

GEORGIA SOARES DE SORDI

**Agentes decisores e a formulação da política de saúde mental do município de
Campinas: 2001 – 2004**

Campinas

2010

GEORGIA SOARES DE SORDI

**Agentes decisores e a formulação da política de saúde mental do município de
Campinas: 2001 – 2004**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas para Obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva*

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria Canesqui

Campinas

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

De Sordi, Georgia Soares

D34a Agentes decisores e a formulação da política de saúde mental do município de Campinas: 2001 a 2004 / Georgia Soares De Sordi. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador Ana Maria Canesqui

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

Título em inglês : Decision-makers agents and the formulation of mental health policy in Campinas city:2001-2004

Keywords: • Mental health
• Policy formulation

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:
Profª. Drª. Ana Maria Canesqui
Profº. Drº. Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho

Data da defesa: 28-07-2010

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Aluno(a): Geórgia Soares de Sordi

Orientador: Prof(a). Dr(a). Ana Maria Canesqui


Prof(a). Dr(a). Ana Maria Canesqui


Prof(a). Dr(a). Sérgio Resende Carvalho


Prof(a). Dr(a). Laura Camargo Macruz
Feuerwerker

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 28/07/2010

Aos meus filhos: Brian e Eric

A todos aqueles que apostam na vida e que transmitem, de diversas maneiras, suas inquietações e reflexões. Com muitos pude aprender e partilhar...

Eu agradeço...

- ✓ a todos os agentes decisores entrevistados, pela confiança em mim depositada, sabendo da diversidade na maneira de interpretar os fatos, pela implicação com a atenção em saúde pública e saúde mental desse país.
- ✓ a Ana Maria Canesqui, pelo compromisso com a orientação e a transmissão de conhecimento, por apostar na diversidade dialógica dentro da academia e pela paciência com minhas dificuldades na elaboração dessa dissertação.
- ✓ a Luis Cecílio, Sérgio Resende Carvalho e Laura Macruz Feuerwerker que, com seriedade e carinho, pautaram essa pesquisa em suas agendas, apontando tanto suas potências quanto seus limites, promovendo diálogos instigantes na construção de saberes.
- ✓ aos meus amigos, que são tantos, com os quais partilho esse campo de conhecimento tão complexo que é o da subjetividade humana, onde aprendizado e troca são imprescindíveis em nosso cotidiano pessoal e profissional. Vale aqui nomear alguns deles, colegas há tanto tempo no Cândido Ferreira: Telma, Cássia, Emelice, André, James, Bianca, Patrícia, Veridiana, Rosana, Heloisa, Ricardo, Cleusa... são tantos nomes e afetos!
- ✓ ao Oki e Willians Valentini, comprometidos com a arte do cuidado...
- ✓ a equipe do Caps Esperança que, com sabedoria e coragem, enfrentam o dia a dia do cuidado, numa troca respeitosa entre si e com os usuários de saúde mental. Com eles muito tenho aprendido, inclusive a comemorar nossas pequenas conquistas!

- ✓ a Maisa (pós-graduação- Unicamp) e Priscila (Cândido Ferreira) que com suas eficiências facilitam o percurso acadêmico, promovendo o suporte necessário à realização dessa pesquisa.
- ✓ a Luciana, sempre solícita e competente, que muito me ajudou com as palavras, na elaboração e transmissão das idéias aqui produzidas.
- ✓ ao Marco Aurélio, a equipe de apoio institucional e trabalhadores da saúde vinculados ao Distrito de Saúde Leste, com os quais pude me lançar em novos desafios, mostrando-me a importância de uma atenção e rede qualificada em saúde pública. Agradeço a acolhida de meus devaneios para que juntos pudéssemos enfrentar os desafios de uma sociedade com tantos sabores e dissabores.
- ✓ aos meus mentores, do passado e do presente, que estão sempre investindo em novas abordagens de conhecimento e desafios. Cito alguns nomes: Maria Clotilde Rosseti-Ferreira, Cenise Monte Vicente, Emerson Merhy, Maurício Chakour, Gastão Wagner de Sousa Campos, Geraldo Romanelli, etc.
- ✓ à minha mãe, meu pai, meus irmãos, avôs e avós que me ensinaram a importância da construção de vínculos afetivos, bem como o respeito pelas escolhas de cada um.
- ✓ a minha irmã, Gal, com a qual partilho da mais profunda amizade e admiração pela sua aposta na *arte* que cada pessoa possa vir a desenvolver.
- ✓ a Marcelo, Brian e Eric, minha família, com quem continuo aprendendo e construindo novos modos de apreender a vida. A eles a minha mais profunda admiração.

Sumário

Folha de rosto.....	3
Ficha catalográfica.....	4
Banca examinadora do mestrado.....	5
Dedicatória.....	7
Agradecimento.....	9
Sumário.....	11
Resumo.....	13
Abstract.....	15
Abreviaturas.....	17
Introdução.....	19
1 Situando a pesquisadora e a pesquisa.....	19
2 Justificativas do estudo.....	23
Capítulo I: A pesquisa.....	27
1 Pressupostos do estudo.....	27
2 Objetivos.....	28
3 Abordagem teórica metodológica.....	29
4 Técnica e procedimento de coleta de informações.....	33
4.1 Agentes decisores.....	34
4.2 Coletas de informações.....	36
5 Procedimentos de análise.....	39

Capítulo II: A política de saúde mental no município de Campinas (1989 a 2000).....	42
1 Pilares da Reforma Psiquiátrica.....	42
2 Campinas no contexto brasileiro da reforma Psiquiátrica.....	47
Capítulo III: Agentes formuladores em relação à formulação das políticas de saúde mental do município de Campinas (2001 a 2004).....	62
1 Os agentes, funções e suas redes políticas.....	62
2 A formulação da política de saúde mental e identificação de problemas.....	74
3 A dinâmica dos processos decisórios.....	80
4 Concepções dos agentes sobre o modelo assistencial proposto.....	89
Capítulo IV:Alguns resultados da implantação da política.....	95
1 A rede de saúde mental do município.....	95
2 Fatores que facilitaram e dificultaram a política.....	103
Considerações finais.....	109
Referências Bibliográficas.....	120
Bibliografia.....	124
Anexos.....	127

Resumo

O município de Campinas possui uma rede assistencial densa e complexa na área de saúde mental, fruto de investimentos técnico-assistenciais e políticos, ancorados nas reformas psiquiátrica e sanitária. Desde a década de 1990, o município realiza um movimento de desospitalização e desinstitucionalização, visando a criação de uma rede assistencial articulada aos princípios do SUS e substitutiva ao manicômio. Dentro de um panorama histórico ampliado, no período de 2001 a 2004, foram formuladas novas políticas de saúde mental, havendo um incremento considerável na oferta da rede de cuidado.

O objetivo desta pesquisa é analisar a formulação da política de saúde mental no período acima citado, enfocando os principais agentes formuladores, assim como reconstruir o contexto das políticas nacionais de saúde mental como substrato à compreensão da política local. A formulação é uma etapa da política e os agentes, gestores da política local, peças fundamentais, na medida em que decidem qual é o modelo político/assistencial a ser implementado no município.

Nesta pesquisa, de cunho qualitativo, os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com os agentes decisores da formulação da política, tendo como fonte secundária documentos arquivados no Cedoc - Centro de Documentação, e alguns documentos cedidos pelos agentes decisores.

A análise de formulação contribuirá para a compreensão do modelo técnico-assistencial proposto pelos gestores, reconstruindo aspectos históricos inerentes ao processo de formulação/implementação das políticas e sua importância frente aos resultados alcançados pelo modelo assistencial empregado.

Palavras chave: saúde mental, formulação da política, agentes decisores.

Abstract

The city of Campinas has a dense and complex public mental health care network as a result of technical-assistance and political investments, anchored in the psychiatric and sanitary reform. Since the decade of 1990 the city has started a movement for the attention of patients outside hospitals and institutions, aiming to create an assistance network articulated to the principles of SUS and replacing the mental hospitals. In a panoramic history context, in the period from 2001 to 2004, new policies for mental health assistance have been formulated, with a considerable increase in the mental health care network.

The scope of this research is to analyze the public mental health care policy formulation during this period, focusing on the main actors, as well as to reconstruct the context of national public mental health care policies as a substrate for the comprehension of local policies. Formulation is one of the phases of policy implementation and the actors and administrators of local policies are fundamental parts of this process, since they are the ones who decide which choice of political/assistance model would be implemented in the city.

In this research, with a qualitative scope, data was collected through semi-structured interviews with the deciding agents of policies formulation, having as secondary source the documents from City Health Secretary (Secretaria Municipal de Saúde) archives of CEDOC (Center for Documentation of City Health Secretary), as well as some documents provided by the deciding agents.

The analysis of the policy formulation may help the comprehension of the mental health care model proposed by the administrators, reviewing historical aspects inherent to the process of formulation/implementation of policies and their importance to the results attained by the implemented assistance model.

Keywords: mental health, assistance network, policy formulation, deciding agents

Abreviaturas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CECO – Centro de Convivência

CEDOC – Centro de Documentação (Prefeitura Municipal de Campinas)

CETS – Centro de Estudo do Trabalhador de Saúde

CEVI- Centro de Vivência Infantil

CNSM – Coordenação Nacional de Saúde Mental

CRAISA – Centro de Referência Infantil

CRIAD – Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição

CS – Centro de Saúde

DR – Distrito Regional

DRS – Divisão Regional de Saúde do Estado

FUMEC – Fundação Municipal de Educação Comunitária

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAC - Núcleo de Atenção à Crise

NADEQ – Núcleo de Atenção a Dependência Química

NOBs – Normas Operacionais Básicas

NOT – Núcleo de Oficina de Trabalho

PUCC – Pontífice Universidade Católica de Campinas

SAI – Sistema de Informação Ambulatorial

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SSCF – Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Introdução

1. Situando a pesquisadora e a pesquisa:

Não há processos (políticos) sem sujeito (1). Circunscrevo esse pressuposto da ciência política como um dos meios possíveis para apreender a articulação entre o pesquisador e o objeto desta pesquisa. Não há história sem sujeito e não há sujeito sem história. Elejo essa frase, que tem a categoria de um axioma, como exemplar da busca dos homens pelos processos de compreensão das diferentes épocas, das transformações sociais, políticas e culturais, de fatos históricos que marcaram a história da humanidade; enfim, de todo o movimento de transformações do mundo que instiga os homens a apreendê-lo.

Vim para o município de Campinas ao ingressar no programa de Aprimoramento, em *Planejamento e Administração em Saúde Pública*, oferecido pela Universidade Estadual de Campinas. Cheguei com um histórico de graduação em Ciências Sociais e em Psicologia. Como a formação nas duas áreas, o envolvimento com a psicanálise foi também fundamental para minha vida profissional e pessoal - teve início ainda na graduação de psicologia, na medida em que me perguntava como um sujeito (marcado por soluções singulares frente ao seu mal estar na vida) se constitui diante de um coletivo que o cerca. Investigo esse campo, colocando-me também com objeto de investigação e buscas.

As elaborações conceituais nunca cessaram. Pelo contrário, somente imersa no campo prático da saúde pública, e especificamente da saúde mental possibilitado pela

parceria entre Unicamp, Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e Secretaria Municipal de Saúde, foi que pude arriscar a elaboração de conceitos numa tentativa de construir ferramentas de compreensão de uma prática clínica. Esse momento marcou o início de uma busca incessante de articulação entre a teoria e a prática, entre clínica e política, entre o sujeito e sua história. Esse processo não é e nunca foi linear. O recorte feito para a pesquisa, de enfoque nos **agentes decisores**, evidencia também meu interesse pelos sujeitos da história e sua relação, grosso modo, com os territórios de saber, de práticas de cuidado, e, de todo um arcabouço político e social - o território das implicações e desejos, que movimentam os seres humanos de modo geral.

Contudo, é sabido que uma política começa a ser formulada a partir de reflexões que se situam em diversos territórios de saber, sejam eles: concernentes aos problemas que uma dada sociedade enfrenta, princípios éticos que norteiam a elaboração de diretrizes políticas, ferramentas necessárias à prática de cuidado, etc. Essas reflexões estão também presentes em várias instâncias e atores sociais ligados, direta ou indiretamente, à prática assistencial. Esses aspectos são fundamentais à construção de um modelo técnico assistencial.

Isso posto, há um limite estrutural e estruturante do próprio campo investigado. Os atores são diversos no campo da política de saúde mental em Campinas, e a escolha para a pesquisa não situa os agentes decisores num grau de maior importância, e sim, como componentes relevantes, na medida em que faço esse recorte, da história da política do município, tanto micro quanto macro, sobre modos de compreender, negociar e estruturar a prática de cuidado em saúde mental, ao longo dos últimos 20 anos.

No período circunscrito à pesquisa, participei desse processo pelo viés da assistência, da prática de cuidado. Trabalhava no Hospital Dia, administrado pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira em parceria de co-gestão com a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas. No período estudado, o Hospital Dia se transformou em um Caps III (Centro de Atenção Psicossocial) com retaguarda noturna e migrou para outro bairro. Nesse contexto, participei como trabalhadora de fóruns abertos de discussão e negociação de práticas e modelos assistenciais, vivenciando os processos de implementação do modelo assistencial proposto e as negociações e tensões decorrentes entre os agentes decisores vinculados à Secretaria Municipal de Saúde e os trabalhadores ligados à prática assistencial. Acompanhei também a dicotomia (tensões) que foi se intensificando entre os serviços de referência vinculados à Secretaria Municipal de Saúde e os serviços vinculados ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

Já na atual gestão do município, exerci, ao longo de um ano, a função de apoio institucional vinculada ao Distrito de Saúde Leste da Secretaria Municipal de Saúde. Essa função foi um marco em minha vida profissional, na medida em que estive com os trabalhadores, tanto da rede básica quanto dos serviços de referência em saúde mental do Distrito, compartilhando articulações entre suas práticas clínicas e os processos de trabalho existentes frente às demandas vindas do campo assistencial e dos gestores. Por esse momento instigante, rico de criações e reinvenções no modo de pensar e estruturar a prática assistencial dos serviços e dos trabalhadores, com os quais pude aprender muito, deixo aqui registrado meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram, compartilharam e me acolheram nessa trajetória. Essa vivência suscitou meu desejo de coordenar um serviço de referência em saúde mental, um Caps (Centro de Atenção Psicossocial).

Atualmente estou na função de coordenação de um Caps III do município e exercito cotidianamente, junto à equipe de trabalho, o pensar e o repensar a prática árdua em saúde mental, na tentativa de construção de redes de cuidado para dentro e fora do serviço, a partir da escuta dos sujeitos em tratamento. Concomitantemente, pratico a psicanálise no consultório, o que também me remete à posição de aprendiz.

Enfim, esses movimentos fizeram parte de minha vida profissional e estiveram presentes no processo de construção do objeto desta pesquisa, bem como no modo de sua apreensão e na própria maneira de situá-la ao leitor. No capítulo I, apresento os pressupostos, objetivos e a metodologia do estudo. Nele também estão algumas considerações da pesquisadora em campo, na realização das entrevistas com os agentes formuladores da política nos anos de 2001 a 2004. No capítulo II, faço uma breve reconstrução da política de saúde mental no município de Campinas e sua relação com o panorama da reforma psiquiátrica e com a política federal de saúde mental. Situo também uma parceria (co-gestão) realizada entre a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, firmada em 1990. Esses aspectos foram fundamentais à construção da singularidade da rede de saúde e de saúde mental do município, além de fazerem parte da própria abordagem do estudo. Já no capítulo III, trago a relação dos agentes decisores com a formulação da política: seus perfis profissionais, suas concepções sobre o modelo proposto, e seus espaços de formulação e negociação. No penúltimo capítulo, faço algumas considerações sobre modelo técnico-assistencial implementado, as dificuldades e facilidades encontradas, apresentando o incremento (aumento da oferta de serviços) da rede assistencial de saúde mental do município. O último capítulo é a discussão e a conclusão do estudo.

2. Justificativas do Estudo

Desde a década de 70 do século passado, sob a égide da Reforma Psiquiátrica no Brasil com os movimentos sociais, o campo da saúde mental vem se constituindo como área de interesse técnico-assistencial, social e política. Com a virada do século, o ideário da Reforma - a proposição de mudança do paradigma assistencial - se consolida como marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial (2). Muitos foram os avanços políticos na área, bem como a necessidade de pautar discussões concernentes tanto à implementação da nova política, quanto aos desafios suscitados pelo novo modelo técnico-assistencial. Em consonância com a Reforma Sanitária e amparado por ela no processo de descentralização do SUS, cada município organizou, segundo suas peculiaridades sócio-políticas, sua rede assistencial de modo a garantir, concomitantemente, os princípios do SUS e da Reforma.

Na década de 90, alguns municípios do Brasil começaram experiências de construção de redes assistenciais baseadas nos ideários da Reforma Psiquiátrica. No Estado de São Paulo, logo após a I Conferência de Saúde Mental em Bauru (1987), três municípios, cada um à sua maneira, iniciaram discussões acerca dos princípios preconizados pela Reforma, numa tentativa de implementar uma rede assistencial que visava o processo de desospitalização dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos (manicômios) e a tentativa de criação de uma rede substitutiva a eles.

Campinas, sob a gestão do PT, foi um desses municípios a incluir a saúde mental na agenda de governo. Começou a estruturar uma rede que, apesar de não ser substitutiva ao manicômio (3), trouxe avanços na área na medida em que iniciou um processo de desospitalização e a criação de novos serviços (moradias assistidas), bem como a inserção de profissionais da saúde mental na rede básica (4).

Mesmo em épocas em que os incentivos, tanto financeiros quanto de formulação de políticas públicas, foram reduzidos no campo da saúde mental (seja pelo gestor municipal ou federal), Campinas nunca teve sua rede assistencial desconstruída, mantendo e inovando ações na sustentabilidade de um panorama favorável à garantia de certas diretrizes – principalmente quanto aos direitos dos pacientes e na qualificação de serviços que visavam a sustentação de uma prática assistencial alternativa ao manicômio.

O investimento na área da gestão e formulação de políticas públicas sempre fez parte da história desse município, desde a década de 70. Nos anos 90, duas grandes universidades, uma estadual e outra particular, estabeleceram parcerias entre sistemas de ensino e o campo técnico assistencial na rede pública de saúde, impulsionando mudanças importantes na rede municipal, o que até os dias de hoje, tem sido uma característica marcante na cidade. Pensar a gestão, processos de trabalho, práticas assistenciais, controle social, dentro das equipes, em cursos, supervisões, grupo de estudos etc., articulados às linhas de diretrizes do SUS, alimentou reflexões na construção de um arcabouço teórico e político do município. Nesse sentido, a permeabilidade entre o campo assistencial e de gestão foi construída de maneira própria, sendo entendida como um território de práticas que se articulam entre si. Os atores (gestores e cuidadores) sempre transitaram nesse

campo, podendo ocupar funções diferentes conforme as conjunturas históricas e políticas de cada um em relação ao palco político da cidade.

São muitos os fatores que estruturaram e estruturam os campos da prática assistencial e político da rede de saúde pública de Campinas. E não é escopo dessa dissertação esmiuçar a riqueza desse cenário. Porém, o investimento no pensar a rede de cuidado tanto na micro (para dentro dos serviços, nas supervisões, nos núcleos de saúde coletiva, etc.), quanto na macro política (nos Conselhos Distritais e Municipais, nas agendas dos gestores no plano da Secretaria, etc.) movimentou um cenário rico em que a formulação de problemas se fazia presente e as negociações entre os diversos atores, necessárias.

Portanto, o campo mais específico da saúde mental sempre esteve atrelado ao panorama amplo da saúde pública. Algumas peculiaridades porém, foram se construindo na rede de cuidado em saúde mental, como a inserção de profissionais especialistas na rede básica (centros de saúde), construções de serviços de referências e uma co-gestão iniciada em 1990 com a instituição filantrópica Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, que se perpetua até hoje. Os atores são diversos, com diferentes vínculos trabalhistas, transitando por instituições de ensino e imersos na prática assistencial e de gestão.

São anos de práticas e vivências ancoradas na atenção ao portador de sofrimento psíquico. Mais do que situá-las como práticas inovadoras e sim como um campo de atuação em que problemas e tensões se fizeram presentes, a rede assistencial movimentou-se, segundo contextos históricos e políticos específicos (local e nacional), num pulsar heterogêneo, rico de impasses, resistências, criações e tensões.

Atualmente, o município de Campinas possui uma rede densa e complexa quanto à oferta e articulação entre os diversos serviços assistenciais nessa área. Como já mencionado, essa articulação foi fruto de uma história ampla, não linear e rica em experiências e atores diversos. Frente a esse cenário, a gestão de 2001 a 2004, período estudado nessa pesquisa, trouxe como uma das características o incremento da rede assistencial, aumentando a oferta de serviços (Centros de Atenção Psicossocial) que visam à substituição da internação psiquiátrica como forma de tratamento.

