

LUIZ FERNANDO RIBEIRO DA SILVA PAULIN

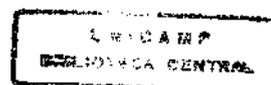
**A CRIAÇÃO DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA
PSIQUIÁTRICA: UMA ANÁLISE HISTÓRICA
DOCUMENTAL E ORAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Mental, Depto. de Psiquiatria e Psicologia
Médica, Fac. de Ciências Médicas - UNICAMP,
como exigência parcial para obtenção do Título de
Doutor.

Orientador: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

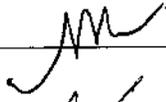
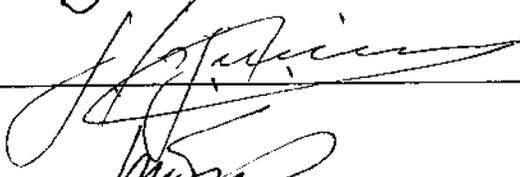
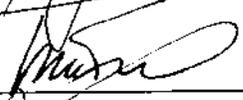
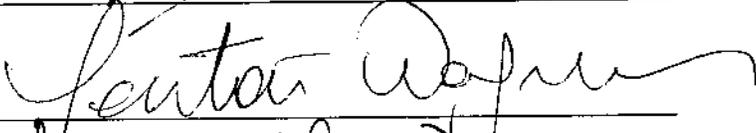
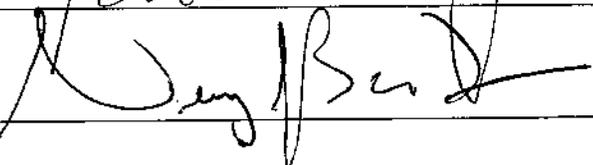
CAMPINAS - 1998



BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

ORIENTADOR: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

MEMBROS:

1. 
2. 
3. 
4. 
5. 

DATA: 26/06/98

**A meus pais que, apesar de tantos encontros e desencontros,
me permitiram fazer a minha história.**

Àqueles que encontrei na vida, contando e ouvindo histórias.

À Renata, Tálita e Luiza, razão inexorável de nossa história.

AGRADECIMENTOS

Agradecer, talvez, seja muito pouco para o que tantas pessoas merecem nestes anos de trabalho. Certamente algumas serão esquecidas, o que de antemão peço desculpas.

Ao Professor Egberto Turato, orientador que me deu a liberdade de "viajar" nesta história.

Ao Professor Neury Botega, exemplo de seriedade científica.

Ao Professor Aquiles Piedrabuena, a quem se pode chamar de Mestre.

Ao Professor Gabriel Figueiredo, que teve a paciência necessária para me ensinar os primeiros passos da Psiquiatria Social.

Aos Professores Claudionor Picarelli e Jacques Goldstain, companheiros da Disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade São Francisco, pela cumplicidade.

Aos amigos da Unidade Psiquiátrica de Urgência do Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUCCAMP pelos anos de convivência. Que esse estudo possa contribuir de alguma forma no aprimoramento de uma experiência inovadora.

A minha querida Faculdade de Medicina de Valença, onde tudo começou.

Aos amigos da disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNESP - câmpus de Botucatu.

Aos alunos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade São Francisco, razão de nosso trabalho.

Às minhas companheiras, absolutamente inesquecíveis, do Hospital-Dia Escola em Saúde Mental da USF.

Aos amigos Fátima, pelo material de História; Estela e Zilda, pelas dicas e livros de Medicina Social; Branco, pelo auxílio nos momentos em que o texto sumia do computador; Cristina, pela revisão do português.

Ao CNPQ e PICD da USF, pelo apoio financeiro.

A todos aqueles que se dispuseram a ser entrevistados, contribuindo inestimavelmente para este trabalho, meu carinho e respeito.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1 - Por Que Deste Estudo?.....	08
2 - Passos Metodológicos.....	17
2.1 - História Documental.....	18
2.2 - História Oral.....	21
3 - Etapas da Pesquisa.....	25
3.1 - História Documental.....	28
3.2 - História Oral.....	30
CAPÍTULO I - ANTECEDENTES DA REFORMA	34
CAPÍTULO II - A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	50
CAPÍTULO III - O ESTADO DE SÃO PAULO: AS MUDANÇAS NECESSÁRIAS.....	93
CAPÍTULO IV - ALGO SOBRE CAMPINAS.....	125
IV.1 - Saúde Pública.....	125
IV.2 - Saúde Mental.....	135
CAPÍTULO V - SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA.....	153
V.1 - Algumas Considerações Sobre os Serviços de Emergência Psiquiátrica nos Estados Unidos dos.....	155
V.2 - Voltando ao Brasil.....	161
V.3 - A Proposta Italiana.....	170
V.4 - A Emergência Psiquiátrica no Brasil nos Anos 80.....	173
CAPÍTULO VI - A UNIDADE PSIQUIÁTRICA DE URGÊNCIA DO HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO DA PUCCAMP.....	184
VI.1 - O Surgimento da UPU.....	184
VI.1.1 - A UPU não era necessariamente para ser criada no HMCP.....	195
VI.1.2 - As Questões internas da PUCCAMP.....	197
VI.1.3 - A Co-gestão frustrada.....	200
VI.1.4 - O Faturamento da UPU.....	202
VI.1.5 - Instalações e dinâmica funcional.....	204
VI.2 - O Convênio Juqueri – PUCCAMP.....	206
VI.2.1 - O Convênio Juqueri/PUCCAMP e a criação da UPU foram situações distintas.....	214
VI.2.2 - O Departamento de Neuropsiquiatria não foi ouvido na viabilização do Convênio.....	216
VI.3 - Como a História Caminhou.....	221
VI.3.1 - A UPU.....	221
VI.3.2 - O Convênio Juqueri/PUCCAMP.....	234

CONCLUSÃO	244
SUMMARY	246
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	247

RESUMO

Esse trabalho teve como objetivo reconstituir historicamente a criação da Unidade Psiquiátrica de Urgência - UPU - do Hospital e Maternidade Celso Pierro - HMCP - da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCAMP, tendo como referencial metodológico as análises históricas documental e oral.

Inicialmente, estudou-se o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil nas décadas de 70 e 80. Na primeira parte do trabalho, analisaram-se as contradições da política oficial de saúde mental no país, enfocando critérios técnicos influenciados pelo modelo preventivista norte-americano e a prática de financiamento e fortalecimento das instituições hospitalares psiquiátricas privadas. Ainda nessa parte, detive-me ao processo de organização da sociedade civil e a democratização do país na década de 80, refletindo significativamente na viabilização de propostas reformistas na saúde mental, questionando o papel das instituições psiquiátricas e dos profissionais da área.

Foi estudado também o reflexo da mudança da política de saúde mental no Estado de São Paulo e no município de Campinas, resultando na criação de modelos assistenciais, tais como a UPU - HMCP - PUCCAMP.

