

Modelo de atenção à saúde mental na gestão Erundina (1989-1992) na Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil

Model of mental health care in the Erundina administration (1989-1992) in the São Paulo City, São Paulo State, Brazil

Modelo de atención a salud mental en la gestión Erundina (1989-1992) en la Ciudad de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil

Recebido: 30/06/2020 | Revisado: 23/07/2020 | Aceito: 23/07/2020 | Publicado: 09/08/2020

Fabília de Freitas Faria Migliari

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7385-251X>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: fabriciamigliari@hotmail.com

João Fernando Marcolan

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8881-7311>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: jfmarcolan@uol.com.br

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar o modelo de assistência em saúde mental implantado no município de São Paulo na gestão Erundina (1989-1992). Pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória, referencial teórico-metodológico da história oral temática embasada nas narrativas dos gestores e profissionais do Programa de Saúde Mental do município de São Paulo na gestão descrita. Os resultados indicaram que a organização da assistência em rede de serviços de saúde mental focado nos diversos níveis de atenção à saúde, centrada na atenção básica, investiu no intersetorial e multiprofissional como jamais visto, com vistas a reinserção social e de encontro ao modelo manicomial vigente, construiu importantes pontes estratégicas na parceria entre profissionais, familiares e sujeitos em sofrimento. Considera-se que o modelo paulistano foi de vanguarda, com transformações no modo de se ver e fazer a assistência devido a organização do cuidado em saúde mental, ao compromisso dos profissionais e inclusão de familiares e sujeitos em sofrimento e integração de diversos setores e serviços públicos.

Palavras-chave: Política de saúde; Saúde mental; Assistência à saúde mental; Políticas Públicas.

Abstract

This study aims to analyze the mental health care model implemented in the city of São Paulo in the Erundina management (1989-1992). Qualitative, descriptive exploratory research, theoretical methodological framework of thematic oral history based on the narratives of managers and professionals of the Mental Health Program of the city of São Paulo in the management described. The results indicated that the organization of network care of mental health services focused on the various levels of health care, focused on primary care, invested in the intersectoral and multiprofessional as never before, with a view to social reintegration and against the current manicomial model, built important strategic bridges in the partnership between professional, family members and suffering subjects. It is considered that the São Paulo model was avant-garde, with changes in the way of seeing and doing care due to the organization of mental health care the commitment of professionals and inclusion of family members and subjects in suffering and integration of various sectors and public service.

Keywords: Health policy; Mental health; Mental health assistance; Public policies.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo analizar el modelo de atención de salud mental implementado en la ciudad de Sao Paulo en la gestión de Erundina (1989-1992). Investigación cualitativa, descriptiva-exploratoria, marco teórico-metodológico de la historia oral temática basada en las narrativas de gestores y profesionales del Programa de Salud Mental de la ciudad de São Paulo en la gestión descripta. Los resultados indicaron que la organización de la atención en red de los servicios de salud mental se centró en los diversos niveles de atención de la salud, centrado en la atención primaria, invertido en la zona intersectorial y multiprofesional como nunca se ha visto, con miras a la reinserción social y en contra del modelo manicomial actual, construyó importantes puentes estratégicos en la asociación entre profesionales, y sujetos de sufrimiento. Se considera que el modelo paulistano ha sido de vanguardia, con transformaciones en la forma de ver y hacer la asistencia debido a la organización de la atención de la salud mental, el compromiso de los profesionales y la inclusión de los familiares y los sujetos en el sufrimiento y la integración de diversos sectores y servicios públicos.

Palabras clave: Política de salud; Salud mental; Atención a la salud mental; Políticas publicas.

1. Introdução

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira ocorre desde a redemocratização do país, no contexto da Reforma Sanitária, a partir de um processo político de mobilização e transformação social, caracterizado pela reestruturação dos serviços, dos processos de trabalho na assistência em saúde mental e com novas formas de cuidado.

Em defesa dos princípios da Reforma Psiquiátrica, em 1987, ocorre no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), sendo o marco da trajetória de desconstruir, no cotidiano das instituições e da sociedade, as formas arraigadas de lidar com a loucura e superar o emblemático modelo assistencial. Estabeleceu novo horizonte de ação, não apenas as macro reformas, mas a preocupação com o ato de saúde, que envolve profissional e cliente, bem como não só as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano e as mentalidades. Além disso, incorpora novos aliados, entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja por meio de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo (Devera & Costa-Rosa, 2007; Moreira, 2014).

O sistema de saúde no país tinha como proposta a descentralização dos serviços e da estrutura organizacional, isso propiciou a formulação de novas vertentes para a assistência à saúde mental.

A possibilidade de modificação na assistência aos indivíduos com transtornos mentais estava compreendida na Reforma Sanitária, guiada pelas mesmas trilhas da Reforma Psiquiátrica brasileira (Vieira & Marcolan, 2016a).

Nas eleições de 1988, os novos governos eleitos na maioria dos grandes municípios do Estado de São Paulo foram de oposição. E em todos eles assumiram as secretarias municipais de saúde parte da vanguarda do movimento sanitário, de currículos atuantes desde a época da ditadura cívico-militar de 1964. Também foi assim nas cidades de São Paulo, de Campinas e de Santos, onde venceu o Partido dos Trabalhadores-PT (Devera & Costa-Rosa, 2007).