Ter uma rede capaz de se articular, segundo as demandas e necessidades de cada caso, de cada pessoa em sofrimento psíquico, além de ser fundamental, é um desafio à garantia e restituição dos direitos à cidadania e, mais especificamente, à noção de tratamento, entendido como dispositivo necessário para que os sujeitos possam encontrar outras saídas para seu sofrimento psíquico. Trilhar a formulação da política de saúde mental de Campinas, no período mencionado, pode ajudar à compreensão dos pilares que sustentam a elaboração, criação e articulação de redes de cuidado, lembrando que o processo de cada município é algo particular que se constitui em relação ao contexto local e de suas relações com a política nacional de saúde.

O “como” de um pensamento é
seu nascimento frágil,
é seu valor durável.
(Michel Foucault)

Capítulo I: A pesquisa

1. Pressupostos do estudo

Como afirma Vianna (1) “não há processos sem sujeitos”; ou seja, sem um conjunto de atores decisores portadores de determinado perfil (sócio, econômico e político) e de um conjunto de concepções, visões e ideias sobre uma determinada política, seus propósitos e modelo assistencial. Este estudo tem como pressuposto que os atores sociais e políticos são fundamentais para o entendimento de decisões tomadas em cada área, na medida em que uma política, para obter êxito, deve contar com o apoio e adesão dos agentes decisores, e também sua articulação com os espaços decisórios da política local repletos de consensos ou de conflitos em torno da política e de suas prioridades.

Lembrando que Campinas possui uma rede densa de saúde mental e que, na gestão de 2001 a 2004, observou-se um investimento intenso na formulação de políticas de saúde mental, em que medida os atores decisores foram importantes nesse processo, considerando o contexto municipal das políticas públicas de saúde?

2. Objetivos

2.1 Objetivos gerais:

- analisar a formulação da política de saúde mental em Campinas no período de 2001 a 2004, enfocando os principais agentes formuladores.
- reconstituir o contexto da política nacional de saúde mental como substrato à compreensão da política local naquele período.

2.2 Objetivos específicos:

- caracterizar os atores envolvidos no processo de formulação, do ponto de vista sócio-econômico e político.
- analisar os conteúdos das propostas de formulação da política de saúde mental, segundo as concepções de seus principais agentes formuladores.
- caracterizar algumas especificidades do modelo de atenção da saúde mental do município quanto às concepções de tratamento e a articulação da rede de cuidado, no plano da formulação.
- analisar alguns resultados da implantação da política, por meio de indicadores selecionados.

3. Abordagem teórico metodológica.

Lemieux define políticas públicas como “tentativas de regular situações que apresentam problemas públicos, situações essas afloradas no interior de uma coletividade ou entre coletividades ”(5). Segundo Viana (1), aquele autor contribui aos estudos sobre políticas na medida em que dá ênfase ao aspecto da *regulação*, inerente a uma ação pública, entendendo que as tentativas de regular assuntos públicos comportam decisões com alto grau de interdependência, que podem ser agrupadas, em três processos distintos: emergência, formulação e implementação.

Atualmente, as investigações sobre políticas de saúde tendem a explicar a formulação/implementação sob aspectos multicausais, “identificando questões não só de ordem econômica e política, como também de natureza institucional e cultural” (1). Não obstante, o Estado tem um papel preponderante nas políticas de proteções sociais modernas, na medida em que as políticas públicas são expressões de um tipo de intervenção estatal, associadas a valores de cidadania e equidade, no caso do Sistema Único de Saúde. Ao considerar múltiplas causas na formação dos modernos sistemas de políticas públicas, as análises da formação de seus diferentes tipos devem combinar os instrumentos clássicos das análises contextualista, institucionalista e política. Grosso modo, os autores contextualistas buscaram suas explicações na estrutura socioeconômica, destacando “o processo de industrialização e/ou modernização, ou a lógica do processo de acumulação capitalista como sendo os fatores explicativos para o surgimento das novas necessidades no terreno das políticas públicas” (1). Já os institucionalistas enfatizam os processos decisoriais e organizacionais do aparato público e os ambientes culturais e institucionais da

política pública. E, na vertente das análises políticas, os autores “tentavam elucidar a formação dos sistemas de proteção social pelo sistema político através da análise das relações de poder, do papel dos partidos políticos e da relação capital/trabalho” (7).

Para Ferrera (6), as crises das políticas públicas, a emergência do conflito entre novas demandas e as velhas soluções põem em marcha a mobilização de atores em três arenas (socioeconômica, institucional e política), traduzindo-se numa coalizão política portadora de um projeto institucional, referendado por um momento de “esclarecimento” político.

O momento em que uma política é formulada, materializando-se em planos e projetos, está imbricado ao ambiente econômico-social e à lógica redistributiva em que se conformam coalizões ocupacionais, estruturadas a partir de vários interesses, e ao ambiente da política pública e à lógica cultural-institucional. “A mobilização dos atores – em um processo de competição política – envolve as categorias ocupacionais, as classes sociais, as associações e grupos de várias naturezas (sindicatos, igreja, e outros tipos de associações), partidos, movimentos culturais, intelectuais, burocracias, parlamentos e governo” (1).

Segundo Vianna (1), não se pode prescindir, numa investigação em políticas públicas, e mais especificamente, nos seus momentos decisórios, dos atores sociais que fizeram parte desse processo. Eles intervêm nas três fases da política (emergência, formulação e implementação) de “forma diferenciada e com pesos específicos, assim como a própria máquina estatal e os critérios e estilos de decisão também se comportarão de forma diversa” (1). Nessa perspectiva, o estudo demonstra a importância dos atores

participantes do processo de fazer política, ou seja, como os diferentes atores e forças sociais se inter-relacionam formulando novos problemas e soluções.

Sabe-se que a organização de nossa sociedade não garante o convívio e a inserção do paciente psiquiátrico; tampouco garante, espontaneamente, a viabilização do processo da reforma psiquiátrica, sendo imprescindível, portanto, a participação das várias instâncias da máquina governamental, incluindo as instâncias parlamentares e jurídicas, bem como a participação dos atores da sociedade civil. De fato, muitas leis foram criadas como efeito dos movimentos no campo da saúde mental e das novas necessidades surgidas, conforme se implementava a reforma psiquiátrica. Da mesma forma, sabe-se também que somente as leis não garantem o exercício dos direitos. Isso posto, a maneira como cada município faz a gestão e a implementação das diretrizes da reforma, de acordo com os aspectos institucionais, políticos, jurídicos e econômicos vigentes, dispara processos de construção de modelagens singulares das redes de cuidado.

A constituição do campo da saúde mental no município de Campinas começa a se definir de modo mais consistente a partir de uma ação governamental que se dá no período de 1989 a 1992 (3) (4). De forma não linear, com todas as dificuldades engendradas pela implementação e sustentação de uma rede efetiva em saúde mental, Campinas caracteriza-se por ser um município que alocou parte considerável de seu orçamento de saúde no campo da saúde mental. O investimento ao longo dos anos, nos diversos governos, nem sempre foi homogêneo. Porém, houve períodos em que, do ponto de vista da política de saúde na área, esse campo tornou-se pauta do governo municipal que formularam e implementaram diretrizes. O período de 2001 a 2004 foi um deles. O efeito dessa gestão foi verificado na prática: vários serviços novos foram implementados, seguindo a diretriz do

Ministério de Saúde. No plano da política de saúde governamental federal, esse período caracterizou-se como uma fase de expansão nas políticas de saúde mental (3), facilitando algumas ações municipais na área. São vários os fatores responsáveis pelo interesse de um governo em determinada área, assim como em todo o processo de formulação e decisório de uma política. Circunscrever alguns pontos desse processo pode ajudar a elucidar alguns fenômenos que contribuíram na consolidação de uma rede complexa e densa na área.

Do ponto de vista institucional, o ambiente da Secretaria Municipal de Saúde, o organograma, os espaços de discussões em que os problemas são levantados e as políticas formuladas, os atores envolvidos no processo, as coalizões necessárias, as pautas agendadas, são fundamentais à compreensão dos espaços decisórios da formulação das políticas.

A identificação dos atores sociais, suas ideologias e filiação partidária, a implicação com a temática, sua ocupação, a concepção do SUS, da Reforma Psiquiátrica e do modelo assistencial em saúde mental, contribuem à formulação de políticas de saúde mental do município e à articulação de uma rede assistencial.

O município de Campinas como um caso singular no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira no início da década de 90, e o panorama geral das políticas de saúde mental do Ministério de Saúde, são fatores importantes às novas formulações das agendas políticas no município no período estudado. Portanto, a abordagem aplicada neste estudo utiliza de aspectos das abordagens contextualista e institucionalista, considerando os aspectos inerentes aos atores sociais em relação aos processos decisórios e organizacionais

do aparato público, mas relacionando-os também ao panorama político e assistencial da saúde mental no município.

4. Técnicas e procedimentos da coleta de dados

São vários os caminhos a serem trilhados nos estudos de políticas públicas. Circunscrever a etapa da formulação como uma escolha de objeto permite analisar diversos fatores inerentes ao processo político de um governo, dos atores, bem como compreender aspectos do processo político e do modelo assistencial proposto. Neste caso, o modelo da saúde mental do município de Campinas e sua relação com o panorama político da reforma psiquiátrica mundial e brasileira são relevantes para a compreensão dessa política. Os agentes decisores do processo político de formulação são peças fundamentais na medida em que são os agentes/sujeitos responsáveis pela viabilização e negociação das políticas públicas no nível central de um governo.

Dessa forma, a atuação desses atores sociais, que decidem qual é a escolha do modelo político/assistencial a ser implementado no município, está diretamente relacionada à compreensão que possuem acerca das concepções da reforma psiquiátrica e sua articulação com novos requerimentos de remodelagem da rede assistencial vigente, de acordo com os problemas levantados.

Os atores, agentes da história, são sujeitos singulares e coletivos. Na medida em que cada sujeito nasce dentro de um(s) coletivo(s) que o preexiste, fazendo parte inerente de sua história, pode-se visualizar em parte este coletivo por meio da narrativa de um indivíduo. O indivíduo é um fenômeno social (1), não esquecendo que, a singularidade de cada um, de cada sujeito, reflete-se em suas ações, e é tão fundamental a um fenômeno social quanto o coletivo (com seus valores, ideologias, comportamentos e arranjos sociais) que o circunda.

Portanto, são os agentes decisores as fontes diretas de informação desta pesquisa, sendo que as indiretas incluirão documentos arquivados na prefeitura sobre a política e informações sobre a rede assistencial de saúde mental que serão importantes na análise do modelo de atenção proposto.

4.1 Agentes Decisores

Entendem-se como atores do processo de formulação da política de saúde mental todos aqueles que atuaram e atuam no campo da práxis em saúde mental, construindo e articulando saberes para se produzir cuidado e que, desta forma, estiveram ou estão implicados (direta ou indiretamente) na elaboração de novas políticas na área. Porém, como sujeitos deste estudo, optou-se por circunscrever os agentes que exerceram cargo de coordenação de saúde mental junto à Secretaria de Saúde do município de Campinas, participando diretamente dos processos **decisórios** da formulação da política de saúde mental no período investigado.

Na gestão de 2001 a 2004, alguns cargos compunham o nível central da Secretaria, tais como os assessores de áreas específicas (saúde mental, do adulto, da criança etc.) nomeados de coordenadores. A Secretaria era dividida por cinco Distritos de Saúde (norte, leste, noroeste, sudoeste, sul), sendo cada um deles responsável pela atenção integral da saúde dos usuários de determinada área geográfica. Cada distrito era composto por um diretor, apoiadores institucionais e por serviços assistenciais - unidades básicas, prontos atendimentos, serviços de referências especializados etc. Essa divisão era uma maneira de organizar a rede de saúde do SUS.

Cada distrito continha cerca de dez apoiadores que, juntamente com o diretor distrital, articulavam as diversas demandas da rede de saúde do território, numa tentativa de garantir o bom funcionamento da rede SUS, segundo suas concepções e diretrizes. Dentre os apoiadores de cada distrito, um deles atuava especificamente em saúde mental.

Os agentes decisores circunscritos neste estudo foram: os secretários de saúde em exercício (2 agentes), os coordenadores de saúde mental (2 agentes), os apoiadores institucionais do programa nos cinco distritos de saúde do município (5 agentes), o diretor clínico do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (1 agente) e o diretor financeiro da mesma instituição (1 agente). Justifica-se a inclusão dos dois últimos agentes por sua importância no processo de co-gestão entre o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e a Prefeitura de Campinas mediante convênio desde 1990.

Efetivamente, desses agentes identificados, três deles não participaram da entrevista por diversos motivos, mas a maioria pelo fato de não mais residirem na cidade. O secretário de saúde que substituiu o primeiro secretário não foi entrevistado, da mesma forma que um

apoiador institucional (o da região sudoeste) e o superintendente do Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira.

Esses agentes foram identificados pela consulta da documentação arquivada no Centro de Documentação da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com as informações dos gestores desse período e que atuam na rede de saúde mental do município até hoje. O contato com eles foi feito por e-mail ou telefone. A pesquisadora, por trabalhar na área de saúde mental, teve acesso a algumas informações que facilitaram os contatos. Primeiro foram explicados os propósitos do estudo, apresentando o termo de consentimento e, quando aceita a participação, solicitava as assinaturas.

4.2 Coletas das informações

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semi-estruturadas com aqueles agentes. A entrevista é considerada nas Ciências Sociais a forma mais antiga e difundida de coleta de dados (7). Segundo a autora, a narrativa, o relato oral, quando transcritos são considerados documentos semelhantes a um texto escrito. Os depoimentos orais registram a experiência efetiva dos narradores, bem como suas tradições, crenças, e seus modos de ver/compreender os fatos históricos; nesse sentido, o objeto de estudo pôde ser apreendido através dos depoimentos.

Entrevistar os agentes, buscando as informações necessárias ao escopo desta pesquisa, implicou à pesquisadora conduzir as entrevistas de modo que os depoimentos dos

narradores estivessem em consonância com suas vivências, memórias e interpretações dos fatos. As entrevistas foram feitas a partir de um roteiro (Anexo1) que orientou a pesquisadora na sua condução, considerando alguns aspectos inerentes ao diálogo/interlocução. Foram eles: a interpretação do narrador quanto àquilo que lhe foi perguntado e conseqüentemente o recorte escolhido por ele ao responder; a formulação de outras perguntas e esclarecimentos que a pesquisadora considerou necessários à apreensão do objeto; a posição de diálogo da pesquisadora visto ser ela o interlocutor, e sua condição de trabalhadora da saúde mental do município, condição favorável, na medida em que, como atuante do campo, pode mais facilmente ter acesso às informações e compartilhar afinidades e interesses com o tema.

“O que todo programa de história oral tem de mais precioso é a possibilidade de reconstituir a história através de múltiplas versões, captar a lógica e o resultado da ação através de seu significado expresso na linguagem do ator; ou seja, desvendar o jogo completo das ideologias com a ajuda dos instrumentos que nos são oferecidos pela própria ideologia” (8)

O roteiro de entrevista (Anexo 1) contém as seguintes informações: identificação dos entrevistados, variáveis demográficas, ocupacionais, formação educacional, tempo de gestão, filiação política e partidária, cargos administrativos. Os demais dados do roteiro envolvem a especificação da formulação da política de saúde mental dos pontos de vista de seus conteúdos, propósitos, relações intergovernamentais, processos decisórios de identificação de problemas e seleção de alternativas políticas decisórias, mudança e resultado das políticas e fatores facilitadores ou de resistência às políticas decididas e modelo de atenção proposto. Incluiu-se ainda informação sobre a opinião do entrevistado em relação ao modelo assistencial adotado e os problemas identificados.

O momento da entrevista foi fundamental no processo de coleta de dados. Como já mencionado, o fato de a entrevistadora e o entrevistado se conhecerem, pois atuavam diretamente na rede de atenção em saúde mental do município, possibilitou um diálogo rico em afetos, lembranças e críticas (*stricto sensu*) do período. Os entrevistados retomaram suas vivências comparando-as, por muitas vezes, com o momento atual e com o rumo tomado pela formulação/implementação da política, nas gestões posteriores ao período estudado. Essa maneira de se colocarem frente às questões possibilitou, em alguns momentos, uma nova apreensão do momento histórico.

No decorrer de cada entrevista, a entrevistadora baseou-se, além do roteiro, também em questões e impasses suscitados pelos entrevistados, que, ao serem detectados, passaram também a nortear o diálogo, numa tentativa de verificar as diferentes maneiras dos agentes decisores em apreender alguns conteúdos: suas consonâncias, divergências, interesses etc.

A segunda fonte de informação foi documentária, isto é, fontes indiretas de registro das atas de reuniões, planejamento e discussões sobre políticas de saúde mental. Alguns desses registros foram arquivados no Cedoc (Centro de Documentação da Secretaria Municipal de Saúde). Porém, não foram suficientes para apreender a dinâmica da construção do modelo de formulação. Não obstante, ao longo do processo das entrevistas e pesquisa, verificou-se a existência de vários materiais que compunham o arquivo pessoal de alguns gestores, que foram disponibilizados para a pesquisa. Outras informações provenientes da Secretaria Municipal de Saúde (como sites, programas específicos etc.) e algumas teses publicadas sobre a saúde mental do município foram também consultadas como fontes de informação. O acesso a essas fontes possibilitou mapear a formulação, assim como obter especificidades do modelo de atenção à saúde mental, da possível

desospitalização obtida e de alguns resultados da implantação da política através de indicadores selecionados: comportamento da oferta de cuidado quanto à ampliação ou redução de tipos de serviços assistenciais e de apoio.

5. Procedimentos de análise

Esta pesquisa é de natureza qualitativa. Entende-se como pesquisa qualitativa “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (9). Os métodos desses tipos de pesquisa podem ser interpretativos, compreensivos e históricos e bastante adaptados aos estudos das ciências humanas, embora não excluam os métodos quantitativos (10)

Turato (10) ao abordar a concepção da pesquisa qualitativa, ressalta que o interesse do pesquisador é “a significação que as coisas ganham, ou melhor, as significações que um indivíduo em particular ou um grupo determinado atribuem aos fenômenos da natureza que lhes dizem respeito” (10). O indivíduo ao narrar os “fatos” baseia-se em sua memória e experiências, apreendendo a realidade à partir de sua interpretação.

As informações coletadas tanto das entrevistas quanto dos documentos pertinentes ao conteúdo de formulação foram analisadas por meio da técnica *Análise de Conteúdo Temático*.

“A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material.” (9)

Segundo essa autora, a primeira etapa dessa análise consiste na exploração do material, retomando as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, visando a elaboração de indicadores que orientam o pesquisador na compreensão do material e na interpretação final. Nesse sentido, os dados coletados foram organizados segundo os seguintes elementos:

- Perfil dos atores/decisores quanto a formação universitária, filiação partidária, ideologia política, atividade ocupacional, história política e profissional.
- Concepções do modelo político e assistencial no campo da saúde mental.
- Identificação de problemas e demandas concernentes ao tratamento do sujeito em sofrimento psíquico, funcionamento da rede assistencial e as propostas/soluções formuladas pelo grupo decisor.
- Alternativas de formulação de política pública de saúde mental do município
- Dificuldades encontradas, possíveis divergências e consensos, e os espaços políticos necessários à negociação e à articulação dessas políticas.
- Concepções próprias, singulares de cada agente com relação a esses eixos e ao modo de compreender o “fazer” político.
- Inovações e aspectos singulares à construção das políticas públicas de saúde mental do município de Campinas.

De acordo com a análise temática de conteúdo, na segunda etapa de exploração do material, a atenção foi voltada aos conteúdos e sua classificação para atender o objeto da investigação. Na terceira etapa foi feita a interpretação desses conteúdos, visando reconstituir os elementos históricos, contextuais e de significação para os sujeitos entrevistados sobre a formulação da política de saúde mental do município.

A análise das entrevistas juntamente com a análise documental pode demonstrar alguns resultados da implementação da política através de alguns indicadores levantados: a composição da oferta assistencial, contratações de trabalhadores de diferentes categorias (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermagem etc.), números de serviços disponíveis. Esses resultados puderam ser evidenciados mediante comparação desses indicadores entre o último ano da gestão anterior (2000) e o último ano da gestão estudada (2004).

Essa pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

Non so Che cosa sia la follia

Può essere tutto o niente

È uma condizionale umana

(F. Basaglia)

Capítulo II: A política de saúde mental no município de Campinas

O ano de 1990 foi um marco na história das formulações/implementações das políticas de saúde pública e saúde mental no município. A contextualização dos princípios e diretrizes das políticas de saúde mental e da rede assistencial, no período de 1989 a 2000, auxilia a compreensão das novas formulações elaboradas na gestão de 2001 a 2004.

1. Pilares da Reforma Psiquiátrica e a construção do campo da saúde mental.

Ter **direito** abre a possibilidade de garantias, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, e a sustentabilidade dessas garantias envolve uma ampla gama de articulações, tensões e armadilhas. Do ponto de vista do que pode ser observado, grupos se articulam em defesa de ideais, e direitos são defendidos, no compasso em que eles são reconhecidos pela sociedade como fruto do exercício de cidadania e democracia, podendo repercutir na formulação ou reformulações das políticas sociais.