A partir de ampla análise documental e de entrevista com vinte e uma pessoas que participaram direta ou indiretamente da formação da UPU, identificaram-se as causas que desencadearam esse processo. Foi detectado que a criação da UPU, apesar da intensa participação de setores do sistema público de saúde de Campinas, não garantiu a influência destes no planejamento, organização e gerenciamento do serviço.

Deve-se destacar que, embora vinculado a um hospital de ensino, a UPU, ao menos no início funcionava basicamente como um serviço assistencial, com tímida ação no treinamento e formação de profissionais na área de saúde. Esse papel só veio se estabelecer através do convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo e a PUCCAMP, viabilizando a criação de um Programa de Residência Médica conjunto que, no entanto, sofreu intensas restrições internas de setores da Faculdade de Ciências Médicas.

O isolamento da UPU com os vários serviços assistenciais em Campinas e região, a dificuldade de planejamento de uma prática assistencial compatível com o ensino e os conflitos internos existentes na estrutura do serviço contribuíram para obstaculizar a consolidação de um modelo assistencial cuja proposta, na sua origem, era reformular uma prática que deveria ser superada.

INTRODUÇÃO

1- Por Que Deste Estudo?

Ao iniciar um trabalho de pesquisa, Minayo ensina que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, surgindo *"de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos"* (Minayo, 1996, p90).

Sem dúvida que, na fase exploratória da pesquisa, muitos fatores atuam para o aprofundamento do tema escolhido, e etapas precisam ser vencidas para que se encontrem respostas às indagações iniciais.

A escolha de um *objeto* para estudo tem como fatores precedentes, tópicos a serem desenvolvidos. Em primeiro lugar, faz-se necessário o conhecimento, mesmo que superficial, daquilo que se propõe estudar. Ao desejar investigar um *objeto de estudo*, o conhecimento deste não é suficiente para responder às inquietações intelectuais, e é preciso ampliar este leque para melhor compreensão de algumas indagações. Cardoso (1978), ilustra bem esta questão afirmando que, para se conhecer um *objeto*, a incidência de um único feixe luminoso dará uma noção bastante restrita deste.

"A incidência a partir de outros pontos de vista e com outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas ao objeto, vai construindo um objeto que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso ou indicar dimensões inteiramente novas ao objeto" (Cardoso, 1978, pp.27 e28).

Além da busca pelo conhecimento intelectual, deve-se procurar ter acesso ao *objeto* não como ele se apresenta, muitas vezes de forma bastante imprecisa ou parcial, mas tentando reproduzir o real através da descoberta de fatos aos quais se teve acesso. Seria ilusório acreditar que a busca pelo fato real, ou o mais próximo do real, não estaria envolta pelos referenciais pessoais, no que tange aos interesses enquanto ser social que faz parte de uma classe historicamente delimitada, inserida em pressupostos teóricos conflitivos, buscando dialeticamente as respostas, através de uma leitura que sem dúvida carregará a marca do autor.

"Reordenar todo o conjunto de conceitos implica uma noção de totalidade em que prevaleça o movimento contraditório se fazendo, desfazendo, refazendo. Recuperar a totalidade é fazer com que o objeto apareça no emaranhado de suas mediações e contradições; é recuperar como este objeto foi constituído, tentando reconstruir sua razão de ser ou aparecer a nós segundo seu movimento de constituição, do qual fazem parte o pesquisador e sua experiência social, em vez de determiná-lo em classificações e compartimentos fragmentados" (Vieira, Peixoto & Khoury, 1989, p11).

A busca de um *objeto de estudo* não poderia, em absoluto, fugir à minha experiência histórica, política e social, por isso, decidi estudar a criação da **Unidade Psiquiátrica de Urgência - UPU do Hospital e Maternidade Celso Pierro - HMCP, da Pontifícia Universidade Católica**

de Campinas - PUCCAMP.

Talvez fosse necessário retomar um pouco meu caminhar para melhor compreensão da escolha desse *objeto*.

Tendo me formado em medicina na década de 80, mais precisamente em 1983, iniciei Residência Médica em Cardiologia. No entanto, não suportei conviver com as bulhas, arritmias e traçados eletrocardiográficos por mais de um semestre. Optei, então, por fazer Residência em Psiquiatria, interessando-me desde o início pela Psiquiatria Social.¹ Após completar este período, o primeiro emprego que surgiu foi trabalhar em um hospital psiquiátrico.

A experiência vivida por mim em uma instituição psiquiátrica filantrópica, espírita, conveniada com o INAMPS, na segunda metade da década de 80, certamente não difere do que já foi escrito ou vivenciado por muitos profissionais da área, quanto aos objetivos a que se propunha uma instituição com aquele perfil. Internações sem critérios técnicos, impossibilidade de um trabalho terapêutico mais eficaz, uso inadequado de psicofármacos, altas determinadas pelo tempo de permanência, reinternações constantes, pressões sobre os profissionais para trabalharem em função das expectativas da instituição. Enfim, nada que não fora exaustivamente denunciado ou conhecido quanto aos hospitais psiquiátricos.

Mais tarde, fui trabalhar na Unidade Psiquiátrica de Urgência do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCCAMP, que propunha um serviço alternativo eficaz ao modelo hospitalar clássico, hegemônico no país. A inauguração da UPU se deu em abril de 1987, período em que surgiam as primeiras experiências concretas do processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no país, denominada de *Reforma Psiquiátrica*.

Nesse momento, deparei-me com uma questão essencial que seria mais que a definição, a compreensão do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. O próprio conceito torna-se problemático, pois, como afirma Amarante:

"A expressão reforma é indicativa de um paradoxo, pois sempre foi utilizada como relativa às transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição às 'verdadeiras' transformações estruturais, radicais e de base" (Amarante, 1996, mimeo).

Certamente nesta conceituação, Amarante(1996) traz à tona o ponto central de uma discussão teórica e experimentações práticas que permearam e ainda mobilizam a política de saúde mental em nosso país, quando se busca experimentar os limites da transformação da assistência psiquiátrica e o perfil dos modelos assistenciais que se apresentam enquanto partes integrantes da Reforma Psiquiátrica.

O surgimento da UPU não pode ser considerado, em absoluto, um fato isolado, devendo ser analisado por uma conjunção de fatos e fatores que desencadearam na criação desse serviço.

Não seria possível delinear um ponto inicial para esta análise, e, para uma melhor leitura metodológica, optei pelo início da década de 70 como aquilo que denominei "*Antecedentes da Reforma Psiquiátrica*".

Os primeiros anos da década de 70 tornaram-se referenciais da ação assistencial psiquiátrica brasileira, pelo surgimento dos movimentos de contestação à prática psiquiátrica

¹ Não é minha pretensão discutir as várias definições de Psiquiatria Social, optando por citar Bleandonu, que afirma: "*A Psiquiatria Social corresponde ao campo que avizinha a psiquiatria, como especialidade médica, às ciências sociais, através de uma colaboração mútua e interdisciplinar para promover a saúde mental de uma população*" (*Bleandonu, 1979, p25, apud Figueiredo, 1996, p139).

predominantemente hospitalar. Retrocedendo um pouco, tem-se no golpe militar de 64, o ponto de inflexão de um novo perfil de assistência ao doente mental, submergindo os grandes hospitais públicos, totalmente obsoletos e cronificantes, emergindo uma estrutura hospitalar privada que se definia como moderna, eficaz e terapêutica. Esse novo modelo responderia às necessidades de cobertura da população previdenciária, cada vez mais significativa na sociedade brasileira, enquanto os hospitais públicos seriam destinados basicamente à população de indigentes.