Durante a Gestão da Erundina no município de São Paulo (1989-1992), o modelo paulistano, de forma estratégica, constituiu os serviços de saúde mental em rede integral, seguindo os princípios do SUS. Implantaram a assistência em rede com a participação popular

nas discussões sobre a assistência em saúde mental, nos níveis territoriais, distritais e municipais, determinante para a implantação do novo modelo de assistência.

O modelo assistencial, utilizado pelos gestores do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, entre 1989-1992, apresentou aspectos relevantes e significativos em relação à qualidade da rede de serviços de assistência em saúde mental, com impacto positivo na redução do ideário manicomial da assistência. Verdadeiro modelo vanguardista trouxe um novo pensar e fazer em saúde mental para profissionais da saúde, sujeitos em sofrimento e seus familiares e para a sociedade.

A partir do exposto, esta pesquisa tem por objetivo analisar o modelo de assistência em saúde mental implantado no município de São Paulo na gestão Erundina (1989-1992).

2. Metodologia

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob parecer 1.232.209 e CAAE 48732415.8.000.5505 e acatou os pressupostos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e ao concordar em participar da mesma assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória, referencial teórico-metodológico da história oral temática (Thompson, 1992), embasada nas narrativas dos gestores e profissionais que participaram ativamente da estruturação, implantação e desenvolvimento do programa de assistência em saúde mental do município de São Paulo na gestão descrita.

O estudo foi realizado no município de São Paulo-SP, as entrevistas se deram no próprio município, em datas, horários e locais previamente combinados.

Os participantes, denominados colaboradores, foram escolhidos mediante os objetivos e afinidades ideológicas e técnicas em relação ao objeto de estudo em questão, o modelo de assistência em saúde mental no município de São Paulo no período de 1989-1992. Colaboradores podiam ser representados por governantes, secretários e gestores que atuaram nos cargos de assessores de saúde mental locados na própria SMS ou em distritos de saúde. Foram convidados 15 possíveis colaboradores e seis deles aceitaram participar, sendo três médicos psiquiatras, duas psicólogas e uma terapeuta ocupacional.

A coleta de dados ocorreu de novembro de 2015 a abril de 2017, sendo realizadas entrevistas gravadas em equipamento de áudio, embasadas em questões norteadoras

elaboradas pelos pesquisadores, enviadas aos colaboradores dias antes da data da entrevista. As entrevistas foram divididas em três etapas: pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista; de acordo com procedimento utilizado na História Oral (Thompson, 1992).

As questões norteadoras foram: Quais foram as influências técnico-assistenciais e teórico-conceitual para a organização e implantação das ações na assistência em saúde mental no município de São Paulo? Fale a respeito do modelo de assistência em saúde mental implantado no município de São Paulo na gestão Erundina? Na sua opinião qual o impacto que esse modelo provocou na assistência psiquiátrica e saúde mental no município de São Paulo? Como você percebe a influência do modelo implantado na mudança do paradigma social da loucura?

O estudo visou as experiências de quem vivenciou *in loco* a elaboração, implantação e desenvolvimento do modelo de assistência em saúde mental realizado na Gestão Luiza Erundina (1989-1992), seguiu os pressupostos teóricos-metodológicos da História Oral (Thompson, 1992; Meihy, 2005). Após cada entrevista foi realizada pela pesquisadora a transcrição seguida da transcrição, que foram enviadas para a validação dos colaboradores, porém houve retorno dos mesmos quanto a transcrição.

Após a transcrição das entrevistas dos seis colaboradores foram feitas várias leituras e análise do material para se chegar a categorias e unidades temáticas, sendo o modelo de assistência uma das categorias a ser apresentada nesse artigo.

3. Resultados e Discussão

O modelo de assistência em saúde mental paulistano, implantado durante a Gestão Erundina, se sobressaiu por contemplar a complexidade da saúde. Não bastam apenas novos equipamentos, dispositivos ou serviços, mas aliado a isso ideologias política e conceitual, e o protagonismo dos profissionais, da comunidade e dos gestores, incluídos os diferentes setores municipais.

O grupo paulistano articulou com primazia a construção e execução do novo modelo, considerando o momento histórico e político brasileiro.

A construção do modelo de assistência paulistano se deu no Núcleo de Saúde Mental do Partido dos Trabalhadores (NSM-PT), seus idealizadores estavam ligados aos sindicatos, aos movimentos populares e partido político. Participavam ativamente dos movimentos de saúde mental, como Movimentos Sociais, Plenárias e Congressos, onde discutiam de forma

crítica a Política de Saúde Mental do Município, Estado e Brasil, principalmente, a política hospitalocêntrica de caráter manicomial.

Antes mesmo de assumirem a gestão municipal militavam nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica e ao assumirem o poder, permaneceram envolvidos na luta a favor das pessoas com transtornos mentais, no sentido de intervenções e de inserção na realidade local.