A saúde como direito de todos e dever do Estado - direito consolidado pela Constituição Federal de 1988 - é o efeito de várias concepções e movimentos sociais vinculados à saúde, que se mobilizaram nesse sentido, apontando para a necessidade de mudanças nas diretrizes da política de saúde que resultaram na formulação do SUS.

Esse movimento social e político, nomeado de Reforma Sanitária, articulou-se, desde a década de 70, contrariamente à política privatista de saúde e em prol do reforço ao sistema público de saúde; e, nos anos mais recentes posicionou-se contrariamente ao projeto neoliberal para a saúde.

Como resultado, o **direito à saúde** foi estendido. Tornou-se necessário adicionar à vertente do direito as palavras **universalidade, integralidade e equidade**. São princípios fundamentais à sustentação do SUS, do direito ao cuidado, que se imbricam nas tramas sociais e nos serviços que são idealizados, projetados, para fazer valer a ideia, para assistir, para intervir naquilo que se apresenta como problema para todos os indivíduos com direito à saúde. Foram necessárias então diretrizes para viabilizar a garantia desses princípios: a descentralização dos municípios e o controle social.

O campo do direito está intrinsecamente ligado ao campo da política. “Política é a convivência com o diferente, é agir em um mundo de interesses diversos, de conflitos, disputas, alianças” (11).

Segundo Yasui (11), tanto a Reforma Sanitária quanto a Reforma Psiquiátrica são processos políticos que interrogam a relação entre Estado e Sociedade Civil. Configurando-se como movimento social e político, a ação dos protagonistas desses dois processos não se restringiu ao campo da saúde, estendeu-se ao contexto histórico de lutas contra a ditadura

num processo político de transformação social. Esses processos de renascimento dos movimentos sociais e de redemocratização do país ocorreram no Brasil na segunda metade da década de setenta.

A Reforma Psiquiátrica

(...) se refere a um processo social complexo caracterizado por uma ruptura aos fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, pela produção de saberes e fazeres, que se concretizam na criação de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico e que buscam construir um novo lugar social para a loucura. (11)

Passaram-se cerca de 40 anos desde os primórdios da Reforma Psiquiátrica em alguns países como Itália, Estados Unidos, França e Inglaterra, com repercussões no Brasil. Visto como um processo social complexo, como nomeia o autor acima, esse movimento foi norteado por alguns marcos teóricos e políticos.

Dentre vários países que protagonizaram mudanças no modo de conceber e operar o tratamento do “louco”, a Itália realizou uma das mais relevantes Reformas Psiquiátricas, influenciando diretamente o contexto brasileiro. Tendo como grande protagonista Franco Basaglia, pensador e psiquiatra italiano, a Itália experienciou transformações no âmbito da assistência clássica em psiquiatria, sendo que em 13 de maio de 1978 foi aprovada no Parlamento italiano a lei 180 da Reforma Psiquiátrica. Vulgarmente chamada de lei Basaglia, preconizava a abolição dos hospitais psiquiátricos, ampliando conseqüentemente possibilidades de diálogos a respeito de novas maneiras e entendimentos quanto ao modelo de tratamento a ser escolhido e viabilizado ao portador de sofrimento psíquico.

Não cabe aqui aprofundar os percalços de um movimento que resvala em outros países, incluindo novos agentes sociais e diversificando experiências no tocante à assistência em saúde mental. Mas o fato de Basaglia, no início de sua vida profissional, em 1961, ter assumido a direção de um grande Hospital Psiquiátrico situado na cidade de Gorizia foi marcante e decisivo na elaboração do movimento da Reforma Psiquiátrica italiana. Enquanto ocupou o cargo, promoveu ações diretamente ligadas à maneira de conceber e tratar o “louco”, denunciando maus tratos, dialogando com seus pares numa tentativa de quebrar o paradigma clássico psiquiátrico, inovando novas formas de cuidado inspiradas nos modelos das comunidades terapêuticas de Maxwell Jones (Escócia).

“Un malato di mente entra nel manicomio come ‘persona’ per diventare una ‘cosa’. Il malato, prima di tutto, è una ‘persona’ e come tale deve essere considerata e curata (...) Noi siamo qui per dimenticare di essere psichiatri e per ricordare di essere persone” (12)

Uma frase impactante como esta mostra o efeito da experiência profissional de Basaglia, bem como sua responsabilidade enquanto psiquiatra e agente transformador de práticas assistenciais normatizadas pela psiquiatria de sua época. Em vários de seus escritos, Basaglia denunciou o lugar de poder que os trabalhadores (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais) detêm em relação aos pacientes (o psiquiatra ocupando o topo da rede de poder), responsabilizando-os pela manutenção do *status quo* de uma psiquiatria que opera na violência, ao mesmo tempo em que os convocava como agentes capazes de suscitar transformações na atenção ao portador de sofrimento psíquico. Em 1973, Basaglia fundou o movimento da Psiquiatria Democrática. Verificou-se a riqueza da história do movimento político e social da reforma italiana, na medida em que suas

diretrizes possibilitaram a consolidação de uma nova prática assistencial que vem sendo nomeada de saúde mental.

O fechamento dos manicômios enquanto uma das diretrizes desse movimento implicou e implica um processo de desinstitucionalização, para além da desospitalização de pacientes, e dessa forma envolve desconstruções (13). São várias as desconstruções necessárias nesse campo: a do saber psiquiátrico clássico, que situa o louco como objeto fictício, na medida em que a doença existe “sem o sujeito de sua experiência” (13); a da hegemonia dos manicômios como forma de tratamento, produzindo desobjetivação/objetivação dos internos mediante suas práticas e dinâmica relacional (14); e a desconstrução de um ideário de loucura, em que os trabalhadores passam a agir num contexto ético/político da família e da comunidade, numa busca de transformar e garantir direitos de cidadania ao paciente psiquiátrico. Essas desconstruções, segundo Amarante (13) possibilitam novas abordagens de tratamento na medida em que o doente é visto em sua experiência concreta de sofrimento

(...) A desinstitucionalização é esse processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (13).

À saúde mental, a tarefa está dada: propiciar a extinção dos manicômios e criar uma rede assistencial substitutiva, tentando garantir que aquele que sofre possa continuar convivendo com a comunidade da qual faz parte, podendo exercer seus direitos de cidadania e preservando sua singularidade. Seguindo os passos de Franco Basaglia, a

Reforma Psiquiátrica deve se comprometer com a formulação de novas políticas de saúde mental e com a ética de cuidado que envolve a prática nesse campo. Ao criticar as comunidades terapêuticas de Nova York, Basaglia (15) reforça sua visão política e ética da Reforma quando afirma que a inclusão do “louco”, dada somente pelo aumento da tolerância social, negando a relação dialética entre ele e o outro (funcionário, família, comunidade), é um maquiamento da verdadeira reabilitação psicossocial.

2. Campinas no contexto brasileiro da reforma psiquiátrica (1989 a 1999)

Retomando Yassui (11), a Reforma Psiquiátrica assim como a Reforma Sanitária configuraram-se como movimento social e político num processo de redemocratização do país. Campinas foi palco de movimentos populares em prol de uma política pública de saúde, desde o final da década de 70, acumulando experiências singulares neste campo. Nomes importantes como Sebastião de Moraes (Secretário de Saúde da gestão MDB) são lembrados por terem investido na constituição de uma rede municipal de saúde. Outros nomes como os de Nelson Rodrigues dos Santos (Secretário Municipal de Saúde), de Luiz C. Cecílio (Diretor da DRS) ambos do PMDB, e de Emerson Merhy (Diretor Sanitário de Campinas), no final da ditadura, também contribuíram para o processo de “municipalização” da saúde, na gestão de 1982 a 1985, antes ainda do SUDS e da Constituição de 1988. Em 1989, outro secretário de saúde, Gastão Wagner Souza Campos, assume a função, iniciando o processo de implementação do SUS. (16) (A2)

No Brasil deram-se inúmeros diálogos entre trabalhadores da saúde, através do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), estudantes, cidadãos, sindicalistas etc., em que “a recusa da opressão, indignação contra o autoritarismo, vontade de emancipação, negação da violência, desejo de cidadania fizeram-se fortemente presentes naqueles dias” (17). Segundo Borges e Baptista (18), o movimento dos trabalhadores de saúde mental, iniciado em 1978, fortificou-se ao aliar-se ao Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) – um dos articuladores político e ideológico da reforma sanitária – fortalecendo seu discurso técnico e desenvolvendo sua postura política. O lema *por uma sociedade sem manicômios* marcou a aposta política desse movimento, sendo adotado na I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, tendo como carro chefe a desinstitucionalização psiquiátrica em seus aspectos técnico-científicos, ideológicos e jurídicos (13) (18).

Respaldados pela Constituição de 1988, que legalizou o SUS e sua implementação, e pela criação, em 1991, da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM), responsável pela formulação e implementação da política na área, a desinstitucionalização psiquiátrica – diretriz do movimento – teve reflexos sobre a articulação dos municípios em torno de formulações e da implementação de políticas públicas e suas redes assistenciais.

Três municípios brasileiros – a partir de 1989 – protagonizaram a criação de uma rede de cuidado que visava extinguir os manicômios e ampliar as ofertas assistenciais. Cada um a sua maneira, Santos, São Paulo e Campinas vivenciaram experiências com características diversas, abrindo diferentes caminhos e formas no jeito como se produz saúde até os dias de hoje. Campos (3) utilizou-se do termo *modelagem* para situar as diferenças dessas três redes. Por modelagem entende-se: “fazer saúde num determinado

local, com uma determinada história de inserção de serviços de saúde e em determinado tempo histórico com seus protagonistas singulares” (3). No decorrer dessas experiências, promulgou-se o projeto de Lei n 3.657/89 do deputado federal Paulo Delgado, visando extinguir os manicômios e implantar redes assistenciais substitutivas. Esse momento da política nacional de saúde mental é considerado por Borges e Baptista (18) como *germinativo*, pois “há uma grande articulação de atores na discussão dessa política, com a constituição de grupos de trabalho diferenciados, parcerias formais e informais, diálogo com consultores etc. – o que se expressa com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental” em 1992 (18).

Campinas iniciou então sua reforma psiquiátrica em consonância com a reforma sanitária. Com algumas condições favoráveis, como por exemplo, uma atenção primária à saúde implantada desde 1976 e a existência de um movimento popular de esquerda de forte inserção (3), o município inovou, ampliou e consolidou uma rede de saúde mental que oferece várias modalidades de tratamento. Segundo Campos (3), no início da década de 90, enquanto Santos e São Paulo caminharam no sentido de consolidar uma rede de saúde mental complexa e substitutiva ao manicômio, Campinas construía sua rede, dando-lhe um caráter mais alternativo à internação psiquiátrica do que substitutivo propriamente dito.

A gestão de 1989 a 1992 foi assumida por um governo de esquerda (PT) e, nesse período, o SUS foi se consolidando de modo singular, assim como a rede de cuidado em saúde mental. Houve aumento na quantidade de centros de saúde do município e aumento daqueles que possuíam profissionais de saúde mental (psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional). Dos sete centros de saúde que tinham equipe de saúde mental, o município passou a ter dezenove com oferta desses especialistas. Foram fechados o ambulatório

municipal e dois hospitais psiquiátricos, municipalizaram-se os serviços estaduais e, os funcionários do ambulatório de saúde mental estadual foram recolocados para trabalhar no hospital Dr. Cândido Ferreira.

Um dos fatores locais favoráveis a estas mudanças foi a **co-gestão** que a prefeitura estabeleceu, em maio de 1990 (lei municipal 6215), com o até então Sanatório Dr. Cândido Ferreira, transformando-o em Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – aspecto relevante na medida em que contribuiu para o arranjo singular da rede de cuidado. A co-gestão foi firmada numa tentativa de solucionar o problema financeiro deste hospital filantrópico, bem como de aproveitar a oportunidade de intervir no modelo assistencial hospitalar (4).

Esse hospital psiquiátrico filantrópico, situado no Distrito de Sousas em Campinas, se caracterizava como uma instituição predominantemente fechada e asilar. Tornou-se uma instância “pública-privada”, sofrendo várias mudanças no seu funcionamento assistencial e administrativo, a partir de grandes investimentos em recursos humanos e formação de profissionais (4). A co-gestão, portanto, colocou a instituição efetivamente no campo público. Todo recurso financeiro da instituição advém do SUS (Sistema Único de Saúde) através da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campinas.

O investimento feito no início da co-gestão, no sentido de tornar pública a instituição, foi no controle social e na maneira de se fazer gestão - tanto para dentro dos serviços quanto para fora, na construção e articulação das redes de cuidado do município.

A gestão foi pensada de modo a funcionar através de *colegiados gestores*. O controle social era feito através de representações de vários atores que compunham um espaço deliberativo e político, dentro da instituição, nomeado por Conselho Diretor. Esse

conselho tinha a representação de 13 instâncias, dentre elas: três representantes da Associação Cândido Ferreira, dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde, um representante da DRS (Divisão Regional de Saúde do Estado), um representante do Conselho Municipal de Saúde, dois representantes de usuários e familiares, dois representantes dos funcionários, dois representantes das instituições de ensino e o superintendente da instituição. Outro espaço técnico-político dentro do SSCF foi o conselho gestor que se reunia semanalmente, sendo composto pelo superintendente, diretor clínico e coordenadores das unidades assistenciais. A assembléia de sócios também era um fórum político em que se discutia o estatuto da instituição e seus problemas, onde qualquer pessoa envolvida com essa área poderia se associar.

Ao optar pela co-gestão optou-se por um modelo híbrido na rede de atenção em saúde mental do município (3). Além de uma série de transformações na maneira como era feita a assistência dentro do hospital, com ampliação e diversidade no quadro de profissionais, iniciou-se um processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, criando moradias assistidas e buscando o resgate do convívio do paciente com sua família e com a comunidade. Segundo Campos (3), esse fato pressionou as equipes dos Centros de Saúde a assistirem os egressos do hospital psiquiátrico, causando tensão no modelo estabelecido. Em 1991, foi criado o Hospital Dia dentro do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, desenvolvendo um trabalho qualitativamente distinto do que existia em Campinas (4). No mesmo ano, foi criado o Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT) com o objetivo de criar formas alternativas de trabalho e de geração de renda para os que viviam uma situação de total exclusão social (19). Em dezembro de 1992, final do período de governo municipal, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira atendia cerca de 285 pessoas: 80 em

regime de internação de curta duração, 85 em tratamento no Hospital Dia, 91 moradores – sendo que 55 deles com possibilidade de morar em pensões protegidas ou lares abrigados situados fora do espaço do hospital, 40 pessoas trabalhando no Núcleo de Oficina de Trabalho, e seis ex-internos que moravam num lar abrigado perto do hospital, situado na comunidade do distrito de Sousas/Campinas (19).

Os profissionais de saúde mental nos Centros de Saúde também conferiram características singulares à rede municipal de saúde mental. Dois Centros de Saúde protagonizaram experiências interessantes, desenvolvendo trabalhos com pacientes psicóticos, neuróticos e egressos (3), construindo parcerias com as universidades (PUCCamp e Unicamp). Esta parceria entre as universidades e o SUS de Campinas interferiu na gestão, assistência e nos campos de estágios de alunos, sendo uma característica forte da rede deste município, perdurando até os dias de hoje.

Houve discussões sobre a formulação e implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), gerando polêmica quanto ao modo de conceber esses serviços que tinham como objetivo trabalhar a reabilitação psicossocial das pessoas com grande sofrimento psíquico, egressas e cronificadas pelo sistema hospitalar (3). A polêmica girava em torno da inserção do usuário e do fluxo da rede assistencial. Previsto por alguns como um serviço de porta aberta ao usuário, os Caps começaram a funcionar somente em 1993, constituindo-se como equipamentos intermediários de referência secundária e não como porta aberta e nem com um serviço de funcionamento 24 horas.

A maneira como foi concebida a gestão dos serviços marcou um posicionamento político nesse período. Campos (3) apontou que a escolha da Secretaria de Saúde quanto a

democratização da gestão com fóruns de discussões, oficinas de planejamento, planejamentos locais com as equipes etc., solidificou um marco que a cidade já acumulara “na construção de sujeitos do processo da reforma sanitária” (3).

Portanto, do ponto de vista do movimento da reforma psiquiátrica, melhor dizendo, do campo de ação de saúde mental, Campinas enveredou basicamente por duas vertentes: o processo de **desinstitucionalização dos pacientes** e a **gestão democrática** (3). A inserção de profissionais de saúde mental nos Centros de Saúde (terapeuta ocupacional, psicólogo e psiquiatra) também foi uma escolha feita pela Secretaria de Municipal de Saúde quanto ao modelo político/assistencial.

O período de 1990 a 1996 foi considerado germinativo dentro do panorama das políticas federais de saúde mental, sendo assim considerado não só pelos debates promovidos em torno do projeto de lei “Paulo Delgado”, como pela atuação da coordenação na organização da assistência hospitalar, pelo viés da desospitalização. Essa organização promoveu a alteração do modo de financiamento o que abriu a possibilidade do custeio de ações e de serviços alternativos, além da especificação de rotinas e prazos para apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a normatização para internações e Hospital Dia (20). Segundo as autoras, foram quatro os eixos das políticas de saúde mental: a qualificação/desospitalização; a avaliação necessária para dar subsídio à qualificação e desospitalização; a regulamentação da sistemática de pagamento da AIH em relação à duração de internação; organização de grupos e procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial (SAI), incluindo atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (Caps), oficinas terapêuticas e grupos, visita domiciliar etc. Elas afirmam que este último eixo não foi tão significativo em termos de portarias pelo fato do SUS não

dispor de recursos para a implantação de novas unidades. Somente a partir de 1993, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) que tem como diretriz a descentralização do SUS “logram construir condições de gestão e de repasse de recursos que, segundo as prioridades municipais e/ou estaduais, podem ser usados na construção de novas unidades. Nesse caso, a construção de Caps ficou na dependência de sua entrada na agenda do gestor local” (18).

As ações desse período (1990 – 1996), portanto, giraram em torno do processo de desospitalização e da abertura de financiamento, não consolidando ainda uma rede densa e complexa quanto aos serviços alternativos à internação psiquiátrica, mas garantindo um terreno fértil para que futuramente tal rede pudesse ser construída.

Em Campinas, em **1993**, um novo governo assumiu a gestão do município em um panorama favorável, em termos ministeriais, às formulações de novas políticas na área. Porém, ações concretas dependiam do interesse do gestor local em criar serviços alternativos. Apesar de Campinas ter implantado dois Caps em dezembro de 1992, somente em fevereiro de 1993, na nova gestão, eles começaram a funcionar como serviço intermediário entre a rede básica e as internações psiquiátricas. Nessa gestão, foi implantado, em 1995, o Centro de Vivência Infantil (CEVI) destinado ao atendimento de pacientes até 15 anos, psicóticos, autistas e neuróticos graves. Em 1996, foi implantado o Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição (CRIAD), equipamento extra-hospitalar e tido como intermediário. Com relação aos profissionais de saúde mental inseridos nas Unidades Básicas, em 1995, de 81 profissionais que compunham as equipes, o número foi reduzido para 66 profissionais (22).

No período de 1997 a 1999 não houve incremento das políticas públicas de saúde mental, em nível federal. A Coordenação Nacional de Saúde Mental foi desarticulada enquanto estrutura de formulação política, sem poder de articulação interna e externa (18). Em 1999, foi publicada somente uma Portaria que não chegou a promover uma linha de atuação, mas, no mesmo ano, foi promulgada uma lei que favorece a criação de Cooperativas Sociais, beneficiando também a clientela psiquiátrica (18). As autoras apontam que a mudança ocorrida nesse ano, deveu-se à troca do coordenador da política de saúde mental, tendo assumido essa função um militante da reforma psiquiátrica.

Não obstante o período de 1997 a 1999 não ter tido nenhum avanço concernentes à formulação das políticas públicas federais na área de saúde mental, o município de Campinas promoveu incrementos na rede assistencial, seguindo diretrizes baseadas na reforma psiquiátrica e nos enfrentamentos que o município vinha sofrendo na atenção à saúde mental. Outra gestão se iniciou em **1997** no município e, em março do mesmo ano, realizou-se o III Seminário de Saúde Mental de Campinas com a participação dos funcionários e gestores dos serviços que prestavam assistência na área. As diretrizes consensuais nesse seminário apontavam para a necessidade de qualificar os serviços existentes e de implantar novos. Em junho, foi realizada a IV Conferência Municipal de Saúde, tendo como tema central “o município como gestor pleno” (20). As propostas aprovadas para a área de saúde mental seguiram as mesmas diretrizes do III Seminário de Saúde Mental realizado no mesmo ano, foram elas:

- Instalar novos equipamentos intermediários regionalizados: Caps, Hospital Dia, Lar Abrigado, Oficina e Centro de Convivência.