O crescimento desmesurado dos hospitais psiquiátricos conveniados, com uma política previdenciária totalmente voltada para o financiamento desta prática, não só na assistência psiquiátrica, como na saúde pública em seu todo, levou a um déficit financeiro que obrigou a Previdência Social a pensar em soluções de saneamento através da melhor utilização da rede pública e modernização de suas unidades. Esse fato propiciou a elaboração de uma proposta assistencial psiquiátrica voltada para as práticas *preventivistas*.

No início da década de 70, a forte influência da psiquiatria comunitária norte-americana, com seus referenciais preventivistas, marcou significativamente as posições mais progressistas do campo psiquiátrico nacional. Vale destacar o *I Congresso Brasileiro de Psiquiatria* ocorrido em 1970, na cidade de São Paulo, quando foi formulada a "*Declaração de Princípios de Saúde Mental*", que preconizava uma prática preventivista, com ênfase nos serviços comunitários, extra-hospitalares e o "*Manual de Serviços para a Assistência Psiquiátrica*", lançado em 1973, pela Secretaria de Assistência Médica do INPS, enfatizando também a assistência comunitária (Medeiros, 1977; Cerqueira, 1984; Giordano Jr., 1989).

Apesar da maioria dos documentos oficiais e Planos de Ação para a Saúde Mental na década de 70 apresentarem uma proposta claramente voltada para as ações comunitárias, o que se observou na prática foi a cristalização do modelo de compra, por parte do poder público, de leitos psiquiátricos em hospitais privados. Essa opção é facilmente confirmada ao constatar que os recursos destinados à internação psiquiátrica no ano de 1977 representavam 96% do orçamento total da Previdência Social, enquanto os outros 4% eram destinados à prática extra-hospitalar (Amarante, 1996).

Com o fim do milagre econômico e o início do processo de abertura do regime autoritário, ocorrido no final da década de 70, a sociedade civil, não mais aceitando as restrições políticas e sociais impostas, começou a se organizar através de associações, sindicatos, movimentos de lutas específicas, bem como gerais, cujo exemplo mais incisivo foi o movimento pela anistia (Bezerra Jr., 1994).

Desta reorganização social pelas liberdades democráticas, vale destacar na área da saúde pública, a constituição, em 1976, do *Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES* - que, com o passar dos anos, tornou-se o principal foco intelectual do movimento sanitarista, rompendo com o modelo tradicional preventivista, adotando um novo conceito de saúde pública, a partir de experiências em alguns municípios governados pela oposição. A universalização da assistência, o controle público das ações de saúde e a priorização das ações coletivas, em detrimento das ações individuais, transformaram-se na tônica de um novo modelo assistencial sanitarista (Nascimento, 1991; Merhy, 1994).

Se o CEBES tornou-se o referencial do movimento sanitarista, a criação do *Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM*, no ano de 1978, a partir das denúncias e reivindicações por profissionais da área no Rio de Janeiro, diante da situação em que encontravam os hospitais psiquiátricos públicos naquela cidade, pode ser considerado o marco inicial do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. O V Congresso Brasileiro de Psiquiatria que aconteceu em Camburiú, Santa Catarina, no mesmo ano, consolida o MTSM na área de saúde mental, enquanto o

I Simpósio Nacional de Política de Saúde ocorrido no Congresso Nacional em Brasília, no ano seguinte, é o marco de afirmação das postulações sanitaristas defendidas pelo CEBES.

Este paralelo entre o *Movimento Sanitarista* e o de *Reforma Psiquiátrica*, encabeçados, respectivamente, pelo CEBES e o MTSM não pode ser considerado como um mero exercício de coincidências. Na verdade, o processo de redemocratização do país levou grupos organizados à elaboração de críticas teóricas às políticas de saúde do Estado autoritário, com conseqüente apresentação de propostas alternativas. Essas propostas na saúde pública confluíram para o delineamento de programas da chamada *Reforma Sanitária*, ampliando o leque de ações e reflexões, trazendo à tona uma crescente produção crítica sob forte influência das ciências humanas, em que novos temas, como determinação social das doenças, teoria do Estado e políticas sociais, história das instituições, antropologia da saúde, entre outros, viabilizaram a articulação de um novo campo de ação sanitaria: a *Medicina Social* (Bezerra Jr., 1994).

Em relação à saúde mental, a influência de uma literatura crítica que chegava ao país, de inspiração basicamente marxista ou foucaultiana, a difusão da experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, as críticas veementes à política de saúde mental do país levaram à elaboração, por certos setores da área, de uma postura em relação a uma prática assistencial psiquiátrica que extrapolasse o perfil médico preventivista, atuando de forma mais incisiva em um modelo político-institucional.

É certo que a influência italiana só viria se tornar mais marcante no final dos anos 80, porém, deve-se salientar que algumas das mais significativas lideranças do movimento sanitaria e da reforma psiquiátrica começaram a ocupar importantes espaços no aparelho do Estado, levando à viabilização de propostas marcadamente progressistas para a área da saúde.²

A crise político-econômica que vivia o país, refletindo diretamente na arrecadação da Previdência Social, desencadeou por parte do governo federal a viabilização de modificações importantes na prestação de assistência à saúde da população previdenciária, através de medidas racionalizadoras, lançadas em 1982 como "*Plano de Reorientação de Assistência à Saúde*", mais conhecido como *Plano CONASP*. Esse Plano, que enfatizava os princípios da descentralização executiva e financeira, regionalização, hierarquização de serviços e fortalecimento da intervenção do Estado no setor saúde, teve sua versão para a Assistência Psiquiátrica apresentada no final daquele ano, fazendo um diagnóstico preciso do modelo assistencial psiquiátrico, predominantemente hospitalocêntrico, propondo uma prática extra-hospitalar, articulada, regionalizada e descentralizada, priorizando os setores públicos na condução das ações de saúde mental (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1983).

Apesar das resistências do setor privado a este e outros planos que surgiram para o setor, uma nova realidade se apresentava no país, pois com o fim do governo militar e a conquista do poder de um amplo arco de alianças políticas, envolvendo desde setores conservadores de cunho nacionalista até partidos de orientação marxista, denominado de "*Aliança Democrática*", viabilizou na área da saúde avanços significativos de ações progressistas. Era o início da "*Nova República*", e os temas sociais tornaram-se prioridade pelo novo governo.