Foi feita essa liga e a partir daí começamos a fazer debates nos vários bairros sobre a questão da saúde mental, no sentido de entender qual era a concepção que a população tinha de loucura, de transtorno mental, dos cuidados que se tinha com esses problemas e se a população entendia isso como relevante do ponto de vista da saúde pública... Nesses debates, a gente foi se fortalecendo com uma perspectiva de trazer para o debate popular a questão da luta antimanicomial ou a questão do projeto antimanicomial.

Tínhamos que não só combater a violência nos hospitais psiquiátricos, mas tirá-lo inclusive do circuito de violência da sociedade. Tirar ou substituir para que ele não só fizesse parte do circuito de cuidados, porque ele fazia parte do circuito de violência, do circuito de extermínio, do circuito de morte junto com as prisões e no próprio local de trabalho insalubre que massacravam os trabalhadores (Nacile).

O fechamento dos hospitais foi apenas mais uma estratégia de grande relevância para o enfrentamento da cultura manicomial instituída na sociedade. Observou-se que a implantação de equipamentos públicos e de serviços extra hospitalares tornou-se necessária e imprescindível para articular mecanismos importantes frente ao hospitalocentrismo.

O modelo teórico-conceitual da assistência em saúde mental concebido por esses idealistas foi de diversas referências e experiências mundiais, como as de Basaglia, Desviat, Foucault, Guattari, Castel, Delleuze, Bateson e Laing, David Cooper, Pichon Riviere, Jaime Breilh e Asa Cristina Laurell. Destacamos a diversidade de influências ideológicas absorvidas pelo grupo, uma vez que não adotaram apenas uma ideia, mas permearam por todas para buscarem pela assistência mais ampla e de acordo com as necessidades epistemológicas da população, para construção de uma proposta singular e adequada, de acordo com as peculiaridades brasileiras e do município de São Paulo, sem dar representação monolítica como as experiências triestinas implantadas em outros locais.

Uma pessoa não é só saúde é tudo com o que ela tem, então, para oferecer saúde você vai ter que oferecer tudo também. Mas o SUS, acho que ele não tinha essa questão, não tem essa questão tão intrínseca aos seus princípios, mas para pensar no equilíbrio psicossocial você não tem como prescindir de outros saberes, de outras categorias ou de outras abordagens institucionais: escola, trabalho, cultura, comunidade, não dá porque você não está trabalhando no binômio saúde-doença ele é muito maior do que

isso, o equilíbrio psicossocial, a questão do equilíbrio é algo muito subjetivo, mas que pressupõe outras questões (Isabel Cristina).

A nova proposta de assistência em saúde mental teve a organização em rede, para sua consolidação houve articulações política, legal e organizacional. Para a implantação do novo modelo de assistência foi determinante a participação popular nas discussões sobre a assistência em saúde mental, nos níveis territoriais, distritais e municipais.

Os equipamentos da rede de serviços de saúde mental foram estabelecidos de forma descentralizada e hierarquizada, constituída por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Convivência Terapêutica Intensiva (UNCOVITI), Hospital dia (HD), Hospital Geral (HG), Pronto Socorro (PS), Lar Abrigado (LA) e Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO).

A rede funcionou de forma integrada e humanizada, pois o grupo paulistano articulou a assistência na forma horizontal, não havendo uma porta de entrada única no sistema de saúde, mas todos os serviços foram constituídos como corpo antimanicomial com equipe de saúde mental capacitada. O indivíduo com transtorno mental não pertencia a um serviço ou referência técnica, mas transitava por todos e quaisquer equipamentos necessários para sua reinserção na sociedade, utilizando o princípio da referência e contra referência do sistema.

A cara desse modelo é a Rede, pois trabalhava com a perspectiva da referência e contra referência e isso é um dado de extrema importância. Não se faz sozinho, mesmo a Unidade Básica de Saúde dando respostas importantes ela não se faz sozinha, ela precisava de outros parceiros e não necessariamente de níveis, quando a gente pensava em referência e contra referência o desenho que era feito era um desenho planejado, não era um desenho que tinha níveis de atenção porque muitas vezes isso a gente vivia na pele (Isabel Cristina).

O modelo de assistência em saúde mental planejada para o município de São Paulo foi pautado nos princípios do SUS (regionalização, integralidade de ações, ações de contra referência e participação popular), com rede integral de serviços de Saúde Mental constituída por vários equipamentos.

Atenção Básica de Saúde

A consolidação da ideia do fortalecimento da assistência em saúde mental nos equipamentos da atenção básica foi um componente estratégico para a transformação da prática e visão dos cuidados aos indivíduos com sofrimento e transtornos mentais. Proporcionar o mesmo local de atendimento a esses indivíduos e a população geral, chamada

de “normal”, inspira a possibilidade da mudança do paradigma da loucura, enraizada na consciência coletiva da sociedade, dos profissionais e dos familiares dos indivíduos com transtornos mentais.