- Manter o convênio entre o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e a Secretaria Municipal de Campinas.
- Garantir, a longo prazo, equipes de saúde mental em todos os Centros de Saúde; como estratégia imediata, admite-se a criação de Centros de Saúde de referência, de acordo com critérios regionais.
- Aumentar os leitos psiquiátricos disponíveis, através da instalação de unidade de curta permanência em hospitais gerais.
- Aprimorar a relação com as universidades, garantindo a integralidade das ações.
- Utilizar parâmetros quantitativos do Ministério de Saúde para adequação de recursos humanos; compor as equipes em função de necessidades regionais, contando com os profissionais de saúde mental, além de profissionais de nível médio e outras categorias para apoio, em casos específicos.
- Viabilizar a portaria 145 que cria o Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica.
- Incentivar a organização dos usuários para regular o processo de transformação da assistência em saúde mental.
- Proporcionar melhores condições de trabalho e materiais necessários para os Caps: padronização de materiais, transporte para as visitas e para desenvolvimento de projetos especiais.

Algumas diretrizes foram realizadas integralmente, outras viabilizadas parcialmente e outras não foram implementadas. A maioria delas aponta para a qualificação e implementação de equipamentos extra-hospitalares, entendido como suporte necessário e efetivo ao processo de desospitalização e reabilitação psicossocial. Essa linha política se

transformou em **projeto** da Secretaria Municipal de Saúde e, para sua viabilização, foram operacionalizadas várias ações na área de saúde mental (22). Dentre as mais significativas:

- A readequação dos profissionais de saúde mental inseridos nos Centros de Saúde. Verificou-se que havia uma defasagem em algumas unidades, em alguns casos com a equipe se restringindo a um profissional. Optou-se então por manter as unidades com no mínimo 3 profissionais de saúde mental (psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional) nos centros de Saúde. Como consequência, em junho de 1998, os Centros de Saúde com equipes de saúde mental foram reduzidos para vinte e um.
- Estabelecimento de um convênio de co-gestão com o hospital psiquiátrico Tibiriçá, que possuía 138 internos. Iniciou-se um processo de mudanças no hospital, visando à reabilitação psicossocial desses internos. Criaram-se oitenta vagas para pacientes em crise ofertadas para a C.A.C (Coordenação de Avaliação e Controle); trinta pacientes tiveram alta do hospital, e, houve alterações quanto à maneira como as “alas” estavam organizadas, visando à qualificação do atendimento etc.
- Em setembro de 1998, iniciou o funcionamento de um Centro de Convivência na região Sudoeste de Campinas para toda a população, incluindo os pacientes que faziam tratamento em serviços de saúde mental.
- Implementou-se, através da co-gestão com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, um Centro de Atenção Psicossocial (Caps Estação) na região central de Campinas para atender as regiões Norte e Sul do município, que entrou em funcionamento em abril de 2000. Para isso teve um rearranjo interno: a maioria dos profissionais que compunha a equipe da unidade assistencial dos “moradores” passou a trabalhar no Caps; algumas novas residências terapêuticas foram criadas; o

Hospital Dia do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira passou a cuidar das moradias de pacientes que habitavam no Distrito de Sousas, passando também a atender as pessoas provenientes somente da região Leste do município de Campinas. Vale lembrar que existiam dois serviços de referências (Caps II) situados na região Sudoeste e Noroeste do município, em funcionamento.

- Implantaram-se 8 leitos-noite (de retaguarda) na unidade de internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, buscando qualificar a oferta de tratamento aos pacientes do Hospital Dia e de outros Caps, na medida em que com esse recurso alguns pacientes poderiam continuar sendo atendidos pela equipe cuidadora, podendo inclusive, em alguns casos, evitar a internação psiquiátrica.
- Discussão e acompanhamento do convênio com o Hospital Maternidade Celso Pierro – PUCCAMP que oferece vários serviços assistenciais, sendo que, na área de saúde mental, a assistência é feita no Pronto Socorro, enfermaria e ambulatório, com capacidade de atender 20 leitos (19).

Dentre as diretrizes apontadas no III Seminário de Saúde Mental do Município e na 4ª Conferência Municipal de Saúde que não foram implementadas, destacam-se:

- Criação de leitos psiquiátricos em hospital geral de curta e longa permanência;
- Garantia de atendimento ao egresso, psicótico, alcoolista, neurótico grave, criança – realizado parcialmente;
- Garantia de equipe completa de saúde mental nos Centros de saúde;
- Garantia de transporte para realizar busca ativa e visita aos pacientes, qualificando os atendimentos;

- Garantia do funcionamento do sistema de referência e contra-referência;
- Redimensionamento do atendimento à saúde escolar.

A justificativa dada pela Secretaria de Saúde para a implantação parcial ou não implantação dessas diretrizes foi a dificuldade financeira e de contratação de recursos humanos. Vários serviços foram implementados com realocação de recursos humanos vindos de outros serviços, e, outros se mantiveram assistindo mesmo sem o quadro completo de profissionais (20).

A co-gestão estabelecida entre a prefeitura e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira facilitou a operacionalização de várias ações no caminho da desospitalização e da desinstitucionalização. Ocorreram várias transformações suscitadas pelo Cândido Ferreira. Dos 140 internos da Unidade de Moradores, 80 deles foram desinstitucionalizados – fato “que se tornou possível somente a partir da ocorrência de rupturas essenciais na forma de organização do trabalho para desconstrução e superação da dinâmica asilar instalada” (21). O modo de compreender o tratamento centrado no sujeito, utilizando-se da ferramenta da construção de projeto terapêutico individual, foi considerado por esses autores uma grande ruptura em relação ao modelo antigo asilar e necessário à implantação e qualificação da assistência realizada nas moradias extra-hospitalares. Os 80 pacientes ex-internos passaram a morar em casas na comunidade; os mais idosos e dependentes, necessitados de cuidados clínicos, permaneceram em um “núcleo clínico” situado nas dependências do hospital (ao todo 30 pacientes); e outros 30 pacientes permaneceram numa ala remanescente com um modelo de cuidado bastante diverso do modelo convencional. Em 2000, o Hospital Dia

reestruturou seu modelo de atenção, assumindo o cuidado das 19 moradias, possibilitando, dessa forma, que a equipe da “Unidade de Moradores” assumisse o desafio de implementar um novo Caps II no município – O Caps Estação.

Concluindo, muitas mudanças ocorreram em decorrência do processo de desinstitucionalização verificadas na convivência entre a comunidade e o portador de sofrimento psíquico, no modo de operar o cuidado e na criação de novos recursos e dispositivos de tratamento. O amplo movimento da reforma sanitária e psiquiátrica, no contexto brasileiro e municipal, impulsionou alternativas importantes na formulação e implementação da rede de saúde pública do município, buscando a municipalização dos recursos financeiros e a gestão democrática.

Por meio da co-gestão, foram criados Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), como uma nova modalidade de tratamento, fazendo com que os profissionais pudessem se qualificar nessa clínica a partir das experiências vividas e das dificuldades encontradas. Esses serviços foram montados dez anos antes da GM nº 106/00 que cria a linha de atuação desse equipamento (18).

A rede básica com profissionais de saúde mental inseridos também inova, mesmo que dentro de um modelo mais ambulatorial. O próprio fato de receberem essa demanda abriu um diálogo com diversos gestores e trabalhadores da saúde mental tanto dos serviços de referência (Caps, Hospital Dia, SRT, Núcleo de Atenção à Crise, Núcleos de Oficinas de trabalho etc.)

A co-gestão entre prefeitura e Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira permitiu um processo amplo e denso de diálogo, visto que ambas as partes exerciam um poder relativo

sobre a outra, mantendo espaços formais de negociação representados por vários protagonistas (Secretaria de Saúde, SSCF, família, usuário, funcionários, universidades e o Estado).

Apesar das divergências entre as duas partes, quanto ao modo de operacionalizar o cuidado, nesse período (1997 a 2000) havia consenso em torno das diretrizes que a Reforma Psiquiátrica preconizava: o processo de desospitalização/desinstitucionalização e a criação de serviços alternativos à internação psiquiátrica. A Reforma Sanitária foi parte inerente deste processo.

Tornando-se Campinas gestão plena, em 1996, a autonomia financeira e operativa do município em muito contribuiu para o incremento da rede assistencial. Vários serviços foram pensados visando a territorialização, mesmo que ainda naquele momento não se tivesse estabelecido por lei uma proporção “ideal” entre serviços, número de profissionais e população a ser atendida. Porém, os fóruns de debates, negociações e formulações de políticas de saúde mental no município nunca deixaram de existir, apesar de, em alguns momentos, a discussão ter girado mais sobre a qualidade do modelo de atenção do que sobre a criação de novos recursos. À medida que o próprio funcionamento da rede assistencial com seus novos equipamentos e recursos na área implicavam em novas demandas e tensões foi sendo fundamental encontrar *novas soluções para novos problemas*.

Capítulo III: Agentes decisores em relação à formulação das políticas de saúde mental do município (2001 a 2004)

Com base na opinião dos agentes decisores e de documentos, anteriormente citados, faço uma reconstrução de alguns aspectos inerentes ao processo de formulação da política de saúde mental de Campinas: os agentes e suas redes políticas; a formulação da política de saúde mental e a identificação de problemas; a dinâmica dos processos decisórios e, por último, as concepções dos agentes com relação ao modelo assistencial proposto.

Respeitando aspectos éticos, os agentes decisores são identificados, ao longo do texto, da seguinte maneira: Secretário de Saúde (A1); Coordenadora de saúde mental ao longo dos 3 primeiros anos (A2); Superintendente do Hospital Psiquiátrico Tibriçá no primeiro ano de gestão, apoio institucional de saúde mental de um distrito (2002 e 2003) e Coordenadora de saúde mental do último ano (A3); Apoiadores Institucionais em 3 Distritos de Saúde– Norte, Noroeste, Sul - (A4), (A5) e (A6); Diretor Clínico do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (A7).

1. Os agentes, funções e suas redes políticas

A escolha de alguns agentes decisores, fundamental em toda gestão, é um processo que geralmente acontece dentro de um partido, antes mesmo de ele se eleger. No caso do município de Campinas, a escolha pelo Secretário de Saúde se deu por alguém filiado ao partido (PT) e que já tinha sido convidado a compor a Secretaria, pelo candidato ao cargo

de prefeito, antes mesmo da eleição. Essa escolha não aconteceu sem certa tensão partidária. Algumas pessoas do partido haviam sugerido outro nome. Porém, em virtude da recusa desse segundo nome ao cargo, a situação se resolveu, tendo sido o candidato-Secretário, apoiado pelo outro candidato, que assumiu, nesta mesma gestão, o cargo de Diretor de Saúde.

O escolhido para o cargo de Secretário de Saúde foi um médico, com residência em clínica médica e com pós-graduação em saúde coletiva. Já havia desempenhado essa mesma função na gestão anterior do partido, no período de 1989 a 1992. Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) ocupou o cargo por dois anos, de 2001 a 2002, sendo convidado em 2003, após a eleição do Presidente Lula, a compor o quadro político do Ministério da Saúde. Aceitar o convite foi, segundo ele, uma difícil escolha, pois avaliara os dois anos de trabalho na Secretaria como um período bastante produtivo, realizando ações político-assistenciais na rede Básica de Saúde, na área de saúde mental e no Hospital Municipal Mário Gatti. Não obstante os resultados positivos no plano da formulação e implementação, o Secretário não deixou de avaliar esse momento como um período tenso em que ocorriam disputas políticas e de modelo assistencial.

Eu estava gostando muito do que a gente estava fazendo na atenção básica, saúde mental, no hospital Mário Gatti, mas tudo estava incompleto e muito tenso (...) estava vendo resultado positivo no que a gente estava fazendo, acho que era uma coisa original. (A1)

Esse ator político, ao se situar historicamente no movimento sanitário de Campinas, foi um dos responsáveis pelo estabelecimento da co-gestão com o Serviço de Saúde Dr.

Cândido Ferreira – SSCF, em 1990, como Secretário de Saúde pela primeira vez. Além dos cargos e funções desempenhadas ao longo de sua trajetória acadêmica, foi um dos supervisores das equipes assistenciais do SSCF, juntamente com outros docentes da Universidade, numa parceria entre o Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp e aquele Serviço.

A parceria com o prefeito eleito foi fundamental para o Secretário de Saúde. Considerou que, dessa forma, trabalhou tendo liberdade em suas ações, podendo fazer alianças políticas para dentro e fora do partido, seguindo, porém, a recomendação feita pelo prefeito de evitar constrangimentos políticos. Compôs a equipe com atores que já tinham tradição em gestão dentro da saúde pública, juntamente com outros sem tanta experiência. Os cargos de confiança, estratégicos para todo governo, eram os cargos dos Diretores dos cinco Distritos de Saúde do município, do Diretor de Saúde, bem como dos Assessores Técnicos que compunham o nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Cabe informar que, após dez meses dessa gestão, o prefeito eleito foi assassinado no dia 10 de setembro de 2001, sendo substituído pela vice-prefeita.

Para o cargo de Coordenação de Saúde Mental, o Secretário de Saúde pediu sugestão de alguns nomes para pessoas envolvidas com o Movimento da Luta Anti-Manicomial. Dois nomes foram indicados. Dentre eles, a pessoa escolhida já tinha uma trajetória profissional na área, atuando no campo clínico, político e de formação.

O cargo nomeado de Assessoria Técnica VI da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, com a função de Coordenação Municipal de Saúde Mental, foi, então, ocupado por uma mulher com formação em Psicologia, sanitarista, mestre em Psicologia Social e doutora em Saúde Coletiva. Antes da nomeação, era professora universitária, assessora para

consultorias do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira/ DIR – Campinas e coordenadora da sub-sede de Campinas do Conselho Regional de Psicologia (CRP) – SP. Seu envolvimento clínico-político com a saúde mental se deu grande parte neste município. Foi psicóloga do antigo ambulatório de saúde mental do Estado de São Paulo, tendo sido, posteriormente, docente-assistencial de vários equipamentos de saúde que compunham a rede assistencial, tais como: o Posto de Saúde-Escola da Pontífice Universidade Católica de Campinas (PUCC), Centro de saúde e Caps (Centro de Atenção Psicossocial). Atuou também na Secretaria Municipal de Saúde de Santos – de 1993 a 1996 – como Assessora I para Saúde Mental Infantil e Relação entre Secretarias: de Educação, de Assistência Social e do Trabalho e Emprego. Foi filiada ao Partido dos Trabalhadores (PT) de 1985 a 2004. atuou com Exerceu a coordenação de saúde mental em Campinas por três anos, de janeiro de 2001 a fevereiro de 2004, saindo para ocupar um cargo no Ministério da Saúde. Cabe ressaltar que nessa gestão a coordenadora tinha assento na reunião semanal com o Secretário de Saúde, juntamente com os Coordenadores dos cinco Distritos de Saúde (DS).

Essa gestão foi considerada democrática pelos seus gestores (agentes decisores). Os diretores dos cinco Distritos de Saúde foram trocados no início do governo; porém, os Apoiadores Institucionais (chamados na gestão anterior de supervisores) se mantiveram, sendo substituídos, por diferentes motivos, ao longo do governo. Do mesmo modo, os coordenadores dos serviços assistenciais também foram mantidos por não serem considerados cargos de confiança, havendo mudanças somente quando necessárias. “Quando a gestão do PT assumiu [o governo], ela manteve alguns apoiadores da gestão anterior. As pessoas foram sendo trocadas, ao longo do processo, pelas afinidades e concepções.” (A4)

Somente uma apoiadora, do Distrito de Saúde Sudoeste, assumiu o cargo no começo da gestão, tendo sido indicada pela Coordenadora de Saúde Mental. “(...) convidamos, com o apoio do Colegiado da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do Diretor do Distrito de Saúde em questão, uma apoiadora com vasta experiência em implantação da Reforma Psiquiátrica e seus diversos serviços.” (A2) Essa apoiadora, Terapeuta Ocupacional de formação, vivenciou na gestão do PT em Santos, iniciada em 1989, o processo de desconstrução do modelo de atenção asilar e do hospital psiquiátrico e a construção de outra forma de cuidado.

As outras quatro apoiadoras assumiram o cargo no decorrer do governo. O apoiador do Distrito Norte assumiu no final de 2001; os dos Distrito Noroeste e Sul assumiram a função no início de 2003. No Distrito Leste, o apoiador entrevistado também foi indicado pelo governo, mas deixou o cargo para assumir a Coordenação de Saúde Mental do município, no último ano daquele governo, quando sua antecessora foi convidada para trabalhar no Ministério da Saúde. Todos os apoiadores indicados eram do sexo feminino. As indicações dessas apoiadoras vieram ou do próprio Secretário de Saúde ou da Coordenadora de Saúde Mental. Três delas tinham relações acadêmicas com esses gestores, tendo sido suas alunas, orientandas etc., além de estarem trabalhando em Caps no momento da indicação. O trabalho como apoiadoras foram suas primeiras experiências na gestão. As outras duas apoiadoras tinham ampla experiência na área, tanto na vertente assistencial quanto de gestão, tendo tido também relações de trabalho com a coordenação de saúde mental em outras gestões.

Com relação à formação profissional, as três apoiadoras que estavam trabalhando em Caps eram psicólogas. Duas delas trabalhavam no Caps Antônio da Costa Santos do

município, implementado no primeiro ano dessa gestão no Distrito de Saúde SUL, em outubro de 2001. Uma delas ficou pouco tempo trabalhando no Caps, pois logo foi convidada para ser apoiadora de outro Distrito de Saúde e, a outra, permaneceu no cargo até final de 2002, passando a ocupar a função de apoio institucional no mesmo Distrito no início de 2003. Elas trabalhavam no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) em outras unidades assistenciais, antes de comporem a equipe do Caps. A terceira psicóloga, a ocupar o cargo de apoiadora institucional, foi contratada pelo processo seletivo (em parceria com o SSCF) realizado, também em 2001, para compor a equipe do Caps da região Sudoeste que estava redefinindo seu modelo de atenção e passando a oferecer retaguarda noturna (Caps III). Passou a exercer a função de apoio num Distrito de Saúde diferente daquele do qual fazia parte, no início de 2003.

A apoiadora da região leste, assistente social de formação, coordenava, na gestão anterior, um serviço assistencial vinculado ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. No início da gestão, foi convidada a ocupar o cargo de Superintendente do Hospital Psiquiátrico Tibiriçá com o intuito de realizar seu fechamento.

(...) A primeira coisa que começou a se pensar era como fechar o Tibiriçá (...) estava implícita a questão do redimensionamento do dinheiro. Eu me lembro que o (secretário de saúde) veio na reunião do colegiado de gestor do SSCF vendo quem teria interesse em fazer parte dessa...e eu entrei, acho que foi no momento que eu entrei na discussão desse novo grupo (...) entrei como Superintendente do Hospital Tibiriçá que estava para discutir, dentro da proposta mais ampla do município, para redimensionar a questão financeira de recursos (...) (A3)

Assumi a função de apoio por dois anos (2002 e 2003) e, no início de 2004 (último ano da gestão), passou a ser Coordenadora de Saúde Mental do município, após a saída da primeira coordenadora. Com experiências anteriores de gestão, foi coordenadora do Hospital Dia e do Centro de Convivência vinculados ao SSCF.

Pelo relato das próprias apoiadoras, o fato de a indicação ter vindo dos gestores da Secretaria de Saúde e não dos Diretores dos Distritos expressava um lugar político definido nas relações de poder. “Naquele tempo quem convidava era a Coordenadora de Saúde Mental ou o Secretário de Saúde... tinha uma centralidade nas decisões.” (A5)

O apoiador na época atuava no campo da saúde mental, sendo nomeado corriqueiramente de *apoio da saúde mental*. Dentre as apoiadoras, quatro delas deixaram a função quando o partido não se reelegeu, na medida em que entendiam que esse cargo era de confiança. Somente uma apoiadora permaneceu no cargo na gestão seguinte.

A mudança do nome do cargo, de supervisor para apoiador, veio de uma discussão realizada dentro de um grupo de estudo – “saúde, gestão e subjetividade” – vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social. Ao se discutir a função do cargo considerou-o mais próximo a função de apoio, apoio à gestão e aos serviços, do que de supervisor propriamente dito. O Secretário de Saúde coordenava esse grupo.

O grupo de apoiadores da saúde mental se reunia com a coordenadora, semanalmente, na Secretaria de Saúde, em um *Conselho Gestor*. Inicialmente, esse grupo funcionou somente com esses atores. Discutiam-se os problemas dos Distritos, suas tensões e dificuldades, assim como a formulação da política de saúde mental.

Por bastante tempo, no começo, era só a coordenação de saúde mental e os apoiadores, era bem “mentaleiro”(…), tinha-se muita autonomia, não precisava chamar os Coordenadores de Distrito para se discutir as coisas. (...) isso foi necessário para agilizar a implementação de um monte de coisas. (A4)

Mais tarde, com frequência quinzenal, os coordenadores dos Caps foram envolvidos nessas discussões, a partir da avaliação de que para se redefinir o modelo de atenção desses serviços seria imprescindível a presença desses atores.

Chegou uma hora que não dava mais para ficarmos conversando entre nós. Aí o colegiado se ampliou para os coordenadores de Caps – era quinzenal. (...) não adiantava discutir que os Caps tinham que abrir as portas se os coordenadores não estivessem lá. As coisas mais importantes chamavam os atores. (A4)

Esses apoiadores tinham uma boa inserção nos Distritos de Saúde - formulavam o modelo político-assistencial no Colegiado Gestor da Saúde Mental e tinham apoio dos coordenadores distritais na implementação do modelo assistencial proposto.