Desse processo surgiu a *VIII Conferência Nacional de Saúde*, em março de 1986, que redirecionou as propostas para a saúde pública, garantindo aos estados e municípios o papel de condutor, gestor e principal executor destas propostas. Mas foi no fortalecimento da participação

² A posição de algumas lideranças deste movimentos em participar do aparelho estatal em absoluto pode ser visto como consensual. Ao mesmo tempo que seria possível participar e atuar decisivamente na política de saúde do país, transformando o perfil das ações de saúde, não era possível negar o mal estar em participar de um governo militar. Como questiona Bezerra Jr. "*Como manter uma postura radicalmente contra o regime e ao mesmo tempo ocupar postos de confiança nos seus órgãos?*" (Bezerra Jr., 1994, p177).

popular, através dos Conselhos de Saúde, que engendrou o caráter fundamental do processo de redemocratização no país, o resgate à cidadania e a efetiva participação da sociedade civil nos destinos sociais. Dessa Conferência, surgiu pouco tempo depois, o *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS*.

Dentre os desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde, vale destacar a *I Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM*, ocorrida no ano seguinte, que aprovou propostas nitidamente progressistas, como a formação de um sistema único de saúde, a descentralização do atendimento e a reversão do modelo hospitalocêntrico. Porém, foi a polêmica a respeito da cidadania e legislação do doente mental, garantindo-lhes seus direitos civis, sociais e políticos, e as críticas quanto ao conceito de periculosidade e à internação compulsória, que trouxeram à tona uma discussão mais ampliada quanto às estratégias de ação dos movimentos organizados em saúde mental (I Conferência Nacional de Saúde Mental, 1987)

A I CNSM também marcou o afastamento do *MTSM* da *Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP* - e da *Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM*, aproximando-se das experiências desinstitucionalizantes propostas pela *Psiquiatria Democrática Italiana*.

O lema "*Por uma sociedade sem manicômios*", defendido pelo *MTSM*, sinalizava a ampliação do campo de ação para outros setores da sociedade civil, que não apenas a saúde mental. Desinstitucionalizar era muito mais que tirar pacientes de hospitais psiquiátricos e criar modelos alternativos que dessem conta da clientela que sofresse de algum tipo de distúrbio mental. Desinstitucionalizar significava desconstruir o manicômio, não só enquanto estrutura física obsoleta e superada, mas criando novos paradigmas em que as relações humanas, o respeito às diferenças e a busca dos direitos do cidadão estivessem acima de seus traços psicopatológicos.

Esse novo modelo proposto foi viabilizado em algumas experiências pioneiras no país, destacando-se o município de Santos, a partir de 1989. Com a intervenção realizada pela prefeitura daquele município no único hospital psiquiátrico da região, desencadeou-se um processo desinstitucionalizante sob forte influência da experiência italiana. No mesmo ano, o Deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou ao Congresso Nacional o Projeto-Lei 3.657/89, que propunha a desconstrução gradativa do modelo manicomial, provocando, na década de 90, um grande debate a respeito da assistência psiquiátrica no Brasil.

Após a análise a respeito da evolução da política de saúde mental no Brasil nas décadas de 70 e 80, em que se toma como referência a Reforma Psiquiátrica, direcionei o trabalho de pesquisa para o aprofundamento da experiência assistencial psiquiátrica no Estado de São Paulo, especialmente no município de Campinas. Essa opção se justifica, pois este Estado e a cidade de Campinas apresentaram importantes contribuições ao desenvolver ações efetivas de viabilização de práticas reformistas no campo da saúde mental.

No *Estado de São Paulo*, além da experiência ocorrida por um curto período, no início da década de 70, com Luiz Cerqueira enquanto Coordenador de Saúde Mental, certamente o referencial mais significativo de uma política de saúde mental progressista e inovadora se deu a partir de 1982, com a eleição de Franco Montoro a governador.

A indicação de *Marcos Toledo Ferraz*, professor da Escola Paulista de Medicina e então Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, para o cargo de Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo, possibilitou a viabilização de uma política de fortalecimento de modelos assistenciais, que contrapusessem ao hospitalocêntrico hegemônico no Estado. Para essa nova política, o coordenador e sua equipe definiram quatro prioridades a serem executadas: a) implantar ações de saúde mental em Centros de Saúde, com uma equipe mínima composta por psicólogo, psiquiatra e assistente social; b) ampliar a rede ambulatorial; c) recuperar os leitos próprios; d)

promover a regionalização, hierarquização e integração dos serviços (Ferraz, 1984).

A implantação do Plano CONASP fortaleceu os Estados e municípios através das *Ações Integradas de Saúde - AIS*, criando condições políticas e econômicas ao governo do Estado de São Paulo para a implantação destas propostas, mesmo que de forma parcial. No entanto, mais que o crescimento quantitativo dos serviços de apoio, ao menos no início do trabalho, houve um avanço qualitativo significativo, principalmente no que tange à prática ambulatorial. Tal prática buscou mudar o perfil assistencial de mero repassador de receitas de psicofarmacos ou encaminhador para hospitais psiquiátricos, para um espaço de contenção do sofrimento psíquico.

Outro avanço da administração de Marcos Ferraz foi resgatar os leitos psiquiátricos próprios, principalmente do Complexo Hospitalar do Juqueri, que naquele momento se encontrava totalmente deteriorado por um processo crônico de sucessivas más administrações, impossibilitando qualquer política transformadora naquela instituição. Essa transformação só foi possível no momento em que fatos, inadmissíveis para um governo defensor dos direitos humanos, vieram a público, dando condições políticas ao governo estadual de intervir de maneira incisiva na instituição. A partir da intervenção, propostas modernizadoras como a criação do Lar Abrigado e de um Serviço de Emergência Psiquiátrica, bem como a regionalização do atendimento e a suspensão da transferência de doentes mentais de outras regiões do Estado, favoreceram a mudança gradual do perfil do Juqueri.

No entanto, foi a possibilidade de uma ação integrada com os municípios que viabilizou algumas experiências interessantes na área, destacando-se o trabalho conjunto do Estado com o município de São Paulo, conhecido como *Projeto Zona Norte*, importante modelo de atendimento regionalizado naquela região da capital, com estruturas hierarquizadas que respondiam às necessidades da população (Cesarino, et al., 1985).

É certo que avanços houve naquele período, apesar de alguns pontos não terem sido implementados com maior vigor. Vale destacar o tímido processo de desospitalização ocorrido, com um decréscimo de 2.274 leitos psiquiátricos, única e exclusivamente às custas dos hospitais públicos, enquanto os hospitais particulares, cresceram em 1.220 leitos.

No final do governo Montoro, por volta de 1986, importante reforma administrativa na Secretaria Estadual da Saúde promoveu a criação dos *Escritórios Regionais de Saúde - ERSA*, que buscou a adequação estrutural do sistema através das diretrizes de regionalização, hierarquização e descentralização administrativa. Foram criados 62 ERSAs em todo o Estado.

Com o novo governo do Estado tendo assumido em 1987, com a eleição de Orestes Quércia, e a implantação do *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS*, por parte do governo federal, a nova Assessoria de Saúde Mental, coordenada pelo psiquiatra *Joaquim Alho Filho*, delineou um programa assistencial para a área, implementando a política de desospitalização, enfatizando a criação de serviços extra-hospitalares, destacando-se a emergência psiquiátrica em hospital geral e hospital-dia, bem como o treinamento de médicos generalistas para ações em saúde mental (Secretaria de Estado da Saúde, 1987).