O outro impacto se deu na assistência, acho que a gente, de verdade revolucionou essa assistência. São relatos impressionantes assim de mudança de rumo, de itinerário de vidas daqueles que se beneficiaram dos serviços de Saúde Mental na Unidade Básica, de uma outra compreensão de um hospital geral. (Isabel Cristina)

Quando criava uma equipe de saúde mental numa Unidade Básica de Saúde, implicava também que a farmácia daquela Unidade de Saúde ia ter que disponibilizar medicamentos para aquela população da área, que até então não existia. Os psicotrópicos que seriam utilizados e prescritos, você precisaria ter na farmácia daquele equipamento. Era muito comum o responsável da farmácia dizer que teria que atender doido, que eles iriam chegar na farmácia querendo quebrar tudo. Era uma coisa muito forte, e ela quando esse profissional dizia isso ele tinha o apoio de toda a comunidade, mesmo familiares de usuários que às vezes via com restrição a convivência com alguém que apresentava risco porque era louco. A ideia sempre foi explicitar isso e lutar contra isso no geral (José Carlos).

Os profissionais da Unidade Básica de Saúde participavam ativamente da assistência à saúde mental, considerando os três níveis de responsabilidade. Atendiam a demanda de saúde mental durante as ações de saúde desenvolvidas diariamente e se envolviam também nas atividades específicas. Eram compostas por profissionais como os assistentes sociais, fonoaudiólogos, enfermeiros e educadores que participavam de parcela das atividades específicas; psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras, constituindo a chamada Equipe de Referência em Saúde Mental.

A Equipe de Referência tinha as seguintes atribuições: realização de ações de saúde mental junto a instituições e grupos da comunidade da área de abrangência da unidade; atendimento ambulatorial às demandas de saúde mental não pertencente ao grupo de risco e assessorar outros profissionais em questões relativas à saúde mental.

Também responsável pela avaliação dos usuários da demanda espontânea ou por encaminhamento à UBS, realizavam triagem dos casos emergenciais e dos que pudessem ser agendados ou reencaminhados. A UBS era considerada “porta de entrada” e contava com vagas reservadas para encaminhamentos de HD, emergências e enfermarias de saúde mental.

Os usuários utilizavam os serviços dependendo de sua necessidade, mas sempre com a perspectiva de retorno ao local de origem, isto é, à Atenção Básica.

Unidades de Convivência Terapêutica Intensiva (UNCOVITI) ou Hospital Dia em Saúde Mental

UNCOVITI foi a denominação utilizada no início desse equipamento, posteriormente, ficou conhecido como Hospital Dia (HD).

O objetivo do HD foi substituir à internação hospitalar psiquiátrica em regime fechado, por uma modalidade de tratamento ambulatorial intensivo e aberto e respaldar os pacientes egressos de hospitais psiquiátricos.

Com a preocupação de não estigmatizar e novamente excluir o indivíduo da sociedade, o modelo de SP criou o HD para dar suporte necessário no momento de crise do indivíduo, com todos os cuidados especializados e visão integral da condição humana.

O Hospital Dia, obrigatoriamente, tinha uma equipe multiprofissional acho que bem diferenciada, trabalho de um dia inteiro com inúmeras pessoas, diversas atividades compostas em grades de atividades para os familiares, para os pacientes; diferentes grupos, muito a questão da terapia ocupacional, grupos terapêuticos, grupos fechados, grupos abertos, inclusive atividades para fora da sede dos equipamentos como atividades culturais, esportivas e vários outros. Fiz parte, depois, desse serviço compondo equipes de atividades de passeio, de todas as atividades da organização dos dias e da semana, do mês, atividades que não tinham a frequência semanal, mas que eram compostas no planejamento também, assembleias com os pacientes, momentos também de festa, reuniões de equipe, então psiquiatra, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogo (Ruy).

O tempo de permanência do usuário adulto no HD foi estabelecido em 60 dias, tempo para acompanhamento intensivo e individual a pessoa em crise, porém, mantendo seus vínculos familiar e social. As equipes de saúde funcionavam em rede, assim, o HD mantinha contato com as equipes das UBS e Centro de Saúde (CS), propiciando continuidade e acompanhamento após o momento de crise.

Unidade de Saúde Mental no Hospital Geral

Os serviços psiquiátricos e de saúde mental no hospital geral (HG) representavam a integração da saúde mental com as outras áreas hospitalares. Foram inseridos nos HG a unidade psiquiátrica de internação e a emergência psiquiátrica em pronto socorro geral.

Tinha como princípios a desospitalização, a redução de internações hospitalares, a priorização de ações preventivas e ambulatoriais, a humanização das relações e a participação

popular. Orientavam a implantação do Projeto Hospital Aberto em todas as unidades hospitalares municipais.

Foram implantadas 3 enfermarias de saúde mental em HG e desenvolvidas ações em saúde mental e capacitação para todas as equipes nos 15 hospitais gerais municipais e em suas enfermarias.

Os cuidados eram realizados por meio de planejamento terapêutico multiprofissional; abordagem clínica multiprofissional diária; acompanhamento psicoterápico multiprofissional intensivo; grupos psicoterápicos; grupo familiar; grupo de familiares; terapia ocupacional; retaguarda laboratorial e de especialidades clínicas; ações de reintegração social desenvolvidas nas UBS e HD.

