRA DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**: resultados do universo. Brasília: IBGE, 2003. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/ufs.php?tipo=31> . Acesso em 16 mar 2003.

INVERSO. Saúde Mental no SUS. Organização não-governamental. **Redes assistenciais do SUS**. Disponível em <www.inverso.org.br>. Acesso em 30 nov 2004.

KINOSHITA, R. T. Em busca da Cidadania. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. (orgs.). **Contra a maré à beira-mar:** a experiência do SUS em Santos. São Paulo, Scritta, 1996.

KONDER, L. **O que é dialética.** São Paulo: Brasiliense, 2000.

KUGELMANS, E. Políticas públicas na administração paulista 1946/77. In: **Administração paulista:** evolução institucional. Fundação do Desenvolvimento Administrativo. 5 (9). maio, 1985.

LACERDA, R. A. JOUCLAS, V. M. G.; EGRY, E.Y. **A face iatrogênica do hospital:** as demandas para o controle das infecções hospitalares. São Paulo: Atheneu, 1996.

L'ABBATE, L. Análise institucional e educação em saúde: **um diálogo produtivo. Boletim do Instituto de Saúde da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo: mimeo, S/D.**

LEFRÈVRE, F. et al. **O discurso do sujeito coletivo:** uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

LÖWY, M. **Método dialético e teoria política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

LUZIO, C. A subjetividade contemporânea: fragmentos de análises. **Perfil Revista de Psicologia**, vol.14, n 14, Unesp: Assis, 2003a.

_____ **A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes:** ressonâncias da Reforma Psiquiátrica**.** Tese de doutorado, UNICAMP: Campinas, 2003b.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, R. **Zaratustra:** tragédia nietzschiana, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1997.

MARX K.; ENGELS F. **A ideologia alemã** (Feuerbach). São Paulo: Ciências Humanas, 1982.

MARX, K. **Para a crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MATTIOLI, O C. **Método psicanalítico e pesquisa cientifica.** Revista de Psicologia Perfil, no. 13. UNESP: Assis, 2000.

MEDEIROS, T. Uma história da Psiquiatria no Brasil. In: SILVA FILHO, J. F., RUSSO, J. (orgs.). **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Relume-Dumarã, 1993.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Praxis em salud:** um desafio para lo público. Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social**. São Paulo: Vozes, 1992.

_____**. O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde**.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004, Série E – Legislação em saúde, n. 4, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Dados do Estado de São Paulo**. Disponível em www.datasus.gov.br. Acesso em 5 jan 2005.

_____. **Temas de Saúde Mental:** Textos básicos do curso de acompanhamento domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MORIN, E. Entrevista. In: **Idéias contemporâneas.** entrevista do Le Monde. Trad. Maria Lúcia Brumer. São Paulo, 1989.

MOURA NETO, F. D. Bases para uma reforma psiquiátrica. In: MARSIGLIA, R.G. et al. **Saúde Mental e cidadania**. São Paulo: Mandacaru, 1987.

NICÁCIO, F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos:** desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação de Mestrado. São Paulo: PUC, 1994.

_____. **Utopia da realidade:** Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental. Tese de doutorado. Campinas: Unicamp, 2003.

OLIVEIRA, N. da C. **A Reorientação das Ações de Saúde Mental na Secretaria de Estado da Saúde.** Dissertação de mestrado. São Paulo: PUC, 1988.

ONOCKO-CAMPOS. R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação. Campinas: Tese de Doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP: Campinas, 1998.

PITTA, A. M. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V. 43, n. 12, 1994.

_____. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

PITTA-HOISEL, A. M. **Sobre uma política de Saúde Mental**. São Paulo. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de medicina - USP, 1994.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO. Saúde Mental. In*:* **Relatório final da III Conferência Municipal de Saúde**. Rio Claro, 1997.

_____/Fundação Municipal de Saúde. **Coordenadoria de área específica do Programa de Saúde Mental**. Rio Claro, 1998.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente:** do desejo ao sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

RESENDE, H. Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA , N. do R. (orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstintucionalização: uma outra via. In: ROTELLI, F. et al. (coords.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

SANTOS, B.S. **A crítica da razão indolente:** contra o desperdício da experiência. vol. I. São Paulo: Cortez, 2002.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da Reabilitação Psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Tecorá, 1999.

_____. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR. DIR VII de Araraquara. **Avanços da Reforma Psiquiátrica na região da DIR VII – Araraquara.** Araraquara, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de Saúde Mental**. Divisão de ambulatórios de Saúde Mental / Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo: São Paulo, 1983.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Saúde mental 2001/2002:** plano de ação para o Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO / PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL. **Lutando por um existir pleno**. Rio Claro: mimeo, 1998.

SILVA, A. L. A. **O projeto copiadora do CAPS**: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997.

SILVA, O. **Vida de hospital:** a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional da saúde. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fio Cruz, 2002.

SOUZA, A. **Os discursos na psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

SPINK, M.J. (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

SUNDFELD, A C. **O desafio de conviver na diferença**: O saber-fazer nas equipes interdisciplinares de Saúde Mental. Dissertação de mestrado. Campinas: PUC - Campinas, 2000.

TEIXEIRA S.F.; MENDONÇA, M.H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S.F. (orgs.). **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo: Editora Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

TRIVINOS A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. Atlas: São Paulo. 1987

TUNDIS, S; COSTA, N. do R. (orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate.** vol. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

YASUÍ S. **A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico**. Dissertação de Mestrado. Assis: Unesp - Assis, 1999.

YUNEZ, J. **Políticas de saúde**: metodologia de formulação. Secretaria de políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

APÊNDICES

Apêndice 1. Solicitação de autorização para a Pesquisa

Apêndice 2. Termo de Consentimento

Apêndice 3. Questionários: Mapeamento da Rede de Atenção em Saúde Mental

Apêndice 4.

Tabela 1: Caracterização do Número de Municípios

Apêndice 5.

Tabela 2 : Caracterização dos municípios com Saúde Mental por nível populacional

Apêndice 6.

Tabela 3: Caracterização dos Municípios sem Saúde Mental por Nível Populacional

Apêndice 7.

Tabela 4: Caracterização dos Municípios por DIR

Apêndice 8. Tabulação Qualitativa

ANEXOS

Anexos 1. Autorização SES / SP

Anexos 2. Autorização do Comitê de Ética (FAMEMA)