Apesar dessas propostas estarem em consonância com as propostas oficiais a nível nacional, foi um período de dificuldades para o projeto de implantação de uma política de saúde mental para o Estado de São Paulo. No entanto, algumas experiências importantes ocorreram, destacando-se a criação do *Centro de Atenção Psicossocial - CAPS - Luiz Cerqueira*, no município de São Paulo, em março de 1987 e o *Consórcio Intermunicipal de Saúde*, em Penápolis, interior do Estado; além das experiências no final dos anos 80 nos municípios de São Paulo e Santos, sob forte influência da Psiquiatria Democrática Italiana.

Se em alguns municípios avanços significativos vinham ocorrendo em relação a uma

proposta mais ousada para a assistência em saúde mental, em outros esses avanços ocorriam de forma mais tímida, destacando-se o município de *Campinas*.

Importante pólo industrial e acadêmico do interior paulista, Campinas, desde a década de 70, destacava-se na área de saúde pública pela experiência transformadora ocorrida na época, através da implantação de uma política basicamente comunitária, com o município assumindo, com recursos próprios, a criação de 34 Postos de Saúde na periferia. Campinas também se transformou em referência nacional no início dos anos 80, ao implantar um programa integrado de saúde, denominado *Pró-Assistência*, que congregava os serviços públicos federal, estadual e municipal, além das duas Universidades, a UNICAMP e a PUCCAMP. Esse programa transformou-se em modelo para a criação, pouco tempo depois, das Ações Integradas de Saúde - AIS (*Pró-Assistência*, 1984).

Em relação à saúde mental, Campinas não diferia da realidade nacional, com um parque hospitalar hegemônico e serviços extra-hospitalares praticamente incipientes. Na metade da década de 80, a *Sub-Comissão de Saúde Mental do Pró-Assistência* alertava através de documentos a respeito da necessidade de introduzir uma nova política de saúde mental, priorizando as práticas integradas, regionalizadas e hierarquizadas de saúde, tendo nos Centros de Saúde a "*porta de entrada*" do sistema e criando uma série de modelos assistenciais intermediários no intuito de evitar a internação em hospitais psiquiátricos. Com um perfil claramente preventivista, essa era a proposta que se acreditava adequada para a substituição gradual das instituições psiquiátricas (*Pró-Assistência*, 1984).

Por volta de 1987, estudos elaborados pelo *Grupo de Trabalho em Saúde Mental da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde - CIMS*, que substituiu o *Pró-Assistência* com a criação do ERSA, demonstravam que muito pouco havia se modificado em relação à assistência psiquiátrica no município e na região (CIMS-Campinas, 1987).

Esta situação só começou a se transformar, no final da década de 80 e início dos anos 90, quando uma política mais atuante da Secretaria Municipal de Saúde viabilizou alguns avanços na área, destacando-se o processo de co-gestão ocorrido entre a *Prefeitura Municipal* e o *Hospital Psiquiátrico Dr. Cândido Ferreira*, o mais antigo do município, transformando-o em exemplo de modelo desinstitucionalizante no país.

A política de supervisão e controle dos hospitais psiquiátricos na região pela administração estadual, através do ERSA-27³, e a subsequente criação de uma Central de Vagas, também foram contribuições importantes na mudança da relação entre as instituições privadas conveniadas e os órgãos públicos. Essa política de controle da qualidade do atendimento levou ao fechamento de dois tradicionais hospitais psiquiátricos no prazo de um ano, diminuindo em 474 os leitos psiquiátricos no município.

Porém, a diminuição do número de leitos psiquiátricos exigiria uma contrapartida de propostas extra-hospitalares, sendo que quase metade dos Centros de Saúde municipais possuíam profissionais de saúde mental. Dois CAPS foram criados, além do Hospital-Dia implantado no Hospital Cândido Ferreira. Em relação às Universidades, tanto a UNICAMP como a PUCCAMP possuíam enfermarias de psiquiatria em hospital geral.

Por fim, propus estudar a criação da *Urgência Psiquiátrica do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas*.

Dividí esta parte do trabalho em dois momentos: a criação dos Serviços de Emergência Psiquiátrica no Brasil e o surgimento da Unidade Psiquiátrica de Urgência do Hospital e

³ Responsável pela região de Campinas

Maternidade Celso Pierro.

No primeiro momento, analisei a criação dos *Serviços de Emergência Psiquiátrica no Brasil*, enfocando experiências significativas que ocorreram, principalmente a partir da década de 70, sob forte influência da psiquiatria comunitária norte-americana. Vale destacar que em 1963, com o lançamento do *Community Mental Health Center Act*, o Serviço de Emergência Psiquiátrica se transformou em um dos serviços essenciais do modelo preventivista implantado naquele país (Wellin, Slesinger & Hollister, 1987).

No Brasil, dois serviços exemplificam as dificuldades ocorridas na implantação desse tipo de modelo assistencial: a *Central Psiquiátrica de Pernambuco*, inaugurada em 1971, na cidade de Recife; e o *Serviço de Emergência Psiquiátrica*, criado em São Paulo, em 1973. Esses dois serviços foram inviabilizados devido às fortes pressões das instituições privadas conveniadas, que não aceitavam um modelo assistencial de característica triadora para os hospitais psiquiátricos (Medeiros, 1977; Cerqueira, 1984). Na verdade, este foi e ainda continua sendo o papel das emergências psiquiátricas em nosso país, funcionando enquanto um "*filtro administrativo*" para as internações em hospitais psiquiátricos.

Algumas poucas experiências em Hospitais Universitários marcaram o final da década de 70 em relação às emergências psiquiátricas. Apenas nos anos 80, surgiram outras experiências, sem que isso no entanto, se tornasse prática assistencial efetiva na contraposição ao modelo hospitalocêntrico. Vale citar certas experiências com características peculiares quanto à sua vinculação no sistema de saúde mental, por exemplo, as emergências psiquiátricas em hospitais gerais, como parte de uma estrutura regionalizada e hierarquizada de atendimento, funcionando enquanto serviço de atendimento intermediário. Neste perfil, destaca-se a *Emergência Psiquiátrica do Hospital Geral do Mandaqui*, na cidade de São Paulo, inserida no Projeto Zona Norte, citado anteriormente (Cesarino, et al., 1985).

Também havia serviços de emergência psiquiátrica vinculados a hospitais psiquiátricos públicos, como o *Serviço de Emergência Psiquiátrico Raul da Matta*, ligado ao Complexo Hospitalar do Juqueri, criado em 1984, que funcionou enquanto importante serviço de contenção de fluxo daquela instituição (Berto, 1985).