O indivíduo com transtorno mental tinha o direito de acompanhamento por um familiar ou responsável durante as 24 horas por dia, com internações de curta permanência, de até 15 dias. Direcionado aos pacientes cujo grau de comprometimento psíquico impossibilitasse sua inserção e o uso contínuo dos equipamentos de saúde mental das UBS e do Hospital-Dia.

Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral

O equipamento de emergência psiquiátrica foi instalado em pronto socorro de hospital geral e era o local para avaliar as necessidades da urgência e emergência psiquiátricas, era a porta de entrada ao atendimento de indivíduos em situação de crise que necessitassem de cuidados intensivos em quadros agudos.

Os casos que necessitassem de internação temporária deveriam ser encaminhados para a enfermaria psiquiátrica do próprio hospital e a continuidade do tratamento se daria na UBS ou HD. Os casos que não requeriam internação eram mandados para casa, outros ficavam na emergência de um a três dias e voltavam para casa ou havia ainda os que precisavam efetivamente de internação e eram encaminhados para a enfermaria psiquiátrica e não para o manicômio.

A gente tinha toda uma metodologia, o paciente não fica no pronto socorro mais do que setenta horas. A gente desintoxicava o cara em 24 horas, em 48 horas, em dois dias. Ficava uma equipe ali prestando assistência, não deixava o cara mofar lá, ficava todo mundo prestando atenção nesse desenvolvimento (Ana).

A emergência psiquiátrica em pronto socorro geral e a unidade de internação psiquiátrica em hospital geral era solução estratégica para o problema da internação de casos agudizados e atendimento aos familiares em sofrimento pela situação, caso que até hoje não foi abarcado de maneira adequada e responsável pela denominada reforma psiquiátrica.

Lar Abrigado

Esse equipamento constava no projeto, entretanto, a equipe de saúde mental da Gestão Luiza Erundina não o implantou devido dificuldades administrativas que acarretou falta de tempo hábil para sua implantação.

Fiquei responsável por implantar a primeira, seria a primeira Residência Terapêutica na cidade, na época não chamava Residência Terapêutica, a gente chamava de Lar Abrigado. A gente fez tudo, mas não deu tempo de fazer porque não encontramos um imóvel para alugar. (Ana)

Este equipamento foi o único que não foi colocado em funcionamento devido ao fim da gestão, ele estava com agenda administrativa para ser implantado caso ocorresse a continuidade do partido no governo municipal.

Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO)

O modelo assistencial do CECCO foi inovador e considerado de significativa importância para a mudança do modelo antimanicomial. O CECCO foi criado pela saúde mental do município de São Paulo, essa experiência não existia em qualquer outro local.

Por não haver esse tipo de equipamento na literatura nacional e internacional, sua criação foi a partir de diversas bases teóricas conceituais. Teve como objetivo a reinserção e inclusão social do cidadão, em torno de uma multiplicidade de saberes e fazeres na construção do novo, propiciando novas relações e sociabilidades dentro da comunidade e espaço urbano. Foram implantados 19 CECCO em parques, centros esportivos, praças e centros comunitários do município de São Paulo.

O serviço era chamado de Centro de Convivência e Cooperativa. E o Professor Paul Singer foi muito importante para nos ajudar a clarear a importância desse pedaço da história, a Cooperativa, pois os indivíduos em vulnerabilidades de saúde e de saúde mental, não devem ser apenas reconhecidos como pessoas que pensam, sentem e são integrais, mas como pessoas que possam ter o poder de barganha, pensar no trabalho, que muitas vezes é o grande fator de adoecimento das pessoas. (Isabel Cristina)

Mas a ideia era ter um equipamento, serviço, que fosse diferenciado. Que não fosse um serviço assistencial, mas que fosse um espaço que promovesse a integração desse usuário na sociedade na comunidade. Ele seria atendido no Centro de Saúde e poderia fazer parte do CECCO onde teriam outras pessoas, que não usuárias da saúde mental, mas pessoas da comunidade mesmo, que pudesse também estar convivendo com essas pessoas. Era a ideia justamente de integração, na discussão, era um dos equipamentos mais importante para gente, no sentido de fato de promover a reinserção social com visão da mudança da sociedade da ideia antimanicomial, que não era só organização de serviços, mas da visão da sociedade em relação à saúde mental diferenciada. Essa é uma das propostas centrais. (Marcia)

As práticas abarcavam música, artesanato, pintura, dança, teatro, passeios, lazer, práticas orientais e esporte. Além disso, os Centros de Convivência promoviam atividades para ressignificar o processo de trabalho, na busca da inserção social. Para tanto, criaram-se núcleos de trabalho responsáveis pela produção de bens e serviços.

A fim de alinhar as bases conceituais e práticas para o novo modelo de assistência em saúde mental, houve grande investimento na formação dos profissionais da saúde mental, o que foi fundamental para o sucesso da transformação do cuidado. Foi criado o primeiro Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (CEFOR) no Brasil, que em parcerias com universidades públicas realizou seminários, cursos de pós-graduação (em saúde coletiva, saúde mental e gestão) e educação permanente, ofereceu supervisão clínica e institucional aos profissionais em seus locais de trabalho ou no CEFOR. Houve a dedicação pelo acompanhamento dos profissionais ao longo da implantação da proposta e dos serviços, facilitador das relações político-administrativas que de muito em muito tentavam travar as novas ideias, sendo as discussões técnicas e políticas estruturantes para a concretização do novo modelo com a construção da rede de atenção integral.