(...) era com a coordenadora de saúde mental e com os apoiadores que a gente formulava, pensava, no colegiado gestão. (...) A percepção que tenho é que naquela época a minha vida era mais saúde mental do que Distrito – a saúde mental tinha um corpo, tinha um peso diferente do que se tem hoje. (A6)

Não obstante a autonomia na formulação e o apoio dos coordenadores dos Distritos de Saúde, uma apoiadora ressaltou ter sido fundamental para a implantação e viabilização do projeto, a construção cotidiana de trabalho no Distrito.

(...) pactuando junto, sempre muito próximo da coordenação distrital. (...) as pautas da saúde mental era muito recorrentes, então tinha um compartilhar da

equipe de apoio, tinha um compartilhar com a coordenação do Distrito, nessa construção de como fazer na dificuldade. (A5)

Porém, apesar do modelo assistencial proposto ter sido apoiado pelos coordenadores distritais, não necessariamente o processo se deu da mesma maneira nos Distritos, dependendo da apropriação da política de saúde mental pelos outros apoiadores e coordenadores das unidades assistenciais.

(...) dentro dos Distritos você tinha uma autonomia que era da área de saúde mental, mas por outro lado tinha dificuldade de inserção enquanto discussão do Distrito, entendeu, eu acho que não tinha uma apropriação pelo Distrito (...) (A3)

Na visão desses gestores, esse momento teve a marca de uma gestão democrática, nos quais foram construídos vários fóruns de discussão e negociação da política assistencial de saúde mental. Esses fóruns, nomeados por **rodas**, fizeram parte do cotidiano de cada agente decisor. Eram espaços de intensas discussões, na medida em que se levantavam problemas e nem sempre havia consenso com relação ao modelo proposto.

As pessoas se queixavam nos espaços coletivos. Qualquer coisa que a gente implementava as pessoas eram chamadas e o bacana é pensar que toda essa história de gestão participativa já vinha antes, a questão do planejamento... já se tinha um cálculo de que as pessoas em Campinas não sairiam fazendo o que a gente queria. (A4)

Três grandes **rodas** de discussão foram criadas no tocante à assistência em saúde mental circunscritas em três Redes de Atenção: a rede de Atenção Psicossocial, a rede de Atenção à Dependência Química e a rede de Atenção a Criança e Adolescente. Entendia-se que “as deliberações dependiam dos argumentos/convencimentos e resultados do discutido

e que em todos os momentos vinham delas as deliberações de como operacionalizar mudanças”. (A2)

Porém, como já mencionado, esses agentes consideravam que esse grupo gestor (Coordenação de Saúde Mental, os cinco Apoiadores, os Coordenadores dos Distritos e o Secretário de Saúde) era um grupo coeso, com muita autonomia de formulação e implementação. “Tinha uma equipe engajada, tinha uma proposta política que era da Secretaria de Saúde e do Distrito e que se as pessoas estavam... era porque elas iam fazendo (...)” (A4)

Outro ator institucional importante na época foi o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) que gerenciava alguns serviços assistenciais através da co-gestão com a SMS. O Superintendente era um médico psiquiatra que foi convidado a ocupar esse cargo em 1991. Participante do movimento da Reforma Psiquiátrica, tendo conhecido a experiência italiana da Reforma, participou da remodelação da rede de saúde mental ocorrida no município de Santos, compôs o grupo de gestores do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira até 2004. Considerado como um ator político fundamental pelos seus pares, com grande capacidade de negociação (A7). Os fóruns políticos se davam no Conselho Diretor do SSCF, na prefeitura, e diretamente entre a superintendência e os seguintes gestores: Secretário de Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Secretaria de Finanças etc. As propostas discutidas eram trazidas para o SSCF e retomadas no Colegiado Gestor da instituição.

O superintendente sentava no Conselho Diretor com direito a voto. Além disso, tinha o fórum de discussão com a Secretaria de saúde e com a própria Coordenadora de Saúde Mental (...) todas as negociações que tinha entre eles o

(Superintendente) trazia a discussão para dentro do Colegiado Gestor do Cândido (SSCF) (...) Ele (superintendente) foi o principal articulador (...) era um grande negociador e defensor da Reforma Psiquiátrica (A7)

O Diretor Clínico desse serviço, médico psiquiatra, passou a compor o quadro clínico do SSCF em 1990, quando foi firmada a co-gestão entre SSCF e SMS. Trabalhava no Ambulatório de Saúde Mental do Estado de São Paulo, em Campinas e, com seu fechamento, juntamente com outros dois profissionais do ambulatório, propôs a abertura de um Hospital Dia (HD, visando à criação de um equipamento intermediário entre a internação psiquiátrica e o tratamento na Unidade Básica de Saúde. Naquela ocasião, já considerava problemático esse equipamento estar dentro de uma instituição psiquiátrica. Composto com ele a equipe do HD, nessa época, estava a assistente social que se tornou Coordenadora de Saúde Mental no último ano (2004).

O fato de o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira ter sido um parceiro administrativo importante nessa gestão, tanto pela administração de serviços assistenciais quanto pela contratação de profissionais de saúde para trabalharem em outras unidades assistenciais, colocou-o num lugar diferente em relação à rede assistencial e política. Na medida em que ampliava sua responsabilidade administrativa e assistencial entrou num palco político de intensas negociações e disputas.

A partir das limitações legais, o Secretário de Saúde propôs a contratação de profissionais da saúde pelo SSCF para viabilizar tanto o Programa da Saúde da Família, que em Campinas teve uma modelagem nomeada de **Paidéia**, quanto à implementação de uma rede densa e articulada na atenção à saúde mental do município. Esse modelo misto

entre instituição estatal e filantrópica não era consenso entre algumas pessoas da prefeitura e principalmente do partido (PT).

Na saúde mental a tensão maior era que eu queria acelerar a consolidação do modelo de rede de serviços **alternativos**, de Caps, de moradias terapêuticas, Centros de Convivências, e aí a criação disso devido as limitações legais, principalmente legais, de conseguir apoio financeiro fora do Ministério... foi que a gente tinha que ser heterodoxo com esse modelo de gestão que foi usar o Cândido e fazer um modelo misto (Estatal e Filantrópico) e essa foi a maior tensão, principalmente com o PT que é contra isso... (A1)

Portanto, à medida que se formulava o modelo assistencial eram necessários, para sua viabilização, vários fóruns (formais ou não) de negociações. Havia aposta dos agentes decisores em relação à gestão democrática. Ao mesmo tempo em que novos problemas foram advindos a partir da implementação do modelo, foram necessárias novas formulações da política de saúde mental e novas articulações entre os diversos atores sociais.

Resumindo, os espaços formais onde se davam as articulações políticas foram: o Colegiado de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, onde a Coordenadora de Saúde Mental tinha assento junto com o Secretário de Saúde, o Diretor de Saúde, os Coordenadores dos Distritos de Saúde; o Colegiado de Gestão da Saúde Mental da SMS; o Colegiado ampliado de saúde mental, com a participação dos coordenadores de saúde mental; as Rodas de discussão dividida nos três eixos; o Colegiado Diretor que compunha a co-gestão com o SSCF; o Colegiado Gestor do SSCF; os espaços de articulação para dentro do partido; além de tantas outras articulações necessárias para validar o modelo político proposto.

Todos esses atores se conheciam antes dessa gestão e todos tinham envolvimento e participação na Reforma Psiquiátrica - foram parceiros, colegas de trabalho, gestores, alunos, em épocas diversas de suas vidas profissionais. Esse período mostrou tanto seus envolvimento assistenciais e políticos com a rede de saúde mental, a Reforma Psiquiátrica e o SUS, quanto suas divergências de modelo e disputas de poder. Há um consenso entre eles de que foi um período intenso e de grandes transformações, na política, nos afetos e na vida profissional de cada um.

2. A formulação da política de saúde mental e identificação de problemas

Na saúde mental, a formulação era clara: criar uma **rede** substitutiva à internação em hospital psiquiátrico, implementando novos equipamentos “abertos” de saúde mental (Caps com retaguarda noturna, Oficinas de Geração de Renda, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e atenção de saúde mental nas Unidades Básicas) e readequando aqueles existentes para trabalharem dentro da nova proposta. Além do que, o fechamento de leitos psiquiátricos para internação integral, tanto do hospital Tiberiçá, conveniado privado, quanto do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira era meta desse governo, bem como acabar com a internação psiquiátrica fora do município de Campinas.

Um objetivo claro: mudanças de rumos no que Campinas vinha desenvolvendo como reforma da assistência psiquiátrica para a Reforma Psiquiátrica, ou seja, criação de serviços abertos e comunitários diurnos (a criação da chamada rede substitutiva) e fechamento dos leitos psiquiátricos para

internação integral – tanto no Hospital Tibiricá, conveniado privado, como no SSCF em co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (A2)

Os problemas levantados pelos atores do nível central da Secretaria eram de que não havia uma rede assistencial densa, com número suficiente de profissionais e, articulada entre si que sustentasse a reabilitação psicossocial no **território**.

Nossa rede de saúde mental, a chamada “substitutiva ao manicômio” precisa ser nuclear pelos serviços, hoje chamados “intermediários” que devem ter porta aberta e resolverem as necessidades de quem os procura, assim mais Caps ou alguns com leitos descentralizados ou em PS psiquiátrico, que devem ser criados. Isto passa necessariamente pelo redesenho dos conveniados (SSCF e Tibiricá) para que a internação integral cada vez mais deva ser substituída e descentralizada: DOS HOSPITAIS AO TERRITÓRIO É NOSSA META, ao encontro às necessidades das pessoas que aí vivem. (22)

Dessa forma, em consonância com a Reforma Sanitária, decidiu-se investir nos Distritos de Saúde em que havia poucas ofertas de serviços, numa tentativa de incrementar e qualificar a rede de cuidado. Tinha-se a avaliação de que os Caps existentes funcionavam mais como ambulatórios do que como Caps propriamente ditos.

Os dois Caps do município eram um sucateamento do modelo Caps – eram pequenos ambulatórios, com todo o respeito aos trabalhadores que investiam cotidianamente no seu trabalho (A4)

A reordenação da rede assistencial visava à diminuição de leitos crônicos, psiquiátricos, e o aumento da oferta de serviços substitutivos, dentro da proposta de uma **clínica ampliada**:

A nova forma de trabalhar buscando acionar uma clínica ampliada, quando a clínica será disparadora de ações para um grande campo de atividades conjuntas num espaço interno e externo à saúde (com as equipes de saúde da família, com as famílias, a comunidade e outras áreas do poder público). Também será na clínica ampliada que dar-se-á forma e resolução às necessidades apontadas por esse campo de atuação e pelo usuário dos nossos serviços. (22)

Constatou-se que havia uma concentração de equipamentos de saúde mental nos Distritos de Sousas e Joaquim Egídio e, em contrapartida, uma carência de equipamentos de saúde mental nas regiões dos Distritos Sudoeste, Noroeste e Sul. (22)

Outro problema diagnosticado, e que consumiu grande parte do investimento desses atores ao longo do primeiro ano da gestão, foi a necessidade de fechar o hospital psiquiátrico do município, que funcionava em Joaquim Egídio - Distrito de Campinas, o Hospital Tibiriçá. Com o fechamento, os recursos financeiros e os trabalhadores seriam realocados para outros serviços, a fim de consolidar uma rede densa e substitutiva à internação psiquiátrica.

É fundamental, ao se falar da rede de cuidado em saúde mental no município, falar sobre o investimento financeiro e de implantação de um novo modelo técnico-assistencial com relação às Unidades Básicas. O próprio Secretário de Saúde colocou como desafio a consolidação da Rede Básica em Campinas e a reforma da atenção em saúde mental. Foi pensado um modelo assistencial em que as Unidades Básicas trabalhariam com equipes de referências, dentro da lógica territorial, com médicos generalistas em cada equipe, enfermagem e agentes comunitários de saúde, além dos profissionais de saúde mental (terapeutas ocupacionais, psiquiatras, psicólogos). Esse rearranjo foi nomeado de Programa

da Saúde da Família - **Paidéia**, sendo entendido como um método de gestão e assistência que, de acordo com as diretrizes do SUS, trazia um modo de operar singular à rede de saúde do município. Esse método era baseado na “metodologia do **apoio** que é a metodologia Paidéia: é a de trabalhar de forma dialógica, interativa, uma forma de viabilizar a gestão participativa no cotidiano (...)” (A1)

Com o Paidéia – Saúde da Família o eixo fundamental passa a ser a equipe de referência às famílias adscritas a um conjunto de profissionais e não mais a um equipamento com área de cobertura. Tanto a equipe de referência quanto seus pacientes tornaram-se mais singulares e com mais pertença, aumentando a possibilidade de interação em um território cheio de relações e recursos a serem descobertos, vividos, potencializados e até transformados. O vínculo se estabelece ao percorrermos essa nova territorialidade: é o exercício da co-gestão que irão construindo contratos e compromissos. (23)

O **apoio matricial** foi uma ferramenta fundamental da, e para a, formulação e implantação do Programa de Saúde da Família – Paidéia, sendo considerado, por alguns desses agentes entrevistados, uma invenção do município de Campinas. Começou no campo de atuação da saúde mental, onde a proposta inicial era de que o “especialista” (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional) discutiria cada caso juntamente com a equipe de referência do Paidéia responsável pelo tratamento do sujeito em questão. Para isso era necessário que o profissional de saúde mental passasse a integrar uma equipe de referência da Saúde da Família, participando de discussões de casos. Alguns profissionais dos Caps também passaram a “matriciar” (oferecer apoio matricial) as equipes de referência, nos casos em que a Unidade Básica não contava com profissionais da área de saúde mental.

O profissional da saúde mental deve ter também como função apoiar/articular as diferentes equipes do PSF, propiciando que toda a unidade se responsabilize pelo seu território. Neste sentido, a responsabilidade da saúde mental vai na direção de possibilitar um redimensionamento das ações de saúde. Para tanto, é necessário que este profissional pertença a equipe, participe do cotidiano e deixe-se impregnar da visão de processo educativo (23)

Havia também o problema de a saúde mental na atenção primária ter o funcionamento de pequenos ambulatorios, dentro da perspectiva de agendamentos (horários de atendimento), o que causava à população grande espera pelo atendimento. Além do que, não havia discussão, entre os profissionais de saúde, sobre as pessoas em tratamento (as discussões de caso) e muito menos sobre as impossibilidades vividas por eles em seu cotidiano assistencial. Alguns Centros de Saúde possuíam somente psiquiatras, outros somente um ou dois profissionais especialistas em saúde mental (psicólogo ou terapeuta ocupacional), mas não trabalhavam dentro da lógica de atenção organizada em equipes de referência e da clínica ampliada.

A saúde mental tinha o funcionamento de ambulatório, se tinha pequenos ambulatorios, equipes às vezes com três psiquiatras, sem psicólogos, sem terapeutas ocupacionais e tocando um ambulatório de psiquiatria (agenda para seis meses). Quando tinha equipe completa o psicólogo atendia também na lógica ambulatorial. Tivemos que fazer uma desconstrução do modelo e construir outro modelo. (A5)

Dentro da proposta de construção e articulação da rede em saúde mental, três grandes eixos (**redes**) nortearam a formulação de um modelo de atenção para populações específicas: o eixo da Reabilitação Psicossocial; da atenção à Dependência Química; e, da

atenção à Criança e ao Adolescente. Eram realizadas grandes **rodas de discussões** para cada eixo, nas quais participavam os atores que os gestores da SMS achavam fundamentais em cada rede, dentro da perspectiva inter-setorial.

O conceito de REDE deve ser entendido como conceito que ultrapassa a intersectorialidade, pois além de ser intersectorial, a rede deve ser constituída na própria comunidade, onde as ações serão desenvolvidas, incorporando parcerias com os equipamentos oficiais e os não governamentais. (23)

Essas redes eram todas pensadas seguindo uma mesma diretriz: a descentralização e territorialização dos serviços de referência; a construção de Projetos Terapêuticos Individuais (PTI) norteados pela clínica ampliada; e a articulação com o PSF – Paidéia.

Com relação à criação de serviços abertos à comunidade, apostou-se em aumentar a oferta dos Centros de Convivência.

Os Centros de Convivência – espaços artísticos e culturais – estimuladores de trocas sociais e emissores de mensagens, onde o convívio é um instrumento do enriquecimento e ampliação da rede social e de transformação da visão, compreensão e relacionamento com a loucura, verdadeiras ações contra a violência e pela inclusão social das pessoas. (23)

Dentro dessa mesma perspectiva, a ampliação da oferta e territorialização das Oficinas de Geração de Renda foi também uma diretriz política desse governo, necessária à consolidação da rede substitutiva ao manicômio.

Concluindo, o modelo político-assistencial formulado neste período estava totalmente em consonância com a política do Ministério de Saúde para a saúde mental que, em abril de 2001, aprovou a Lei nº 10.216 - Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa lei

reconheceu o paciente psiquiátrico como ser de direitos, devendo ser tratado preferencialmente na comunidade, em serviços abertos de saúde mental. Houve, portanto, o investimento em fechamento de leitos psiquiátricos em Hospital especializado e aumento de serviços de saúde mental abertos à comunidade.

Além do mais, o município de Campinas com seu acúmulo em pensar a gestão e a consolidação do SUS em relação às diversas demandas e necessidades presentes, formulou uma **rede** de atenção em saúde mental com vários níveis de articulação entre os serviços, buscando a singularidade no tratamento de cada caso, mediante Projetos Terapêuticos Individuais.

Os Caps, os Centros de Convivência, as Oficinas de Geração de Renda, etc. foram recursos implementados a fim de consolidar uma rede assistencial que desse suporte ao tratamento do usuário portador de sofrimento psíquico fosse feito na comunidade à qual pertence. A saúde mental na rede primária de cuidado também foi diretriz desse governo. Com a herança de profissionais de saúde mental inseridos na rede básica, essa gestão levantou outros problemas e buscou novas soluções dentro da lógica do Programa da Saúde da Família- Paideia.

3. A dinâmica dos processos decisórios: seus conflitos e consensos

A primeira intervenção realizada e articulada a favor do incremento da rede substitutiva foi o fechamento do Hospital Tibiriçá. Ninguém seria inicialmente demitido, a

oferta dada era de que os trabalhadores seriam incorporados pelo Serviço Cândido Ferreira, sendo realocado para compor serviços dentro da proposta de formulação de uma rede substitutiva. Para tal, foi convidado um ator importante para acompanhar esse processo (o mesmo que se tornou coordenadora de saúde mental no final do governo) juntamente com a participação do próprio Secretário de Saúde, iniciando uma gama de negociações com os atores da SMS, do SSCF e do hospital Tibiricá.

(...) nós vamos fazer um trabalho durante um ano (...) dia 30 de dezembro nós vamos entregar as chaves e nesse ano nós vamos trabalhar. Primeiro vamos avaliar todos os funcionários e aqueles que não forem bons, competentes e envolvidos, vão sair, não tem jeito. (A3)

Nós fizemos várias assembléias com 200 funcionários e eles falavam assim: “nós não acreditamos em vocês, vocês estão mentindo. Vocês vão mandar todo mundo embora”.(A3)

Esse ano eu particularmente fiquei enfurnada no Tibiricá, fazendo uma pactuação com o Cândido que não foi legal porque o Cândido não queria avaliar os funcionários .(A3)

Esse momento foi de intensa negociação tanto para dentro das instituições quanto para fora. Esse processo mexeu com o imaginário dos trabalhadores do hospital Tibiricá sobre seus destinos, bem como dos funcionários do SSCF, com a idéia de que “os funcionários do Tibiricá trabalhavam sob uma perspectiva da prática manicomial” (A7). Apesar dos desafios, os gestores do SSCF apoiaram o projeto por estar na mesma direção da concepção política de ampliação e qualificação da rede assistencial, mas tendo que cuidar dos imaginários dos trabalhadores e de um administrativo que envolvia inclusive equiparação salarial, já que os salários nas duas instituições eram diferentes. Como

desdobramento, outro ponto fundamental nesse período foi o de dimensionar o conjunto de trabalhadores adequados para compor a equipe de um Caps III. Essas eram questões pautadas nas agendas dos parceiros, ao longo do primeiro ano de gestão.

O grande desafio foi juntar dois grupos de duas instituições distintas, com vínculos e processos de trabalho distintos, dentro desse processo de negociação para a gente ampliar a rede da saúde mental (...) foram meses de negociação, mas foi um período significativo no sentido de ampliar a rede, mas tinha muita gente que não se sentia contemplado e a gente teve que fazer um alinhamento dessa situação. (A7)

Esse processo, portanto, necessitou de intensas negociações e pactuações em várias instâncias, principalmente entre a SMS e o SSCF, iniciando um mal estar entre as duas partes. A parceria estabelecida entre as duas partes foi mencionada diversas vezes, pelos agentes decisores, como paradoxal: ao mesmo tempo em que a parceria foi considerada fundamental, foi vista também como muito tensa – tensionamento que se intensificou ao longo do governo.