Pouquíssimos exemplos teria para apresentar em relação a Serviços de Emergência Psiquiátrica autônomos, ou seja, sem qualquer vinculação administrativa com instituições hospitalares. Pode-se destacar a *Unidade Psiquiátrica de Campinas*, criada no final da década de 70, que por motivos certamente de ordem econômica, funcionava basicamente enquanto unidade retroalimentadora dos hospitais psiquiátricos da região (Franklin, Cassorla & Karniol, 1980). O fechamento dessa Unidade, em 1986, criou condições políticas para a viabilização de um novo serviço de urgência no município, que viria a ser a *Unidade Psiquiátrica de Urgência do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCCAMP*, o objeto de estudo.

Este relato fez-se necessário, para percepção da hipótese e dos objetivos que se apresentam. Certamente, haveria um vácuo no momento inicial da apresentação do trabalho, se não fossem destacados pontos que entendo fundamentais para melhor compreensão do estudo proposto. A análise histórica da criação da UPU foi delineada por um caminhar em que busquei conceituar dialeticamente marcos significativos do processo de evolução da assistência psiquiátrica no Brasil.⁴

Para tanto, lanço a **Hipótese** de que:

⁴ Usei o termo *conceito* através da definição de Minayo: "*Podemos considerá - los como operações mentais que refletem certo ponto de vista a respeito da realidade, pois focalizam determinados aspectos dos fenômenos, hierarquizando-os. Desta forma eles se tornam um caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações, e ao mesmo tempo um caminho de criação*" (Minayo, 1996, p92).

A criação da Unidade Psiquiátrica de Urgência do HMCP - PUCCAMP sofreu importante influência do processo de reforma psiquiátrica iniciado nos anos 80 no Brasil, viabilizando assim um modelo assistencial psiquiátrico diferenciado do modelo hospitalocêntrico hegemônico, no período estudado.

A partir desta hipótese, defino como objetivo geral deste estudo :

Reconstituir historicamente o processo de formação da Unidade Psiquiátrica de Urgência do Hospital e Maternidade Celso Pierro, da PUCCAMP, no final dos anos 80, no município de Campinas.

Destaco como objetivos específicos:

a) analisar historicamente a evolução da política de saúde mental no Brasil, nas décadas de 70 e 80.

b) identificar as influências da política de saúde pública nas décadas de 70 e 80 na formulação da política de saúde mental;

c) analisar os reflexos da política de saúde mental e da política de saúde pública no Estado de São Paulo e no município de Campinas;

d) examinar as ações políticas que influenciaram decisivamente para a criação da UPU enquanto modelo assistencial psiquiátrico no município de Campinas.

Antes da discussão dos aspectos metodológicos usados na pesquisa, gostaria de justificar o "desenho" deste trabalho, por se considerar necessário caminhar por uma trajetória partindo do geral para o específico. Como relatado anteriormente, não seria possível a definição de um ponto inicial para o estudo. Acredito que periodicizar a partir dos anos 70, enquanto início do processo de mudanças que culminariam na Reforma Psiquiátrica, poderia ser considerado como algo especulativo, ou quem sabe, aleatório. Porém, entendo que a influência das propostas preventivistas no Brasil dos anos 70, se atualmente pode ser considerada por alguns como algo que não modificou o cerne da estrutura assistencial psiquiátrica, não pode e nem deve em absoluto ser qualificada como um movimento secundário, principalmente analisando o momento político institucional e a pequena participação dos órgãos públicos de saúde na definição das estratégias de ação. Naquele momento em que, como definiram Oliveira & Teixeira (1986), se privilegiava "O Produtor Privado", criar alternativas assistenciais públicas a partir de sistemas hierarquizados, regionalizados e descentralizados era um significativo avanço no "pensar" outros modelos que não o imposto pelo capitalismo monopolista.

A década de 80 no Brasil, sem dúvida, deverá ser analisada, no futuro, com mais profundidade pelas ciências sociais, para a compreensão de sua importância nas modificações estruturais ocorridas no país. O processo de redemocratização, fruto não só da crescente fragilização da aliança "burocrático-militar" que dava sustentação política ao regime de exceção, mas principalmente à reorganização da sociedade civil, trouxe reflexos significativos nas políticas de saúde pública e mental, que buscaram novos paradigmas para o sistema de saúde. Em relação à saúde mental, torna-se clara a evolução do movimento de Reforma que, de uma prática contestatória à situação caótica dos hospitais psiquiátricos públicos, ampliou seus espaços de luta, levando para a sociedade civil o questionamento das práticas assistenciais manicomial e a necessidade de sua superação, sob forte influência do movimento desinstitucionalizante italiano.

Após a análise desses períodos em aspecto nacional, entendo que o caminho deveria ser uma leitura mais delimitada, estudando o Estado de São Paulo e o município de Campinas, enquanto agentes de experiências na reconstrução da assistência psiquiátrica, importância esta que se reveste pelas dificuldades de ordem prática encontradas para avançar em propostas modificadoras da estrutura assistencial vigente.

Por fim, acredito ser necessário estudar especificamente as Urgências Psiquiátricas no Brasil e sua evolução nas décadas enfocadas, finalizando na reconstrução histórica da criação da UPU - HMCP.

2 - PASSOS METODOLÓGICOS:

A escolha do tema, como relatado anteriormente, foi uma busca do conhecimento histórico da criação de um serviço no qual trabalhei por cerca de oito anos. Evidente que uma postura asséptica de análise não corresponderia à seriedade científica pretendida neste trabalho. Como afirma Minayo:

"Nenhuma pesquisa é neutra seja ela qualitativa ou quantitativa. Pelo contrário, qualquer estudo da realidade, por mais objetivo que possa parecer, por mais 'ingênuo' ou 'simples' nas pretensões, tem a norteá - lo um arcabouço teórico que informa a escolha do objeto, todos os passos teóricos e práticos" (Minayo, 1996, p37).

Torna-se necessário afirmar isso, pois ao se optar por uma pesquisa histórica, deve-se compreender que, mais que defini-la enquanto narrativa de fatos ou acontecimentos em determinado período, através de informações de testemunhas oculares, auriculares ou de documentos, a história é o relato de uma experiência humana. Não significa que os fatos históricos se modifiquem, mas a investigação sobre estes fatos pode ser alterada através dos questionamentos que o pesquisador tende a fazer a respeito do que está sendo investigado, em que sua própria experiência de vida e suas concepções teóricas fazem parte deste processo.

Estas questões devem ser esclarecidas, pois o historiador e a história apresentam-se em uma interligação tão intensa que, ao mesmo tempo em que o investigador é o sujeito do conhecimento, pode ser visto enquanto objeto, como afirmam Vieira, Peixoto & Khoury.

"Ao mesmo tempo em que a postura e a experiência de vida do pesquisador vão estar presentes no seu trabalho, enquanto sujeito do conhecimento, esta mesma bagagem é histórica tornando - o um objeto, isto é, o historiador é também fruto de seu tempo" (Vieira, Peixoto & Khoury, 1989, p30).