Houve um investimento muito grande na administração direta em ingresso de profissionais e em capacitação, em educação permanente, ou seja, na formação de recursos humanos em diversas formas em diversas áreas também na área de saúde mental... (Ruy)

Realizamos convênio com faculdades, Faculdade de Saúde Pública da USP, Departamento de Medicina Preventiva da USP, mas também até com outras parcerias. Os supervisores da Saúde Mental tiveram uma iniciativa além dessas instituições que citei, profissionais da área de Saúde Mental, terapeutas, analistas que ficavam responsáveis por regiões e equipes para supervisionar, acompanhar o trabalho que estava se desenvolvendo cada vez mais (Ruy).

Verifica-se que houve a preocupação e o cuidado humanizado com os profissionais da saúde, fomentando a sensibilização com a causa da reforma psiquiátrica, e, conseqüentemente, ofertavam atendimento com qualidade para a comunidade.

Reconhece-se ainda que o novo modelo focou na assistência oferecida nos diversos serviços de saúde e também de outros setores, enquanto a Atenção Básica era responsável pela demanda, considerando o local da origem do usuário. Essa forma de assistência evidenciou o cuidado integral, regionalizado e hierarquizado, de acordo com os preceitos do SUS, com evidente articulação entre os serviços.

A modalidade assistencial não deve ser entendida apenas como o desenho organizacional e técnico dos serviços, mas inclui o modo como são produzidas as ações assistenciais e como o Estado se organiza neste processo (Fertonani, Pires, Biff & Scherer, 2015).

Durante a gestão de Luiza Erundina, o modelo de assistência em saúde mental teve como mola propulsora a articulação dos serviços de saúde mental na atenção básica, com prioridade em ações como: a criação de conselhos populares de saúde nos serviços de Saúde Mental; o combate ao sistema manicomial; a humanização das relações e práticas de atendimento; o investimento na mudança de mentalidade sobre a loucura com a promoção de espaços de discussão junto à população e aos sindicatos; a valorização dos saberes e práticas populares e a conseqüente relativização dos saberes e práticas médicos-psicológicos; a integração de diferentes serviços; o incentivo a formação de profissionais de Saúde Mental; a desativação de convênios da Prefeitura com empresas privadas de Saúde Mental; a fiscalização do tempo e das condições de internamento de pacientes em hospitais públicos ou privados e a criação de espaços de convivência e lares abrigados (Schmidt, 2007).

Esse modelo de assistência apresentou grande impacto em relação à quantidade e qualidade de serviços implantados, ao fechamento de hospitais psiquiátricos e a diminuição de internações nesses hospitais. Dentre os fatores responsáveis por essa transformação, verifica-se a importância do papel desempenhado pelos profissionais de saúde mental agregada ao fomento da participação social promovida pelos gestores da saúde mental.

O modelo paulistano vanguardista não teve permissão para ser contemplado na Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, principalmente pelas diferenças político-ideológicas entre grupos da luta antimanicomial e com o PT no governo federal fez a escolha de acesso ao poder pelo grupo dos que advogavam pelo modelo triestino. O modelo implantado e, que se tornou por anos, estruturante da PNSM foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio da *Portaria* nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002) e

outras subsequentes, na organização dos serviços, com pouco investimento na rede básica de saúde, mantendo a visão excludente da pessoa com transtorno mental dos serviços de saúde em geral e da sociedade. Em 2011, finalmente viu-se que o CAPS por si só não conseguiu dar conta da missão e criou-se a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS (Brasil, 2011), que tem a atenção básica como porta de entrada para as demandas de saúde mental dos usuários SUS e inclui novos serviços de atenção psicossocial, tentativa de lembrar o modelo paulistano sem lhe dar o valor. Embora o CECCO tenha sido incluído e com isso se reconheça o modelo paulistano, foi só para fazer jogo de cena, pois não recebeu financiamento do MS para poder ser implantado em várias regiões brasileiras.

Porém, a habilitação desses serviços demonstra ser insuficiente para atender a demanda existente, em muitos casos a internação em hospitais psiquiátricos acaba sendo a possibilidade de cuidados (Vieira, 2014). O governo Dilma não teve interesse político para viabilizar adequadamente a RAPS e os reflexos foram a contramarcha verificada de modo enfático pelas mudanças ocorridas no arcabouço jurídico-legal emanadas do governo Temer e mantidos no atual desgoverno federal.

É necessário ter entendimento que saúde não deve ser construída apenas no interior dos serviços de saúde, equipamentos intersetoriais devem ter o papel de ampliar e fortalecer as atividades de inserção dos portadores de transtornos mentais nos espaços sociais e culturais, entretanto, ainda há dificuldade de integração com os serviços da rede de saúde e de outros setores (Nobrega, Silva & Sena, 2018). Ao envolver o usuário em propostas externas, barreiras para a convivência em sociedade podem ser superadas.