Como parte do processo de implementação de Caps e reordenamento da rede assistencial de saúde mental, os agentes ofereceram às equipes existentes a possibilidade de deslocamentos de profissionais que quisessem fazer parte de um ou outro projeto assistencial. Isso aconteceu também no primeiro ano de governo. Foram previstos os Recursos Humanos necessários em vários serviços já existentes e a necessidade de novos profissionais na implantação de outros serviços.

Foi feito um questionário para toda a rede de saúde mental (...) oferecendo para quem tinha interesse em mudar seu local de trabalho, ou compor os Caps III (...) aí a gente pôde fazer um mapeamento de quais

recursos a rede teria para compor os Caps, ou de quem estivesse no Caps e queria mudar (...) naquele tempo não se pensava muito na atenção básica.

(A3)

Paralelamente ao processo de fechamento de leitos do Hospital Psiquiátrico Tibiricá, foram implementados Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) vinculados aos Caps, que também estavam sendo criados ou qualificados. Com relação aos pacientes/moradores que ainda permaneciam nas dependências do SSCF, tinha-se como meta a criação de novos SRTs inseridos nas comunidades. Deve-se lembrar que o SSCF já tinha um acúmulo no cuidado de usuários da saúde mental dentro de SRTs, sendo que a grande maioria dos SRTs estava locada no Distrito de Sousas e vinculada, na época, ao Hospital Dia.

Vários Caps foram implementados já com o intuito de serem Caps III, e os já existentes foram readequados para também funcionar 24 horas e trabalhar dentro do modelo assistencial proposto. Houve também ampliação do quadro de trabalhadores nas Unidades Básicas, contratando profissionais de saúde (agentes comunitários de saúde, médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem) para trabalhar no PSF-Paidéia, com o objetivo de criar 240 equipes de referências. Foram contratados também, psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras tanto para os Caps quanto para as unidades básicas.

As contratações foram feitas pelo SSCF em parceria com a SMS. Houve intensa negociação com os sindicatos dos trabalhadores de saúde, com o PT, e com o Conselho Municipal de Saúde.

Houve uma aposta nos Caps como **organizadores** da rede assistencial, buscando-se efetivar o tratamento do sujeito no território de sua vida cotidiana e familiar. Essa foi então

uma estratégia dos gestores para que cada território se responsabilizasse pelo tratamento de sua população, sendo necessária a articulação entre os serviços de cada território (Caps, Unidades Básicas, Centros de Convivência) junto com o SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência) e as internações psiquiátricas.

Mudar o gestor que regulava as vagas de internações psiquiátricas foi, portanto, fundamental. A regulação feita pelo Estado passou a ser feita pelo município de Campinas. “O lema era de que nenhum campineiro seria internado fora” (A4) O regulador passou a ser o SAMU, sendo que, ao responder um chamado psiquiátrico, o plantonista decidia qual seria o serviço que acolheria aquele paciente.

O SAMU, no início da gestão, não tinha psiquiatra e as nas ambulâncias havia uma grade, isolando o paciente do motorista, para transportá-lo até os Prontos Socorros ou internações psiquiátricas. Essa grade foi retirada também no primeiro ano da gestão. Antes da inserção de psiquiatras no SAMU, foram feitos alguns arranjos de fluxo na rede assistencial com o intuito de acolher as primeiras crises no território. A proposta era que um ou dois profissionais do Caps de referência juntamente com o motorista e técnico de enfermagem do SAMU atendesse o chamado no local da crise. Essa situação foi lembrada por alguns apoiadores institucionais entrevistados, assim como pelos atores do SSCF que consideraram um sofrimento desnecessário ao trabalhador. Esse arranjo provocou tensões entre os atores (principalmente entre coordenadores e trabalhadores dos Caps e os apoiadores de saúde mental dos DS).

Uma tensão que ficava muito forte era a atenção á crise no território – primeiro atendimento no território, primeiro nos Caps, a utilização nos leitos para os casos novos ou não, tinha toda uma questão para o serviço de urgência

(SAMU) – a gente não tinha o psiquiatra no SAMU (...) era um grande funcionamento nos Caps, era um fuá (tinha caps que fazia outro não) (A5)

De qualquer forma, os gestores do nível central da Secretaria resolveram o problema contratando psiquiatras para trabalharem no SAMU, oferecendo capacitações e realizando diálogos constantes com os profissionais do SAMU, numa tentativa de qualificar a assistência.

Diante de todo o rearranjo da rede assistencial, várias capacitações foram ofertadas nesse período, além de diversos fóruns de discussões terem sido realizados. Essas capacitações eram oferecidas para os servidores públicos e para os funcionários contratados pelo SSCF. Essa situação criou algumas tensões dentro da Secretaria, pelo fato de os profissionais terem vínculos trabalhistas diferentes e de alguns gestores da SMS não concordarem com essa oferta – de capacitação para funcionários contratados via SSCF, que eram CLT. A Diretora do CETS (Centro de Educação do Trabalhador da Saúde) apoiou a iniciativa, apesar de ter tido tensões também com relação à metodologia utilizada.

Investimos grande na capacitação, muito grande, e aí a prefeitura não queria que o povo do Cândido, que era CLT, entrasse na capacitação, não queria que os agentes de saúde, que eram CLT, entrasse, mas a secretaria bancou... (...) tinha conflito quanto a metodologia (...) tinha que ser mais interativo, mais baseado em casos, e não ser tradicional (A1)

O investimento que foi feito com as capacitações, tentando fazer com que todos os profissionais passassem por ela desde os agentes de saúde até o médico generalista... foi um marco bem interessante, acho que a saúde mental tem esse ponto positivo na questão da clínica ampliada (A6)

A ferramenta do apoio matricial utilizado nessa gestão, apesar de ter sido um grande dispositivo do modelo assistencial proposto, sua apropriação e entendimento pelos trabalhadores da saúde mental não foi uma tarefa simples para os gestores. Nem todos profissionais “matriciadores” compreenderam que eles não ofereceriam supervisão e sim discussão de casos, podendo até mesmo, segundo a necessidade avaliada, realizar uma intervenção em conjunto etc. Alguns profissionais reclamaram pelo fato de não ganharem recurso financeiro a mais para dar supervisões.

Para a efetivação deste dispositivo de cuidado, o apoio matricial, era necessário um rearranjo no processo de trabalho dos parceiros (matriciador e equipes de referência dos Centros de Saúde). Muitas vezes acontecia das equipes de referência do PSF – Paidéia não estarem reunidas para que o matriciamento pudesse acontecer - “isso foi motivo de sofrimento para muitos trabalhadores” (A5). Nesse sentido, o investimento dos apoiadores era de articular com a gestão das Unidades Básicas a construção de um processo de trabalho necessário para que o apoio matricial pudesse acontecer. O apoio matricial foi estendido também para outras especialidades.

Outro fator que foi considerado como limitante à implementação do modelo foi a aplicação de recurso financeiro que, no último ano, foi ficando mais escasso.

O ritmo financeiro não caminhou do mesmo modo, até que o (fulano) da SMS falou “escuta não dá para ampliar recurso da saúde mental em termos de profissionais ad eterno” (...) apesar da ampliação precisamos nos estruturar com o contingente que se tinha (A7)

O Caps Integração, situado na região Noroeste, se tornou 24 horas somente no último ano de governo pela escassez do recurso financeiro, da equipe de trabalho ser

reduzida, e do espaço físico da casa ser inadequado. Também por não ter sido, num primeiro momento, prioridade do Distrito. (A5) A solução foi contratar profissionais pelo convênio estabelecido entre SMS e PUCC.

(...) aquela equipe, apesar de ser reduzida e do espaço físico inadequado, já ia experimentando conforme as coisas iam acontecendo no município... não tinha jeito do Caps ser intermediário, ele passou a ter que lidar com a crise de modo diferente do que lidava antes (...) (A5)

A co-gestão entre o SSCF e a SMS foi avaliada como tensa, havendo disputa de poder político e de modelo. Pelas falas de alguns gestores o palco político das correlações de forças de poder foi um fator presente nas negociações de ambas as partes, ao longo dos quatro anos de gestão. A tensão aumentou quando houve a concepção pelos gestores da SMS de que o atual Superintendente deveria sair, pois já ocupava o cargo há alguns anos.

(...) apesar de ter sido muito Paidéia, tentando construir acordo, contrato, oferta e tal, eu teria tratado menos como adversário a direção do Cândido(...) ficou muito conflito desnecessário eu acho, desnecessário do ponto de vista do paciente, do modelo, do essencial sabe, acabou se perdendo... (A1)

Além do mais, esses gestores tinham a intenção de priorizar outro tipo de parceria - montar uma residência multiprofissional em saúde mental. Isso transformaria o lugar social da instituição filantrópica que passaria a atuar menos como unidade assistencial e mais como uma instituição de ensino.

(...) finalmente teria a possibilidade de não apenas a instituição SSCF ser referência à Reforma e ter reconhecimento internacional, mas também todo o município). Porém este foi um dos grande motivos da interrupção do plano: a medida que isto acontecia, o deslocamento do poder de uma instituição

filantrópica/ONG para a SMS, pública/OG foi motivo de grande disputa da gestão das mudanças. (A2)

Apesar das tensões produzidas aparecerem, não houve consenso entre os entrevistados sobre os motivos pelos quais a parceria, necessária por um lado e difícil por outro, foi se tornando palco de disputas políticas.

Acho que uma dificuldade grande é essa situação com o Cândido Ferreira que tinha uma coisa de disputa, acho que tinha disputa de modelo, mas depois eu acho que não era tanto de modelo, hoje eu já não sei mais e acho que não vale mais a pena discutir isso. (A3)

Para um dos agentes decisores entrevistados, o SSCF não se incorporava a um colegiado de gestão ou conselhos, mantendo uma autonomia em relação à diretriz política do município.

A relação público/privado não resolvida na área da saúde, representando em Campinas, a terceirização que a SMS faz com o SSCF, que torna-se igual a qualquer outra terceirização, pois o SSCF não incorpora-se a uma rede de atenção e a um colegiado de gestão ou conselhos, mas como qualquer prestador [...] capta um financeiro, maior que outro prestador do SUS e faz como determina sua política. (A2)

A co-gestão é vista, entre esses agentes (SMS), sob perspectivas diferentes, apontando uma polissemia quanto ao lugar político e assistencial em relação à rede de saúde mental: reconhecendo a importância da instituição quanto a qualidade assistencial; questionando se de fato havia ou não divergência de modelo técnico-assistencial entre as duas partes; considerando uma disputa política entre as duas direções; ou reduzindo a co-gestão numa relação entre prestador e o empregador.

4. Concepções dos agentes sobre o modelo assistencial proposto

O Colegiado Gestor da saúde mental, vinculado à SMS, era um espaço político em que se formulava a política de saúde mental do município. Num primeiro momento, somente a coordenadora de saúde mental e as cinco apoiadoras institucionais participavam das reuniões. Não havia divergências significativas entre elas quanto ao modelo proposto. Eram todas a favor da ampliação de Caps no município, bem como a ampliação de serviços abertos comunitários (Centros de Convivência e Oficinas de Geração de Renda) e de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

No entanto, algumas reflexões surgiram quanto à radicalidade do modelo. A discussão era se a criação de uma rede de saúde mental seria **substitutiva** ou **alternativa** à internação psiquiátrica.

Substitutivo...alternativo talvez... acho que não dá para pensar uma negação. Mesmo naquela época eu tinha essa clareza (...) acho que o debate presente era esse, até de alguns gestores, com essa falsa idéia de que tem que negar um, tem que acabar, para o outro poder sobreviver. (A6)

Com exceção de uma apoiadora que tocou nesta questão, para os outros gestores da SMS essa divergência aparecia com relação a outros componentes da própria SMS.

Tinha disputas dentro da SMS (...) tinha um tensionamento dentro da Secretaria em relação à coordenação de saúde mental... se os Caps dariam conta daquilo que estava sendo proposto. Para dentro da saúde mental tinha certa

homogeneidade - tinha diferentes graus de mais ou menos – mas para dentro da Secretaria tinha o questionamento se os Caps dariam conta ou não, por exemplo, quando a gente falava em fechar os leitos do Cândido. (A5)

Porém, no SSCF essa questão também se fez presente. A divergência baseava-se na possibilidade ou não de internação em hospital psiquiátrico, especificamente no SSCF, visto que eram desse Serviço os únicos leitos ofertados regulados pela Central de Vagas. Em nenhum momento, nas entrevistas, apareceram concepções com relação à qualidade dessa oferta de cuidado, reforçando a idéia de que era a internação psiquiátrica o foco das questões relativas ao modelo – rede substitutiva ou alternativa.

(...) às vezes uma pessoa estava no Caps e precisava de uma internação e a regulação não permitia. Tiveram muitas coisas que precisavam ser discutidas... foi um período de muita delicadeza, difícil... muitos profissionais tiveram sofrimentos que, ao meu ver, não precisariam ter passado por isso. (A7)

A concepção era de que o usuário da saúde mental fosse cuidado no território, que não fosse internado fora de Campinas, tendo o município assumido a regulação de vagas.

Essa gestão queria inverter, mostrar que era possível, que era melhor (tinha uma escolha clínica e política) que as pessoas sejam acompanhadas, sejam tratadas, inclusive na crise, e até especialmente na crise, pela equipe que já acompanha e nos Caps. (...) a gente queria conseguir, na experiência, não era por vontade, tinha que ser no dia a dia nas equipes, nos projetos terapêuticos, que a gente fosse inclusive diminuindo leitos no Núcleo de Atenção à Crise (NAC), dos moradores do Núcleo Clínico, com as moradias era outro desafio, se queria ter terminado essa gestão sem nenhum morador dentro do Cândido. (A4)

Quando as pessoas estão na comunidade elas têm estímulo e aí o que acontece: o profissional, a equipe que acompanha aquele usuário tem que ampliar

o campo de visão para intervir também na área mais significativa da vida da pessoa (...) no cotidiano da família, da vida relacional daquelas pessoas (...). Então, os profissionais tinham que se capacitar, ampliar o modo de olhar, para poder intervir de maneira melhor (A7)

O atendimento à primeira crise foi outro ponto de conflito entre os gestores e trabalhadores. (mencionado na página 68)

(...) por ex. quando inventamos (não tinha psiquiatra no SAMU) e propusemos, nos colegiados abertos e chamando algumas pessoas, que o SAMU iria ligar nos Caps quando recebiam um chamado, foi a pior coisa do mundo! As pessoas iam pro São Marcos, sem jaleco, acontecia um tiroteio etc. era um pedido para além do que as pessoas podiam. (A4)

A maneira como um serviço constrói as ferramentas de trabalho que avalia necessárias, bem como o arranjo de seu processo de trabalho e de suas ofertas de cuidado, também está intrinsecamente relacionada com a construção de seu modelo clínico - de seu modelo de atenção. Dessa forma, a formulação da política de saúde mental, a concepção de modelo, a concepção da clínica e a própria operacionalização do modelo proposto, fazem parte de um mesmo cenário. O processo de formulação e de implementação do modelo assistencial proposto em Campinas evidenciou questões que apontaram para a existência de diferenças quanto ao entendimento do modelo técnico-assistencial e, como desdobramento, da própria concepção de loucura.

(...) aí eu discutia muito no tema do modelo da saúde mental, o que é reabilitação psicossocial, o que é a clínica ampliada na saúde mental, e aí tinha os que priorizavam mais o social, os mais neo basaglianos, os basaglianos, outros clínicos demais, terapêuticos demais e outros muito tradicionais (...). A minha

assessoria tendia mais para o social, mas na composição dos apoiadores ficou mais equilibrado. (...) foi muito tenso, tanto que em relação ao modelo de gestão, essa dualidade serviços municipais, funcionários municipais, serviços do SSCF, parceiros da co-gestão, com todas as diferenças (...) eu cruzava com essas várias linhas, várias formas de entender a saúde mental, a loucura e a terapêutica, né?! (A1)

A gente não tinha um Colegiado de Saúde Mental que pensava igual, por exemplo, na linha da psicanálise com a linha do Basaglia, eu trazia um pouco uma diferença onde não tinha problema falar em clínica, não achava que era uma relação hierárquica do mal etc. (A4)

Havia um consenso entre todos os agentes decisores em relação ao aumento da oferta de serviços abertos à comunidade (implementação de Caps III, Centros de Convivência, novos Serviços Residenciais Terapêuticos, Oficinas de Geração de Renda). Em cada Distrito de Saúde o Caps passou a ser o regulador da rede de saúde mental, a fim de propiciar que cada território assumisse o cuidado de seus usuários. Essa foi uma estratégia usada pelo governo para que o modelo se consolidasse.

Envolvido com essa questão da reforma psiquiátrica, tudo o que a gente pudesse estar ampliando, todos os fóruns para a ampliação dessa rede de cuidado... pra gente era significativo e a gente tinha que ter um posicionamento político no sentido de estimular e participar ativamente desse processo (A7).

Porém, quanto à atenção da saúde mental na Unidade Básica, alguns agentes achavam que, naquela época, o investimento poderia ter sido maior, apesar de reconhecerem um salto qualitativo considerável com o PSF - Paidéia.

O território tem que assumir, mas que condições a gente dava para esse território, que investimento a gente fazia nos centros de saúde do lado da saúde mental para esses territórios poderem assumir os pacientes?! (A6)

(...) um investimento um tanto desproporcional... quem tava na atenção básica avalia essa gestão com um certo ressentimento de que a grande aposta era na Reforma psiquiátrica, no fechamento do hospital (...) num certo tempo da gestão as pessoas acordam para isso, tinha que pensar na atenção básica e tinha que pensar na área da criança e do adolescente. (A4)

A implementação de Caps III foi, então, a grande mola propulsora do modelo. Com sua consolidação visava-se tanto demonstrar que seria possível tratar de casos graves no território quanto proporcionar o surgimento de questões relacionadas ao modelo assistencial da Unidade Básica: a longa fila de espera, as consultas agendadas, as dificuldades no acolhimento desses usuários etc. Para tal, foi necessário, neste momento, que os Centros de Atenção Psicossocial fossem o ordenador da rede assistencial em saúde mental, responsabilizando-se pelos casos clínicos de maior complexidade em cada território, e articulando o fluxo conforme avaliação da necessidade de cada caso (SAMU, retaguarda noturna e internação psiquiátrica).

Programa da Saúde da Família – Paideia foi visto como fundamental na articulação da rede de saúde do município, estando a saúde mental atrelada a ela. A ferramenta de apoio matricial realizado nas equipes de referência das Unidades básicas, assim como a contratação dos agentes comunitários de saúde, visava qualificar e ampliar os atores envolvidos no cuidado em saúde mental.

Concluindo, o modelo de atenção proposto baseado na Reforma Psiquiátrica foi avaliado por todos os agentes decisores entrevistados como positivo, suscitando a criação de novas ferramentas de trabalho e de um novo olhar para o tratamento da loucura. Porém, a internação em hospital psiquiátrico como um equipamento que poderia ou não compor a rede de saúde mental do município naquele momento foi um ponto divergente entre alguns agentes. O lugar do Caps III enquanto uma tecnologia adequada para atender alguns casos na primeira crise também apareceu como um ponto de discórdia. Assim, foi colocado em questão se a rede assistencial de saúde mental, pela maneira como estava articulada, poderia ter sido substitutiva ou alternativa á internação psiquiátrica. A aposta foi na construção de uma rede substitutiva, ampliando e diversificando equipamentos na atenção ao usuário de saúde mental e investindo numa nova modelagem da rede de atenção à saúde como um todo.

Cap IV: Alguns resultados da implementação da política de saúde mental.

1. A rede de saúde mental do município

No decorrer destes últimos 20 anos de Reforma Psiquiátrica e Sanitária em Campinas, verificaram-se arranjos e rearranjos da rede assistencial da saúde pública no município, seguindo as diretrizes do SUS. No tocante à política de saúde mental, no período estudado, o município formulou um modelo assistencial num entrelaçamento entre as diretrizes da política nacional e a singularidade de uma rede assistencial municipal em saúde mental que já vinha sendo construída.

Em 2004, último ano da gestão estudada, verificou-se a ampliação dos serviços de referência no tocante à oferta de cuidado em saúde mental, ao quadro de funcionários e à reestruturação da rede assistencial de saúde mental e de saúde de modo geral.

Alguns desses serviços que compunham e compõem a rede assistencial de saúde mental são administrados diretamente pelo SSCF, em co-gestão com a SMS, outros estão sob administração direta da SMS. Os serviços sob gestão direta do SSCF estão situados em locais diversos no município, estando também vinculados aos Distritos de Saúde dos quais fazem parte. Essa situação iniciou-se nos anos seguintes à co-gestão em 1990, tendo sido intensificada ao longo desses quatro anos.

Porém, nem todos os trabalhadores contratados pelo SSCF estavam necessariamente sob gestão direta dessa instituição, dependendo do tipo de administração sob o qual o

equipamento estava submetido (administração da SMS ou do SSCF). Em Caps administrado diretamente pela prefeitura, uma mesma equipe de trabalho podia ter profissionais com diferentes vínculos trabalhistas: funcionários contratados pelo SSCF (CLT) ou pelo convênio com a PUCC e, funcionários municipais. Essa situação, engendradora nessa gestão, perdura até hoje, com exceção do convênio entre a SMS e a PUCC que foi interrompido. Esse tipo de organização, singular ao município de Campinas, sem dúvida possibilitou um incremento da rede assistencial, mesmo suscitando uma série de questionamentos na Secretaria Municipal de Saúde, nos sindicatos (dos servidores públicos, da saúde), no SSCF e entre os trabalhadores da saúde.