Esta íntima relação do pesquisador com o objeto a ser pesquisado demanda uma dinâmica que em absoluto é vista como algo objetivo, inerte, estático e independente da vontade humana. A história se processa através de sujeitos sociais em constante movimento. Nela, os processos sociais encontram-se em plena mutação através das pressões exercidas pelos próprios sujeitos no seu caminhar histórico. Por isso, definir história é buscar a compreensão de experiências humanas que não possuam necessariamente um sentido único, homogêneo, linear. Pesquisar história é recuperar, no objeto estudado, as ações que diferentes grupos exerceram em determinado fato social, compreendendo a concretização de uma possibilidade e não de outras (Vieira, Peixoto & Khoury, 1989).

Certamente este é o papel central do pesquisador em história: analisar o material por ele levantado, elaborando, através dos conceitos a explicação histórica. No entanto deve deixar claro que o conhecimento histórico não se resume apenas aos fatos e sujeitos que viabilizaram seus projetos, mas também àqueles que não conseguiram este intento.

Este processo dialético de entender história torna-se ponto fundamental para a compreensão de que o objeto a ser estudado está em constante movimento, pois os sujeitos que fazem a história assim se apresentam. Esse movimento não possui, em absoluto, uma lógica rígida, mas dinâmica e essencialmente contraditória, naquilo que Thompson definiu como "*lógica histórica*" (*Thompson, apud Vieira, Peixoto & Houry, 1989, p 68).

E se pensarmos em um objeto que possua uma dinâmica constante, contraditória, inacabada e tensionada, não se pode investigá-lo através dos referenciais metodológicos que dão a garantia de uma objetividade histórica demarcada claramente por fases e etapas rígidas e sistematizadas. Optei por uma metodologia que possibilitasse entender um momento histórico, não apenas em busca daquilo que realmente aconteceu enquanto história positivista, mas como os sujeitos vivenciaram e os documentos relataram aquele momento, através das disputas e contradições que se apresentavam na luta pelo poder. O real em absoluto é algo definido, mas um processo em construção.

Baseado nesses elementos teóricos, decidi pela análise metodológica, através de dois referenciais: a **Análise Histórica Documental** e a **Análise Histórica Oral**.

Importante salientar que, apesar de requererem um tratamento técnico-metodológico específico, tanto as fontes documentais escritas como o depoimento oral se complementam na análise de um objeto. Na verdade, como se verá adiante, o "*relato oral*" transforma-se, em determinado momento, em "*documento escrito*", possuindo igual valor metodológico que um documento primariamente escrito.

2.1 - HISTÓRIA DOCUMENTAL

Jacques Le Goff considera a história uma ciência e para tanto, necessita de técnicas e métodos, sendo o documento um destes elementos metodológicos (Le Goff, 1990). No entanto, valeria neste momento uma questão: O que são documentos e o que deve ser considerado e rejeitado enquanto documento em um trabalho histórico?

A palavra documento vem do latim *documentum*, que significava inicialmente "*ensinar*", evoluindo para "*prova*". Para a escola positivista, no início do século XX, o documento era considerado como o fundamento do fato histórico, a prova histórica, o testemunho escrito (Le Goff, 1990).

A forte influência positivista na história, no final do século XIX e começo do século XX, privilegiava esta postura em que apenas o escrito, o documentado, era considerado relevante. A função básica do historiador era tirar do documento todo o seu conteúdo, não podendo acrescentar nada do que não contivesse. Em suma, o documento falava por si só. Este fato pode ser observado pelos escritos de Fustel de Coulegiar, o mais importante historiador positivista francês do século passado, que em seu livro "*La Monarchie franque*", afirmava:

"O historiador não tem outra ambição que analisar bem os fatos e compreendê - los com exatidão. Não pode procurá - los na imaginação ou na lógica; procura-os e atinge-os através da observação minuciosa dos textos, como o químico encontra os seus, em experiências minuciosamente conduzidas. A única habilidade consiste em tirar dos documentos tudo o que eles contêm e nada acrescentar que neles não esteja contido.

*O melhor historiador é o que se mantém mais perto dos textos, que os interpreta com mais correção, que só escreve e pensa segundo eles" (*Fustel de Coulegiar, apud Le Goff, 1990, pp106 e107)*

O triunfo do documento enquanto principal fonte histórica tornara-se patente e a máxima "*Sem Documento não há história*", expressa por Langlois e Seignobos, dois importantes historiadores positivistas, definia com clareza esse processo (Langlois & Seignobos, 1946).

Com o apogeu da história positivista, os documentos considerados verdadeiramente históricos eram aqueles que esclareciam a história do homem, digna de ser conservada, transmitida e estudada. Esse período foi rico no estudo da vida de grandes homens, acontecimentos militares e diplomáticos, batalhas e tratados. Aquilo que não era considerado documento oficial, era rejeitado na análise dos fatos (Le Goff, 1990).

Apenas na década de 20, mais precisamente em 1929, na França, iniciou-se um revigorante movimento de oposição ao positivismo histórico, introduzido por um grupo de historiadores franceses ligados à revista "*Annales d'Historie Économique et Sociale*", tendo nos professores Marc Bloch e Lucien Febvre seus dois mais importantes teóricos. Esse movimento, conhecido como "*Nova História*", procurava em seus trabalhos focar as estruturas sociais, seu funcionamento e evolução. Para eles, a história deveria ser analisada de uma forma abrangente, sob todos os seus aspectos, abordando os grupos humanos nas suas mais diferentes referências, ampliando assim a noção de documento (Vieira, Peixoto & Khoury, 1989).

Lucien Febvre assim definia a questão da documentação na "*Nova História*":

*"A história fez-se, sem dúvida, com documentos escritos. Quando há. Mas pode e deve fazer - se sem documentos escritos, se não existirem... faz-se com tudo o que a engenhosidade do historiador permite utilizar para fabricar o seu mel, quando faltam as flores habituais: com palavras, sinais, paisagens e telhas; com formas de campo e com más ervas; com eclipses da lua e arreios; com peritagens de pedras, feitas por geólogos e análises de espadas de metal, feitas por químicos. Em suma, com tudo o que, sendo próprio do homem, dele depende, lhe serve, o exprime, torna significante a sua presença, atividade, gostos e maneiras de ser " (*Febvre, apud Le Goff, 1990, p107).*

Para a "*Nova História*", o documento escrito não era mais a única fonte documental a ser considerada pelo historiador, sendo que outros elementos de natureza diversa deveriam ser considerados enquanto tal⁵.

No entanto, o ponto alto da discussão a respeito do documento se dá a partir do momento em que se analisa o seu significado. Os documentos devem ser divididos em dois tipos quanto à sua produção: *conscientes ou inconscientes*. Para Le Goff, os *documentos conscientes* são aqueles feitos

⁵ A História Oral, como se verá adiante, preenche, sem dúvida, os critérios enquanto fonte documental sob a óptica da Nova História

voluntariamente com o objetivo de testemunharem e orientarem a história e os *documentos inconscientes* são os traços deixados pelos homens sem a mínima intenção de legar um testemunho à posteridade (Le Goff, 1990).