O modelo biomédico centrado na compreensão técnica do sofrimento psíquico, oriundo dos diagnósticos nosológicos, não tem mais espaço no exercício da intersetorialidade (Lugon, 2016). Faz-se necessário a interação adequada entre todos os dispositivos da comunidade, caso contrário, será inevitável a fragmentação do sistema e o desaparecimento da continuidade de cuidados (Almeida, 2019).

Ademais, constata-se desarticulação dos serviços que integram a RAPS, como no estudo de Veloso, Monteiro, Veloso, Moreira, Monteiro (2018), ao detectar que em 92% das ocorrências psiquiátricas, de um serviço de urgência e emergência, os usuários foram encaminhados para o hospital psiquiátrico, utilizado como estratégia prioritária e o protagonismo da atenção hospitalocêntrica.

Tal realidade contraria os princípios da reforma psiquiátrica, visto que esta privilegia o atendimento em hospitais gerais ou em outros serviços extra hospitalares de saúde mental de

base comunitária, como desenvolvido de modo efetivo na gestão Erundina, embora sem reconhecimento oficial por querelas de luta pelo poder.

A forma como a rede está estabelecida nos dias de hoje, não deixa que as pessoas se movam de acordo com suas necessidades singulares no processo de desinstitucionalização. Deve-se considerar que o processo de desinstitucionalização segue na contramão dos contratos de gestão, que cobram por produtividade (Braga & Oliveira, 2019).

Atualmente são significativas as dificuldades encontradas no acesso e contato com os equipamentos estratégicos para a afirmação da assistência na Atenção Psicossocial nos diferentes territórios. Tais contextos indicam a necessidade de que se viabilizem financiamento e qualificação aos serviços instalados e aos profissionais (Tãno & Matsukura, 2019).

Estudo aponta que a rede psicossocial do município de São Paulo apresentava falhas, dentre estas, profissionais despreparados e que não sabiam atuar em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Possivelmente com prejuízo para a assistência com qualidade, este fato torna-se entrave para o alicerce da política de saúde vigente e dos preceitos da RP. Considerando que esses serviços são campo de formação para futuros profissionais, o impacto desse problema é intolerável e com consequências para a RP (Baião & Marcolan, 2020).

Neste sentido, é preciso investir nas tecnologias leves do tipo relacionais, centradas nas necessidades dos usuários, invertendo o investimento nas tecnologias duras ou leve-duras, traduzidas nas normas, equipamentos e materiais (Fertonani, Pires, Biffi & Scherer, 2015).

A assistência não se faz apenas na criação e implantação de equipamentos de saúde, faz-se necessária à compreensão dos profissionais em relação ao conhecimento das propostas e às políticas de gestão e assistência em saúde mental. A formação profissional deve ser arduamente pontuada, trabalhada e valorizada para que os preceitos da RAPS sejam desenvolvidos.

Muito ainda deve ser realizado. Após 40 anos tivemos alguns poucos avanços e estamos em momento de retrocesso, pois apesar das políticas públicas criarem redes e portarias, a realidade se apresenta bem aquém do que está escrito nos papéis das propostas e portarias.

O âmbito político-conjuntural, das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, relaciona-se aos processos políticos, acontecimentos, distribuição de poder e relações entre atores políticos em conjunturas específicas. Nesse contexto, há jogos de poderes e expansões de políticas específicas adotadas a depender da orientação política dos grupos envolvidos. Alguns grupos

de atores, como médicos e sindicatos, com agendas políticas corporativistas defendem pontos que ora favorece o SUS, ora o setor privado lucrativo (Machado, Lima & Batista, 2017).

A rede de relações de poder é evidente desde o início da reforma psiquiátrica no Brasil. A escolha de modelos para a PNSM tem viés político partidário e ideológico, assim ocorreu com o modelo paulistano que foi suprimido da PNSM devido interesses pessoais e políticos partidários. O modelo constituído pela RAPS é a nova forma de se denominar o que foi idealizado, e parcialmente feito em São Paulo/SP, na gestão 1989-1992, mas que as vaidades pessoais e políticas quiseram deixar no limbo do esquecimento, racharam a luta antimanicomial e atrasaram a consolidação da RPB em pelo menos 15 anos. O eixo estruturante da PNSM adotado naquele período foi o CAPS, ao longo do tempo demonstrou ser ineficiente para a efetivação da RPB (Vieira & Marcolan, 2016b).

O estudo tem por limitação o fato dos colaboradores serem os autores e gestores do modelo de atenção em saúde mental analisado.

O estudo traz à luz o transformador modelo de atenção em saúde mental no município de São Paulo/SP na gestão Erundina, a desvelar a riqueza das mudanças que impactaram o modelo manicomial vigente e resgatar o valor histórico e da práxis desse modelo, pois de maneira cínica e ideológica os agentes públicos instituídos e seus seguidores quiseram banir da história oficial essa experiência, porém ela está ainda viva e de utilidade para os que atuam na assistência em saúde mental e lutam para o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde, em específico das de saúde mental.

4. Considerações Finais

Em um plano mais geral, a experiência do modelo de assistência em saúde mental, implantado no município de São Paulo na gestão Erundina (1989-1992), leva a todos à reflexão sobre as conquistas no campo da reforma psiquiátrica e conduz a novos modelos de cuidar. Com este estudo contribuimos por desvelar dados a respeito do modelo implantado e que possa auxiliar em outras experiências de política pública a ser implantada.