Tabela 1: a relação dos Serviços de Referência em 2000, último ano da gestão anterior, e em 2004, último ano da gestão estudada.

	2000	2004
Caps Aeroporto (SMS)	Caps II	Caps III Novo Tempo
Caps Integração (SMS)	Caps II	Caps III
Caps Estação (SSCF)	Caps II	Caps III
Antônio da Costa Santos (SSCF)		Caps III
HD (SSCF)	HD	Caps III
Davi Capistrano (SSCF)		Caps II
Criad (SMS)	Criad	Caps AD Criad
Cevi (SMS)	Cevi	Cevi (Caps i)
Craisa (SMS)	Craisa	Craisa (Caps i)

Nadeq (SSCF)		Nadeq
NAC (SSCF)	Nac	Nac
SRT	19 (SSCF)	33 (SSCF – SMS)

A rede de saúde mental de Campinas passou a ser composta, em 2004, por 5 Caps III, um Caps II, dois Caps infantil (um mais voltado para atenção de autismo e psicose infantil e outro à drogadição) e um Caps AD (álcool e outras drogas). A internação no SSCF passou a contar com dois equipamentos diferentes (atendimento à crise e à drogadição).

Em agosto de 2001, o Caps Estação sob administração direta do SSCF passou a ser Caps III, com retaguarda noturna. Em setembro do mesmo ano, inaugurou-se o Caps - Antônio da Costa Santos – implementado desde o começo para ser um Caps III. O Caps Estação passou a referenciar o DSN (Distrito de Saúde Norte) e o Antônio da Costa Santos o DSS (Distrito de Saúde Sul).

Na região do Distrito Sudoeste de Saúde, o Caps existente (Caps Aeroporto) foi transformado em Caps III, com mudança de casa (para um espaço mais adequado), de nome (para Caps Novo tempo) aumentando o número dos trabalhadores e buscando assistência integral e ampliada ao portador de sofrimento psíquico. Foi inaugurado outro Caps II (sem retaguarda noturna) – Davi Capistrano - também na região Sudoeste, em 2004.

O Hospital Dia que funcionava dentro do SSCF, desde a gestão anterior já atendia a população vinculada a região Leste do município, usando o recurso dos Leitos Noite do Núcleo de Atenção à Crise (NAC) – vide Capítulo II. Em maio de 2002 muda de endereço

e de nome, deslocando-se para mais perto do centro de Campinas e passando a funcionar como Caps III – Caps Esperança.

No último ano da gestão, 2004, o Caps Integração vinculado ao Distrito de Saúde Noroeste passou também a funcionar como Caps III. Cada Caps III oferecia 8 leitos de retaguarda noturna.

Campinas, portanto, passou a ter um Caps III em cada território (Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste), com exceção da região Sudoeste que contou com dois Caps (um Caps III e outro Caps II).

A qualificação e construção de uma rede de atenção em dependência química e na atenção à criança e adolescente também fez parte da agenda dos gestores. No município existia o CRIAD (Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição) e foi montado o NADEQ (Núcleo de Atenção à Dependência Química), oferecendo 25 leitos psiquiátricos para essa clientela, dentro das dependências do SSCF. A internação fora do município de Campinas foi vista como um problema pela gestão, identificando que essa população (os “dependentes químicos”) era quem mais internava fora do município.

Quanto à Rede da Criança e do Adolescente a proposta era de que fosse uma rede assistencial articulada entre os serviços do SUS (Unidades Básicas e serviços de referências), serviços da Secretaria da Assistência Social (abrigos, programas específicos etc.), Secretaria de Educação etc. Havia um único serviço centralizado que atendia autismo, psicoses infantis e casos de alta complexidade (CEVI), permanecendo até o final do governo. Não houve um aumento da oferta de CAPSi (infantil) nem de CAPS ad (álcool e

outras drogas). O mesmo aconteceu com o CRAISA, o SADA (Serviço de Auxílio a Dificuldade de Aprendizagem).

Apesar de não haver aumentado o número desses serviços de referência (CEVI, CRAISA e CRIAD) foram contratados profissionais para ampliação e reposição dessas equipes. Alguns entrevistados lembraram que em termos de resultados, muito pouco foi implementado dentro dessas duas redes de atenção: da Criança e do Adolescente e de Álcool e outras Drogas.

Embora existisse a rede, existissem pessoas bastante comprometidas, a gente não conseguiu fazer grandes coisas naquela gestão, a gente conseguiu pensar em Caps infantil muito tempo depois. A impressão que eu tinha é que... é como se a gente não conseguisse pegar toda a riqueza das discussões ou as dificuldades que apareciam e transformar, traduzir isso em implementação de serviços, implementação de políticas. (A6)

Quanto aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o município já tinha experiência acumulada nesta clínica, implementando moradias assistidas, antes ainda do respaldo da política nacional. No Distrito de Sousas, havia a oferta de 14 moradias vinculadas ao Caps Esperança, 5 moradias na região Norte vinculadas ao Caps Estação e 3 moradias (duas delas 24 horas), montadas na região sul, com usuários que moravam no Hospital Tibiriçá. Uma moradia em Sousas sob o cuidado da equipe do Nac Todas sob administração direta do SSCF; mas, foram montadas moradias em outras regiões, vinculadas aos Caps III (Integração e Novo Tempo).

O aumento da oferta de equipamentos como os Centros de Convivência e Oficinas de Geração de Renda foi também investimento desses gestores, considerando os locais que tinham maior necessidade e os recursos já existentes em alguns territórios.

Tabela 2: Relação dos CECOS (Centros de Convivência) no município de Campinas

	2000	2004
Centro de Convivência e Arte (SSCF)	X	X
Casa de Cultura Cândido/Fumec (SSCF)	X	X
Rosa dos Ventos (SSCF)		X
Tear das Artes (SMS)		X
Portal das Artes (SMS)		X
Toninha	X	X

Na região do Distrito de Saúde Leste já funcionava o Centro de Convivência e Arte, dentro das dependências do SSCF e o Centro Cultural Cândido e FUMEC também no Distrito de Sousas, sob administração do SSCF, numa parceria com a FUMEC. O Centro de Convivência Toninha, na região Noroeste, também já existia pela iniciativa da comunidade.

Nessa gestão, foram criados, em 2002, o Centro de Convivência Tear das Artes, na região Sudoeste e, na região Sul, o Centro de Convivência Portal das Artes, em dezembro de 2004. Os dois serviços sob administração direta da SMS. Em abril de 2004, foi

implementado o Centro de Convivência Rosa dos Ventos, na região Sul, sob administração direta do SSCF.

Houve um aumento na oferta de Oficinas de Geração de Renda com o intuito de incluir mais usuários da saúde mental nessa modalidade de tratamento. Foi montada uma loja do NOT – Armazém das Oficinas – com o intuito de vender os produtos produzidos por todas as oficinas de geração de renda do município. Investiu-se também na criação de uma Oficina de Geração de Renda Unificada, com a iniciativa de alguns profissionais que trabalhavam nas Unidades Básicas (CS São Quirino, CS Santa Bárbara, Caps Integração), para otimizar os espaços de venda dos produtos produzidos pelos usuários de saúde mental.

Foi ofertado apoio matricial para as 147 equipes da Saúde da Família – Paidéia. E, em 2003 foi ofertado plantão psiquiátrico noturno no SAMU. Foram realizadas várias capacitações para as Unidades Básicas, incluindo o tema da saúde mental. Porém, para alguns gestores a escolha nesse momento foi, com relação a saúde mental, pelo incremento dos serviços de referências. (CAPS)

Muitos foram os investimentos na rede pública de saúde e no tocante ao incremento da rede assistencial em saúde mental. A grande aposta foi na redefinição do recurso financeiro, em consonância com a diretriz da política nacional de saúde mental, buscando a consolidação de uma rede substitutiva à internação psiquiátrica.

Os recursos foram transformados: dos leitos de internação integral aos serviços abertos e rede comunitária com centros de convivência e geração de renda; do serviço privado ao público e filantrópico; supervisão para as equipes dos CAPS e da Atenção Básica (24)

Os Caps passaram a ser os ordenadores da rede de saúde mental em cada Distrito de Saúde. As vagas das internações psiquiátricas eram reguladas pelo município (SAMU), e encaminhadas aos Caps conforme a avaliação do psiquiatra em serviço. As altas dos casos que estavam internados também eram dirigidas ao Caps de referência do usuário em questão.

Observa-se então que houve aumento substancial do número da oferta de Caps III, bem como de todo um aparato assistencial para a construção da rede: Centros de Convivências, SRT, Oficinas de Geração de Renda e a oferta de apoio matricial para as equipes de referência do Programa da Saúde de Família - Paidéia. Esse aumento, em tão pouco tempo de gestão, pode ter sido fruto dos anos de experiência e implicação dispensado ao cuidado em saúde mental, além dos fatores facilitadores, já citados, que viabilizaram esse processo.

Obviamente, o funcionamento de uma rede substitutiva à internação psiquiátrica necessita da articulação entre várias modalidades de tratamento e a ampliação da oferta desses serviços se faz necessária. Porém, sabe-se que um modelo assistencial para se garantir necessita de ferramentas de trabalho e um processo de trabalho em equipe que dão sustentação ao modo de operar a clínica do cuidado. Campinas, nesse sentido, tem uma história de saúde pública voltada para a construção de uma rede, onde a qualidade do cuidado sempre esteve em pauta, assim como discussões acerca dos modelos técnicos-assistenciais vigentes e futuros, incluindo a maneira de se fazer gestão e de política pública. A co-gestão com o SSCF foi elaborada e estruturada, na sua origem, sob os mesmos parâmetros e pelos mesmos atores que participaram ativamente da construção dessa rede pública e assistencial no campo das ações em saúde.

Para Merhy (25), as ações de saúde adquirem formato de modelos técnico-assistenciais, enquanto política governamental, elucidando os saberes tecnológicos que se mobilizam para se efetivarem e do processo institucional-assistencial que concretiza suas ações. Essas ações “expressam uma dada construção do que é objeto “saúde e doença”, expressando uma maneira particular de organizar a produção destas ações como serviços.”

(25)

Nesse sentido, o modelo assistencial proposto no cuidado em saúde mental no município de Campinas – a construção de uma rede substitutiva – visou o combate dos mecanismos de exclusão do louco, ocorridos, num primeiro momento, dentro do manicômio, desdobrando-se para a importância dos mecanismos favoráveis à Reabilitação Psicossocial.

2. Fatores que facilitaram e que dificultaram a política

O panorama da política nacional na construção de um modelo assistencial em saúde mental foi um fator facilitador fundamental para a formulação da política no município. Em 2001, dois eventos marcaram a política nacional de saúde: a aprovação da Lei nº 10.216, a lei da Reforma Psiquiátrica, e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Essa política expandiu o desenho de um modelo assistencial diversificando suas linhas de atuação dentro das seguintes diretrizes: avaliação dos hospitais psiquiátricos e desospitalização; o programa de Volta para Casa, facilitando mediante auxílio financeiro a

inserção na vida familiar e pública de pessoas que passaram por internações longas; e a ênfase na expansão do modelo de Caps (18).

No período estudado, houve legitimidade e apoio às ações que envolviam a criação e articulação da rede de atenção substitutiva em saúde mental, seguindo a diretriz da política nacional, tanto do Prefeito quanto do Secretário de Saúde com relação aos agentes decisores e formuladores dessa política. A escolha da equipe de apoiadores institucionais, feita pelo próprio Secretário de Saúde ou pela Coordenadora de Saúde Mental, também foi um fator facilitador da formulação e implementação da política de saúde mental no município de Campinas, possibilitando a constituição e consolidação de um grupo de trabalho que compartilhava a mesma visão sobre as diretrizes no modo de conceber a política de saúde mental.

O grupo do Colegiado Gestor da SMS (Coordenadora e Apoiadoras Institucionais de saúde mental) era coeso, sem grandes tensões internas, apesar de ter aparecido pequenas divergências quanto ao modelo clínico de tratamento. A fala de um entrevistado elucida bem essa coesão:

Enquanto ator político na saúde mental facilitava muito essa coesão. A gente tinha uma identidade própria enquanto co-gestor, por mais que tivesse divergências elas não impediam de fazer política, não era nesse nível... (...) a coesão interna do grupo facilitava o trânsito com a SMS. (A6)

A legitimidade dos agentes decisores vinculados à SMS (Secretário de Saúde, Diretores de Saúde etc.) com relação ao modelo assistencial proposto, possivelmente permitiu a invenção de soluções que viabilizaram a política assistencial formulada, na medida em que se verificou a necessidade de aumento de recurso humano, pactuando

soluções alternativas que foram as contratações via processos seletivos. Mesmo enfrentando dificuldades, o que implicou em grandes negociações com o Conselho Municipal, com os Sindicatos envolvidos, no PT e, com outros atores dentro da SMS, o quadro dos trabalhadores de saúde aumentou consideravelmente: foram contratados 534 Agentes Comunitários de Saúde, criada 135 Equipes de Saúde da Família, ampliando a jornada de trabalho de alguns trabalhadores e contratando médicos e enfermeiros (26). Foram contratados também psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais para compor o quadro de funcionários dos Caps, do SAMU e dos Centros de Saúde.

A escolha por uma gestão participativa organizada em Colegiados Gestores (nucleares e ampliados) foi uma característica forte desse governo. As rodas de discussões realizadas com os coordenadores dos Serviços de Referência, trabalhadores da saúde e de outras Secretarias (Assistência Social, Educação etc.) foram espaços considerados necessários para que a **rede** assistencial de saúde mental se organizasse e se articulasse. As discussões eram densas, intensas, heterogêneas, seguindo a meta proposta de coletivização do modelo assistencial formulado.

(...) tudo muito vivo, as rodas... onde você fosse, tinha uma intensidade... (...) no bom sentido a disputa é construtora de processos, dos projetos... era tudo muito apaixonado, uma defesa do SUS muito forte (...) (A5)

Nesses fóruns apareciam resistências quanto à maneira como o modelo estava sendo implementado e divergências sobre aspectos específicos da nova proposta. Como exemplo, cito a lugar da internação psiquiátrica como palco de disputas políticas e de modelo, apesar de ter sido consenso entre os gestores a descentralização e territorialização dos recursos

assistenciais e o incremento da rede de cuidado da saúde como um todo (PSF-Paidéia e serviços especializados em saúde mental).

Dessa forma, o modo de se fazer gestão, muito mais do que simplesmente considerar que tenha sido um fator que dificultasse o processo da formulação/implementação, foi uma diretriz ética-política escolhida pelos seus agentes.

O tempo político, da gestão, também deve ser considerado como inerente ao próprio processo de formulação e implementação. O fato de se querer transformar o modelo assistencial, o status quo de uma rede de cuidado, circunscrita num período de quatro anos, colocou em cena a relação que os diversos atores (gestores e trabalhadores) estabeleciam com seu trabalho vivo.

Fazer política é muito difícil... até onde você pressiona, até onde você compõe, até onde você compra conflito, até onde você adia... mudança cria conflito (...) (A1)

O gestor tem que fazer o mais rápido possível com a menor dor para o trabalhador, eu acho que o tempo do gestor é muito pequeno pro tempo de quem tem que mudar seu processo de trabalho (...) (A5)

A maneira como cada agente decisor se colocou (compondo com o parceiro, escutando-o, ou impondo sua opinião etc.) frente às articulações políticas necessárias podem ter sido fatores que facilitaram ou dificultaram o processo político de transformações de modelo.

O aspecto financeiro limitou as contratações de profissionais da saúde, o que levou a rearranjos internos no processo de trabalho das equipes.

A parceria entre SSCF e SMS foi necessária e tensa, como já foi dito antes, e se deu numa co-relação de forças paradoxal na medida em que todos os atores vieram de um mesmo campo ideológico: da Reforma Psiquiátrica e Sanitária. Além do mais, eram conhecidos, amigos, professores, alunos, uns dos outros, tendo ocupados diversas funções ao longo de sua vida profissional. A compreensão (positiva ou negativa) que esses atores tinham da co-gestão determinava, de certo modo, o rumo da política, podendo facilitar ou dificultar a maneira como se operava a negociação nos espaços decisórios.

A direção do Cândido trabalhava pela sobrevivência do Cândido, a prefeitura não (...) quando eu era superintendente, quando eu era diretor dessa fundação, antes da gestão, eu ia pra prefeitura e brigava pela sobrevivência do Cândido (...) (A1)

Porém, para os gestores da SMS (Coordenadoria de Saude Mental) a grande dificuldade foi com relação ao fechamento de leitos de internação no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, visto que os Caps III, sob administração direta do SSCF, ainda internavam no Núcleo de Atenção à Crise do hospital, mesmo tendo retaguarda noturna nos Caps. Esse aspecto foi entendido por esses gestores como uma “não incorporação e/ou aceitação do modelo substitutivo ao hospital – a Reforma Psiquiátrica Brasileira – pelo parceiro”. (27)

Parece que o fato de os leitos de internação do SSCF (40 leitos no total) ainda serem utilizados pelos Caps e pelos Prontos Socorros das Universidades foi considerado como a grande dificuldade da implementação do modelo, podendo concluir, grosso modo, que havia uma divergência de diretriz política entre os dois parceiros (SMS e SSCF). Porém, apesar de essas dificuldades serem relatadas em alguns documentos da SMS, não

fica claro que o ponto de tensão entre as duas partes tenha sido somente em decorrência dessa divergência, visto que, pelo relato de alguns agentes vinculados à SMS, a disputa se deu numa dificuldade em estabelecer alguns diálogos com relação ao campo da clínica, do tratamento, e, das disputas políticas.

Porém, para os agentes decisores entrevistados (SMS e SSCF), eles eram portadores de um mesmo discurso ideológico, o das **Reformas**, implicando necessariamente em mudanças e em construção de novas redes sociais e políticas. Nesse processo todo, os tempos de assimilação da nova proposta por cada ator social (gestores e trabalhadores) foi diferente. Os palcos de negociação foram constitutivos do próprio processo de formulação, em que cada ator representava um lugar político na correlação de forças.

A reflexão que insiste em aparecer ao se pensar o processo da formulação e implantação de um modelo assistencial proposto, é em relação ao lugar que cada ator ocupou no campo decisório da política, no tocante a suas argumentações, opiniões, implicações e desejos. Neste sentido, ficou evidente que o lugar efetivo de cada gestor em relação ao seu parceiro – todos vinculados à Reforma Psiquiátrica e Sanitária – foi sendo construído e redefinido ao longo dos processos decisórios, entremeado pelo cotidiano dos impasses e das disputas políticas.

Se o homem adocece
É porque ele não pode ser domesticado
(Carlo Viganò)

Considerações Finais

O cenário da formulação da Política Nacional de Saúde Mental no período de 2002 a 2004 favorecia a construção de uma rede de atenção no campo da saúde mental densa, complexa e com várias modalidades de tratamento. Calcada no modelo técnico-assistencial segundo os ideários da Reforma Psiquiátrica, a rede municipal, sob gestão do PT, formulou suas políticas enquanto intervinha de modo a fechar o último hospital psiquiátrico privado do município e aumentar a oferta de diversos equipamentos assistenciais que passaram a compor a rede.

Dentro dos quatro anos de gestão, houve um aumento substancial da oferta de serviços que prestavam cuidado nesse campo assistencial. Os atores decisores encontraram um cenário municipal também favorável à formulação da nova política. Na verdade, a maioria desses agentes viveu parte de sua história profissional nesse mesmo município, relacionando-se entre si através da rede de saúde, em defesa do SUS, da Reforma Psiquiátrica e de discussões sobre temas importantes da saúde coletiva tais como: os modelos técnicos-assistenciais existentes; os modos de se fazer gestão; as diversas concepções sobre planejamento de serviços; indicadores de qualidade etc. Fundamentalmente, o cenário da rede municipal de saúde pública, ao longo dos últimos 30 anos, apostava em espaços democráticos em que o trabalhador pudesse se apropriar tanto

do processo de trabalho da unidade assistencial da qual fazia parte, quanto de seu próprio processo, podendo construir, no coletivo de sua equipe, novos processos de prática do cuidado.

Esse panorama dos agentes em relação ao contexto da política de saúde do município foi se construindo no decorrer dos anos, sob diversas gestões. Portanto, eles já faziam parte, de formas diversas, da rede municipal de saúde (como professores, gestores, trabalhadores, supervisores). Alguns deles eram lideranças dentro do movimento da Reforma Psiquiátrica e Sanitária (um exemplo disso é que dois deles foram convidados a participarem das formulações da Política Nacional de Saúde no Ministério da Saúde).

O grupo político da SMS era forte, tinha um corpo, uma identidade e estava submetido à mesma forma de pensar: a da política nacional de saúde mental. Ao assumir o governo, construiu uma gestão calcada nas **rodas** de discussão, visando, na saúde mental, a articulação das diversas redes assistenciais (da Reabilitação Psicossocial, da Criança e do Adolescente, da Dependência Química). Obviamente, a oferta dessas rodas colocava em pauta os problemas levantados com relação à articulação da rede assistencial em si e à viabilização de suas práticas de cuidado, além dos consensos e divergências acerca do modelo assistencial proposto. A metodologia deste estudo não permitiu apreender de modo mais aprofundado o teor desses problemas, porém alguns conteúdos foram relatados pelos agentes decisores.

Havia também uma gama de trabalhadores envolvidos com a assistência em saúde mental dentro desse contexto de estimular uma prática de cuidado em que o pensar é bem vindo e a criação uma aposta. Vários serviços foram montados, antes dessa gestão, a partir

de equipes com tradição em refletir e reinventar suas práticas assistenciais e seus processos de trabalho, a partir do surgimento de problemas verificados nesse cotidiano. Alguns Centros de Saúde tinham equipes que já se voltavam para a atenção em saúde mental, experimentando diferentes modos de cuidado para atender essa clientela. O próprio SSCF, com todo o arcabouço teórico e prático construído durante o processo de desospitalização e desinstitucionalização, torna-se um interlocutor importante do movimento da Reforma Psiquiátrica e, especificamente, das concepções que circunscrevem a noção de tratamento em saúde mental.

Com relação ao modelo assistencial formulado, não apareceram na pesquisa divergências significativas entre o grupo dos agentes decisores da SMS. Porém, vários desses agentes colocaram a existência de tensões entre a SMS e o SSCF, que apontaram para possíveis disputas políticas, numa correlação de forças, dificultando o processo de formulação. Circunscrevo duas questões, podendo ser desdobradas numa terceira, que apareceram claramente na fala dos entrevistados, numa tentativa de apreender o motivo da discórdia.

A primeira questão, citada por alguns agentes, foi sobre entendimento do lugar da internação psiquiátrica na rede assistencial: ou como modalidade de tratamento que comporia uma rede **alternativa** à própria internação; ou, negando-a e partindo em busca de uma rede **substitutiva** à internação. A segunda diz respeito às diversas concepções sobre o convênio de co-gestão (SMS e o serviço filantrópico SSCF); mais especificamente, sobre o lugar dessa parceria em que o filantrópico (“privado”) fica a serviço do SUS, do público, compondo a rede assistencial, seguindo as mesmas diretrizes, mas carregando na sua própria estrutura uma autonomia relativa em relação a algumas condutas advindas do

parceiro/governo, pelo fato de existir um Conselho Diretor composto por várias instâncias de representação e uma assembléia de sócios.

A internação nesse período era feita ou no NAC (Núcleo de Atenção à Crise) do SSCF, com as vagas reguladas pelo município (consequência dessa gestão), ou nos Prontos Socorros Universitários, sem regulação municipal. Talvez por isso a questão da internação tenha aparecido de maneira dicotômica - internar ou não internar - sem deixar claro o foco do problema: a internação em si mesma, como dispositivo de tratamento ou, a internação em hospital especificamente psiquiátrico.

Basaglia (28), a partir da constatação de que os mecanismos de violência e de exclusão pelos quais o louco estava submetido dentro do manicômio, e da psiquiatria clássica servir a esses mesmos propósitos, propõe o fim dessa instituição como modalidade de tratamento. Com isso, coloca em cena outras modalidades terapêuticas, tentando superar a dicotomia saúde/doença de modo paradoxal, e chamando a atenção dos terapeutas para que se atenham ao **doente**.

Uma comunidade que pretenda ser terapêutica deve levar em conta essa realidade dúplice – a doença e a estigmatização – a fim de poder reconstruir gradualmente a face do doente como era antes de a sociedade, com seus numerosos atos de exclusão e com a instituição por ela inventada, agir sobre ele com sua força negativa. (28)

Porém, Basaglia é categórico ao dizer que o fato de se implementar Comunidades Terapêuticas não garante por si só a terapêuticidade das ações. Essa é garantida somente se a instituição de tratamento conseguir focalizar a dinâmica de seus próprios mecanismos de exclusão e dos mecanismos da sociedade de modo geral. (28) A missão proposta por ele,

levada ao extremo, é grandiosa e messiânica – “a luta pela liberação do louco se unia àquela mais geral de liberar a sociedade inteira da invasão da lógica do lucro”. (29)

Ao mesmo tempo em que seu pensamento se desdobrou no movimento de extinção do manicômio, ele denuncia que os mecanismos de violência também podem estar presentes, de formas sutis, nas instituições que visam tratar o louco no lugar do manicômio. Em sua época essas instituições seriam as Comunidades Terapêuticas e, atualmente, esse lugar hegemônico de tratamento seria ocupado pelos Caps.

Face ao pensamento basagliano, pode-se afirmar que a constatação dos mecanismos de exclusão aos quais o louco está submetido supera a noção de tratamento? O pensamento de Basaglia é complexo e paradoxal: identificar os mecanismos que objetifica o doente é ao mesmo tempo colocá-lo em cena, colocar o sofrimento em cena. Mas, sua aposta é numa prática clínica em que o modo de operar reduz a própria noção de tratamento aos mecanismos de exclusão e violência.

Talvez, o movimento basagliano da extinção do manicômio tenha em Campinas assumido um modelo mais operativo, sem se ater às nuances e aos paradoxos inerentes ao seu pensamento. Ao comentarem sobre a existência de um conflito entre um modelo que tendia mais para o “social” e outro mais para o “clínico”, os agentes decisores expressaram a existência de uma discordância com relação a alguns aspectos do modelo tecnológico; ou, de que essa antítese (social-clínico) estava denunciando algo do processo de formulação da política que naquele momento não estava sendo priorizado.

A prática do cuidado em saúde mental é complexa, difícil e requer a construção de uma prática coletiva (multiprofissional), no cotidiano assistencial, em resposta aos casos

graves, de difíceis manejos e busca de soluções que apaziguam o sofrimento psíquico. Para tal, é necessário acompanhar ativamente as soluções e invenções que o próprio sujeito possa encontrar para seu sofrimento. Assim, discutir a prática clínica dispensada ao cuidado dessa clientela se fez e se faz presente no cotidiano de uma equipe.

Uma certa maneira de responder e endereçar-se ao sujeito, uma certa maneira de intervir ou não, um cálculo da posição que é preciso ocupar, são exigidos em todos os momentos da permanência do paciente na instituição, sob pena de isso torna-se difícil para os outros ou insuportável para o sujeito. (30)

A dimensão clínica coloca o tempo a seu favor, na medida em que há algo a ser tratado, escutado e singularizado na atenção ao portador de sofrimento psíquico. Dessa forma, é o caso, o sujeito, quem dá a direção do tratamento. Essa dimensão pode ser o terceiro motivo que intensifica as tensões políticas entre os dois parceiros.

Talvez o que estivesse em jogo naquela época fosse a tensão entre o tempo da gestão - da implementação dos equipamentos, e o tempo da prática assistencial. Tenho a hipótese de que o “tempo clínico” tenha suscitado questionamentos a respeito dos Caps ocuparem tanto um lugar central no tratamento do usuário quanto na composição da rede assistencial, onde as demandas apareciam dentro de uma rede que ainda estava sendo implementada. Lembro aqui a proposta feita aos trabalhadores dos Caps para atenderem a primeira crise, juntamente com o SAMU, quando ainda não havia psiquiátra nesse serviço.

Diante da dicotomia internação/não internação inerente aos impasses do modelo técnico-assistencial, escolho enveredar pelas duas funções atribuídas às instituições de tratamento. A primeira, a função social, é vista como “uma necessidade de resposta social a fenômenos clínicos (...) que podem levar o sujeito à exclusão social absoluta e até a morte”.

(30). Segundo o autor a instituição também existe para acolher o sujeito, colocá-lo ao abrigo, à distância, assisti-lo. A segunda, a função terapêutica, refere-se à construção de uma prática clínica que necessita de uma resposta coletiva, de escuta, de invenções de dispositivos, frente aos casos de intenso sofrimento psíquico.

A maneira pela qual Zenoni aborda o tema das funções inerentes às instituições de tratamento supera a concepção de um lugar ideal de tratamento do louco – “não é porque uma instituição cura que ela deve ser mantida nem porque ela não cura que deve ser suprimida” (30) - colocando acento em uma prática de cuidado em que essas duas funções estão totalmente imbricadas.

Sem o limite da função sua função social, a instituição corre o risco de se transformar em um lugar de alienação, de experimentação e, sem o limite da sua função terapêutica, ela corre o risco de ser simplesmente suprimida. (30)

Quanto ao lugar da co-gestão na composição de uma rede assistencial pública, essa é uma discussão ampla e atual que envolve a área da saúde como um todo. A solução encontrada pelo gestor municipal, frente aos limites impostos pela *Lei de responsabilidade fiscal*, colocou a parceria com o SSCF em vários lugares diferentes: ampliando sua responsabilidade assistencial, na medida em que aumentou os serviços abertos à comunidade administrados diretamente por ele; e como tercerizador de mão de obra, contratando profissionais de saúde mental para qualificar os Caps e Centros de Convivências sob administração direta da SMS e, contratando profissionais da saúde como um todo para viabilizar o Programa da Saúde da Família Paidéia.

Esses diferentes lugares que o SSCF passou a ocupar na rede municipal (ampliação de serviços sob sua administração e parceiro “tercerizador” de profissional da saúde) foram

construídos sob a responsabilidade desses dois parceiros, numa aposta de que os benefícios superariam as dificuldades que poderiam surgir.

O recurso financeiro advindo do SUS era dirigido à instituição conforme os projetos: uma parte destinava-se ao convênio “mãe”, sustentando os projetos da saúde mental daqueles serviços administrados diretamente pelo SSCF, outra parte destinava-se aos Termos Aditivos do convênio para pagar os profissionais de saúde e de saúde mental que trabalhavam nos serviços administrados diretamente pela SMS, além dos aluguéis de imóveis que sediavam um serviço assistencial (alguns Caps, por exemplo) Essa situação perdura até hoje.

A correlação de forças, de poder, é constitutiva ao próprio convênio. Conforme a gestão da SMS e do SSCF, a parceria se constituiu de diversas maneiras. Houve momentos em que o projeto de saúde mental não era prioridade para o governo municipal, tendo o SSCF que sustentar o projeto com seu patrimônio (suas terras); outros momentos em que garantia condições melhores assistenciais do que os serviços de saúde mental administrados pela SMS que estavam sem investimento de recurso humano, de capacitações, supervisões etc. Quanto aos diferentes lugares ocupados por essas duas instituições (SMS e SSCF), ao longo dos anos, com relação ao investimento financeiro e político-assistencial, pode-se falar que há duas redes diversas (serviços SSCF e SMS) quanto às diretrizes da política de saúde mental do município de Campinas?

Apesar desse governo ter priorizado uma gestão democrática com fóruns de discussão entre os diversos atores sociais, a dicotomia Cândido/rede, no decorrer dos quatro anos, se intensificou. Talvez fomentada pela dicotomia existente na saúde entre

público/privado. Segundo Aciole (31), “é fundamental desfazer a confusão de se considerar *estatal* como sinônimo de *público*; bem como deixar de ver o *privado* como o *não-estatal*”. Essa é uma discussão ampla dentro do campo da saúde e necessária ao entendimento dos motivos pelos quais essa oposição tenha se intensificado. Não me aprofundarei nessa discussão, mas retomo a questão acima sobre a possível existência de duas redes assistenciais divergentes. O que as diferenciariam, já que as duas servem ao mesmo propósito e atendem a uma mesma população? Seria a motivação assistencial dos profissionais, o palco da disputa, já que está diretamente atrelada aos investimentos tecnológicos, de condições de trabalho etc. A supressão da co-gestão garantiria o investimento necessário à otimização e qualificação dos serviços administrados pela prefeitura?

Outro fator possível, já citado, diz respeito à própria tensão constitutiva inerente ao processo político e decisório de ambas as partes, numa parceria em que muitas vezes as lideranças divergem a respeito da escolha por um modelo técnico-assistencial ou sobre a maneira de se fazer gestão. Considero o tempo político e assistencial de cada parceiro também com uma tensão constitutiva, na medida em que as elaborações que cada um faz a partir de suas experiências assistenciais podem ou não condizerem com a maneira com que o outro formula uma determinada ação político-assistencial.

Dessa forma, todos os serviços e profissionais da saúde, implicados com a assistência, estão submetidos às mesmas tensões constitutivas inerentes à escolha de um modelo técnico-assistencial que qualifica a prática de cuidado ofertada pela rede pública de saúde. A construção de uma **rede** assistencial articulada entre si se dá dentro de diversos espaços coletivos – serviços, fóruns de gestão, na academia, nos núcleos de estudos etc. -

num ritmo constante em que os impasses são fundamentais e constitutivos à própria construção.

Concluindo, o período mostrou grande investimento voltado à formulação de um modelo político em saúde mental, dentro de uma proposta de gestão coletiva e participativa. A relação das lideranças políticas da SMS, desses agentes decisores, com a rede pública do município, facilitou o processo de formulação e de implementação do modelo técnico-assistencial. Na medida em que esses gestores, juntamente com outros atores sociais (trabalhadores, conselheiros municipais, gestores de serviços etc.), já participavam de movimentos políticos e sociais que preconizavam a construção de uma rede alternativa/substitutiva à internação psiquiátrica, essa situação provavelmente contribuiu na legitimação necessária aos gestores para que novas soluções fossem inventadas a fim de viabilizar as ações políticas indispensáveis à implementação do modelo.

O panorama geral é de uma rede densa em saúde mental, territorializada, com todos os serviços assistenciais (SMS e SSCF), participando dos fóruns de gestão: nos Distrito de Saúde, nos Conselhos Locais, Distritais e Municipal, na Câmara Técnica em saúde mental etc. Dessa forma, as discussões concernentes à prática de cuidado em saúde mental aumentaram conforme os serviços foram enfrentando novos desafios. Os Caps (seja administração direta do SSCF, seja da SMS) tiveram que se instrumentalizar, buscando novas ferramentas de cuidado.

A substituição do manicômio e a superação da prática de exclusão e violência ao louco devem ser a diretriz política de todo governo, podendo estar presentes, de modo sutil ou não, em qualquer serviço de atenção em saúde mental. Contudo, é fundamental, para

uma equipe de gestores e trabalhadores, considerar que somente a partir de discussões sobre as concepções de tratamento, sobre os modelos técnico-assistenciais, se tem acesso a novas discussões nesse campo. Ou seja, somente considerando quais são as dimensões éticas que ancoram a prática clínica é que se pode garantir e elaborar os pilares que sustentam o tratamento dos sujeitos acometidos pelo sofrimento psíquico, construindo, dessa forma, a diretriz de cuidado para cada sujeito em questão.

Referências Bibliográficas

1. Viana ALD. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais sobre políticas sociais. In: Canesqui AM. Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. p.205-15.
2. Bezerra Jr B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: rev. Saúde Coletiva* 2007; 17 (2): 243-250.
3. Campos FBC. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.
4. Medeiros MH da R A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1994.
5. Lemieu. *Apud* Viana ALD. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais sobre políticas sociais. In: Canesqui AM. Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. p.205-15. p.207
6. Ferrera M. *Apud* Viana ALD. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais sobre políticas sociais. IN Canesqui AM.Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: Hucitec; 1997.
7. Queiroz MIP de. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. *Ciência e cultura* 1987; 39(3): 272-286.
8. Alberti V. História oral: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1990.

9. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.
10. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.
11. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira [Tese - Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
12. Basaglia F. Conferenze brasiliane. Milano: Raffaello Cortina, 2000
13. Amarante P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. Cad. Saúde Pública (online) 1995; vol.11 (3): 491-494.
14. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2005.
15. Basaglia F. Carta de Nova York – o doente artificial. In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Amarante P. (org). Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
16. Depoimento oral de Merhy E.
17. Nicácio F, Amarante P, Barros Dias D. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: Amarante P. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005. P. 196
18. Borges CF, Baptista TW de F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad. Saúde Pública 2008; 24(2): 456-463.
19. Campinas, Cedoc (Centro de Documentação da Secretaria de Saúde) 1992; caderno 0228, pasta 031.

20. Cedoc (Centro de Documentação da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas). 1999, caderno 0280, pasta 039.
21. Furtado P, Bagnola EPP, De Sordi GS, Romanelli RE. Uma saída coletiva: o deslocamento de pacientes e profissionais rumo à comunidade em um serviço de saúde mental de Campinas, Brasil. In: VIIth World Congress: La réhabilitation psychosociale: encourager la diversité et préserver l'équité, Paris, 2000.
22. Campinas, PMS, SMS, Programa de Atenção Psicossocial, fev. 2001 – “A saúde mental no projeto Paideia de Saúde da Família SUS/Campinas”.
23. Campinas, SMS. Saúde Mental: o apoio matricial ao Paidéia – Saúde da Família, junho de 2001.
24. Documentos cedidos pela coordenadora de saúde mental na gestão (2001 a 2004). “A rede de Saúde Mental do município de Campinas” e “Tabela com as possibilidades de escolha dos profissionais pelos serviços de atenção em saúde mental” (junho de 2001).
25. Merhy E. Saúde Pública como política. São Paulo: Hucitec, 1992.
26. Cedoc(Centro de Documentação da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas). Caderno 0236, pasta 32
27. Campinas, PMS, SMS, Breve Relato de Saúde Mental de Campinas. 2005
28. Basaglia F. As instituições da violência. In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Amarante P. (org). Rio de Janeiro: Garamond, 2005.pgs 91-131.
29. Viganò C. Basaglia com Lacan. Mental, 2006. Vol.4 (6): 15-26
30. Zenoni A. Psicanálise e Instituição – a segunda clínica de Lacan.Revista de saúde mental do Instituto Raul Soares, 2000. Ano1 (0)

31. Acirole G.G. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. *Interface*, 2006. V 10 (19): 7-24

Bibliografia

Alberti V. História oral: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1990.

Amarante P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. Cad. Saúde Pública (online) 1995; vol.11 (3): 491-494.

Basaglia F. Carta de Nova York – o doente artificial. In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Amarante P. (org). Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

Basaglia F. As instituições da violência. In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Amarante P. (org). Rio de Janeiro: Garamond, 2005.pgs 91-127

Basaglia F. Conferenze brasiliane. Milano: Raffaello Cortina, 2000

Bezerra Jr B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. PHYSIS: rev. Saúde Coletiva 2007; 17 (2): 243-250.

Borges CF, Baptista TW de F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad. Saúde Pública 2008; 24(2): 456-463.

Campos FBC. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.

Campos GW de S. Reforma da Reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997, p.133.

Campinas, Secretaria de Saúde, Programa de Atenção psicossocial, fev. 2001.

Campinas, SMS, Saúde Mental: o apoio matricial ao Paidéia – Saúde da Família, junho de 2001

Campinas, Prefeitura Municipal Campinas, Secretaria Municipal de Saúde, jun. 2001.

Campinas. SMS, Cedoq (Centro de Documentação). 1992; caderno 0228, pasta 031.

Campinas. SMS Cedoq (Centro de Documentação). 1999, caderno 0280, pasta 039.

Campinas. SMS Cedoc (Centro de Documentação). Caderno 0236, pasta 32

Campinas, PMS, SMS, Breve Relato de Saúde Mental de Campinas. 2005

Doimo AM, Rodrigues MMA. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. *Política & Sociedade*, 2003. N. 3: 95-105

Furtado P, Bagnola EPP, De Sordi GS, Romanelli RE. Uma saída coletiva: o deslocamento de pacientes e profissionais rumo à comunidade em um serviço de saúde mental de Campinas, Brasil. In: VIIth World Congress: La réhabilitation psychosociale: encourager la diversité et préserver l'équité, Paris, 2000.

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2005.

Medeiros MH da R A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1994.

Foucault M. Política e ética: uma entrevista. In *Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2006.

Foucault M. A propósito daqueles que fazem a história. In *Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2006.

Lemieux V. Apud Viana ALD. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais sobre políticas sociais. IN Canesqui AM. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

Nicácio F, Amarante P, Barros Dias D. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: Amarante P. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

Queiroz MIP de. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. *Ciência e cultura* 1987; 39(3): 272-286.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira [Tese - Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Anexo 1 (Roteiro)

Identificação do entrevistado

1. Nome; sexo; idade
2. Cargo em 2000
3. Formação/profissão
4. Tempo de gestão dos serviços municipais de saúde em 2002
5. Filiação partidária
6. Cargos ocupados na gestão dos serviços

Sobre a formulação da política de saúde mental

1. Fale sobre a formulação da política de saúde mental no município na gestão de 2001/2004
 - Critérios de escolha da equipe gestora
 - Objetivos da política e suas idas e vindas
 - Relação de governo municipal com o governo federal no apoio à política e o grau de autonomia da política do município em relação à política nacional de saúde mental.
 - Espaços decisórios de identificação dos problemas e de formulação das políticas
 - Problemas identificados na rede de atenção da política de saúde mental
 - Principais mudanças da política e principais resultados
 - Resistências/tensões (dificuldades)
 - Fatores facilitadores da formulação
 - Modelo de atenção proposto
2. Grau de satisfação do entrevistado com relação ao modelo assistencial proposto e problemas que hoje identifica.