O modelo foi pioneiro em relação aos tipos de equipamentos propostos, organizada a assistência em rede intersetorial, muito anterior ao que se pensava como RAPS, atuar em ação multiprofissional, capacitação em larga escala os profissionais da saúde, desenvolver ações intersetoriais e intersecretarias, desmitificar o transtorno mental, evitar a internação em hospital psiquiátrico, resgatar a cidadania dos usuários, valorizar a reinserção psicossocial e a contratualidade foram pilares desse modelo.

As intervenções políticas partidárias e os interesses pessoais e de certos grupos, por vezes tentam aniquilar as mudanças necessárias para a condução e efetivação da política de atenção psicossocial no país, causando um retrocesso nas conquistas da RP. Porém desvelar modelos que em sua época tiveram sucesso no campo antimanicomial e da reforma em saúde mental resgata o mérito devido ao que se deve ter e também ideias e ideais para a continuidade da luta em prol de uma sociedade sem manicômios, quaisquer que sejam eles.

Como limitação do estudo, temos o viés da avaliação realizada pelos idealizadores e gestores do modelo de saúde mental implantado, sendo necessário pesquisas com outros atores desse processo como profissionais da saúde, familiares e usuários dos serviços.

Fazem-se necessários novos estudos a desvelar as diversas facetas e produções advindas da expressiva experiência do modelo de saúde mental paulistano na gestão Erundina (1989-1992) como contribuição para aperfeiçoamento das políticas públicas em saúde mental.

Referências

Almeida, J. M. C. (2019). Espaço temático: saúde mental no Brasil: avanços e retrocessos. *Caderno Saúde Pública*, 35(11). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>

Baião, J. J., & Marcolan, J. F. (2020). Política de saúde mental, ensino em enfermagem e dificuldades na prática assistencial. *Research, Society and Development*, 9(7). doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3815>

Braga, C. P., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2019). Child and adolescent mental health policy: history and paths to participation. *Ciência Saúde Coletiva*, 24(2), 401-410. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>.

Brasil (2002, 19 de fevereiro). Portaria GM nº 336/GM: *Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial*. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Ministério da Saúde. Recuperado de http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=838

Brasil (2011, 23 de dezembro). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo*

aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Devera, D., & Costa-Rosa, A. (2007). Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 60-79. Recuperado de http://www.assis.unesp.br/revpsoco/index.php/revista/article/_/46/88

Fertonani, H. P., Pires, D. E. P., Biff, D., & Scherer, M. D. A. (2015). The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciência Saúde Coletiva*, 20 (6), 1869-1878. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

Lugon, R. (2016). Breves reflexões e paradoxos sobre a psiquiatria nos CAPSI. In.: Lauridsenribeiro, E.; Lykourpoulos, CB. (Orgs.). *O Capsi e o desafio da gestão em Rede*. São Paulo: Hucitec.

Machado, C. V., Lima, L. D., & Baptista, T. W. F. (2017). Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Caderno Saúde Pública*, 33(2). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>

Meihy, J. C. S. B. (2005). *Manual de história oral* (5a ed). São Paulo: Loyola.

Moreira, T. (2014). Participação, deliberação e políticas públicas: a dinâmica das Conferências Nacionais de Saúde Mental. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, 19(65). doi: <http://dx.doi.org/10.12660/cgpc.v19n65.14579>

Nóbrega, M. P. S. S., Silva, G. B. F., & Sena, A. C. R. (2018). A reabilitação psicossocial na rede oeste do município de São Paulo: potencialidades e desafios. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 39. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0231>.

Schmidt, M. L. S. (2007). Saúde mental e atenção básica na cidade de São Paulo. In: *VII Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição - Fronteiras da Ação Psicológica entre Educação e Saúde*, 2007, São Paulo. *VII Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas*

em Instituição - Fronteiras da Ação Psicológica: entre educação e saúde. São Paulo: Liber Livro.

Tãno, B. L., & Matsukura, T. S. (2019). Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis*, 29(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290108>.

Thompson, P. (1992). *A voz do passado: a história oral* (1ª ed). Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Veloso, C., Monteiro, L. S. S., Veloso, L. U. P., Moreira, I. C. C. C., & Monteiro, C. F. S. (2018). Psychiatric nature care provided by the urgent mobile prehospital Service. *Texto Contexto – Enfermagem*, 27(2). doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000170016>.

Vieira, M. N. (2014). *Os modelos de saúde mental de Santos e São Paulo e a Política Nacional de Saúde mental: a história desvelada*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Vieira, M. N., & Marcolan, J. F. (2016a). Influence of the São Paulo State innovative models on Brazil's mental health policy. *Revista Brasileira Enfermagem*, 69(2), 360-367. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690220i>.

Vieira, M. N., & Marcolan, J. F. (2016b). Fatores político-ideológicos associados à escolha do modelo de assistência da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista Mineira Enfermagem*, 20. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160055>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Fabília de Freitas Faria Migliari – 50 %

João Fernando Marcolan – 50 %