Baseado nessa diferenciação, deve-se compreender que os documentos conscientes refletem muitas vezes o pensamento e a prática das estruturas de poder. Ele é o produto da sociedade que o fabricou, segundo as relações de força daqueles que detêm o poder. Sendo assim, cabe ao historiador compreender essas correlações no intuito de analisá-lo de uma forma crítica:

"Nenhum documento é inocente. Deve ser analisado. Todo o documento é um monumento que deve ser des-estruturado, des-montado... Os documentos só passam a ser fontes históricas depois de estarem sujeitos a tratamentos destinados a sua função de mentira em confissão de verdade" (Le Goff, 1990, p110).

E se o documento reflete a posição dos setores dominantes, o mesmo pode-se pensar em relação ao historiador que, em sua análise, considera alguns documentos e rejeita outros. Sem dúvida, esta atitude reflete a sua própria posição enquanto ser social. Por isso, a atuação do pesquisador não pode ser considerada neutra e o documento como algo inócuo. Este é, antes de mais nada, o resultado de uma montagem consciente ou inconsciente da história cujo objetivo é a sua perpetuação. Na verdade, o documento apenas reflete os esforços das sociedades históricas no intuito de impor às gerações futuras a imagem de si próprias. *O Documento é monumento* (Le Goff, 1990).^{6 7}

Marson (1986) evidencia o valor do documento como chama a atenção que este é um instrumento privilegiado do historiador, como suporte material da pesquisa e fonte de interpretação. No entanto, o autor faz uma importante colocação a respeito do registro documental e as diferenciações entre as Escolas Positivista e Nova História:

"Parece claro que ambos os procedimentos acabam consagrando uma visão de passado conforme a posição dos vencedores, embora se arroguem uma objetividade crítica e científica. Se a primeira ressoa mais visivelmente os ecos conservadores, a segunda sutilmente perpetua e recria em ciclos recorrentes a memória dos vencedores justamente por fundar-se na separação sujeito/objeto, em que o historiador mesmo pratica sua dominação através do apoderamento do objeto estudado" (Marson, 1986, p52).

Porém, vale frisar que, mais do que o tipo de leitura que se está fazendo em relação ao documento, deve-se ter claro o que se procura e a partir disso "*ouvir*" o que o documento tem a "*dizer*". Para tanto, devem-se observar alguns pontos importantes levantados por Marson (1986),

⁶ Le Goff define monumento como tudo aquilo que pode evocar o passado, perpetuar a recordação. Por exemplo, os atos escritos. (Le Goff, 1990)

⁷ Mais informações a respeito da relação documento/monumento podem ser encontradas em - "História e Memória" / Jacques Le Goff; tradução Bernardo Leitão - Campinas, S.P. Editora da UNICAMP, 1990.

quanto à investigação documental:

"1) O documento não é isolado, mas existe em relação a outros que ampliam seu sentido e permitem maior aproximação da realidade;

2) Este sentido tem referências muito precisas, seja por sua origem, sua autoria ou sua finalidade(sua razão de existir);

3) Não é inteiramente explicativo em si, ao lado das significações explícitas tem as implícitas e as não manifestas, tendo o historiador a necessidade de trabalhar(ou, pelo menos, dispor de algum referencial) dentro dele (o que diz) e fora dele (o que representa);

4) Não é espelho da realidade, mas essencialmente representação do real, de momentos particulares da realidade; sua existência é dada no âmbito de uma prática determinada"(Marson,1986, p53).

Sem dúvida, a partir do momento em que se consegue exercer de forma crítica a análise de conteúdo dos documentos propostos na pesquisa, pode-se encontrar uma historicidade que necessariamente não responde aos fatos instituídos. Para tanto, deve-se buscar todos os elementos possíveis para a compreensão do fato histórico. O documento escrito não é fruto de um episódio único, isolado e delimitado no tempo; traz consigo uma existência que supera a si mesmo, sendo o papel do historiador, desvendá-lo.

A História Documental, no entanto, não preenche por si só todos os elementos metodológicos deste trabalho, sendo utilizados referenciais da História Oral para viabilizarmos o nosso intento de pesquisa.

2.2 - HISTÓRIA ORAL

A metodologia denominada de *História Oral* teve sua origem no início do século XX, sendo desenvolvida inicialmente pela psicologia, sociologia e antropologia.⁸ Com o crescimento das técnicas quantitativas de pesquisa após a Segunda Guerra Mundial, métodos considerados subjetivos, como a História Oral, foram relegados a segundo plano (Kosminsky,1986; Kirschbaum,1994).

Apenas na década de 60, com os avanços tecnológicos e a utilização do gravador para a coleta de entrevistas, a História Oral voltou a ser empregada com bastante ênfase pelos pesquisadores das áreas ligadas às ciências humanas.⁹ No Brasil, a História Oral surgiu na década de 70, mais precisamente em 1975, quando a Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro iniciou o *Programa de História Oral do CPDOC*, entrevistando vários líderes políticos brasileiros da década de 30 até os nossos dias (Camargo, Lima & Hipólito, 1984).

⁸ Segundo Kirschbaum (1994), a História Oral tem como origem a história antropológica, corrente de pensamento que sofreu forte influência dos historiadores franceses ligados à *École D'Annales*, criadores da Nova História.

⁹ Para Kosminsky(1986), a obra de Oscar Lewis, *Os filhos de Sanchez*, datada de 1961,pode ser considerada o marco inicial do uso de gravador na coleta de História Oral.

Segundo Queiroz, define-se História Oral como:

" História Oral é termo amplo que recobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação, ou cuja documentação se quer completar. Colhida por meio de entrevistas de variada forma, ela registra a experiência de um só indivíduo ou de diversos indivíduos de uma mesma coletividade. Neste último caso, busca-se uma convergência de relatos sobre um mesmo acontecimento ou sobre um período de tempo" (Queiroz, 1991, p5).

Kirschbaum, alerta a respeito da compreensão do objeto a ser estudado pela História Oral em relação à História Positivista.

"... enquanto a última dirige seu olhar para 'o passado tal como efetivamente ocorreu', a história oral desloca seu olhar do objeto documentado para as versões do passado" (Kirschbaum, 1994, p13).

Neste aspecto é possível observar a forte influência da Nova História em relação à História Oral, por não buscar necessariamente a verdade histórica enquanto algo objetivo e imutável, mas sim perceber as transformações e a abrangência dos fatos sob um novo prisma, que não a rigidez formal da neutralidade científica.

A História Oral pode ser dividida em dois grandes grupos: *História de Vida e Depoimentos Pessoais*.

Define-se *História de Vida* como o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, tentando reconstituir os acontecimentos que vivenciou e transmitir a experiência que adquiriu. Este tipo de estudo requer um longo tempo de entrevista, podendo ser feita apenas por um narrador, ou poucos narradores, a respeito de uma pessoa, ou um fato ocorrido em determinado período. Para o entrevistador, o importante é perscrutar o que o narrador tem a contar, interferindo o mínimo possível nos relatos (Queiroz, 1991).¹⁰

O *Depoimento Pessoal* concentra-se em um período de tempo mais reduzido, tendo como objetivo maior aprofundar o número de informações e detalhes a respeito desse espaço preciso. Por analisar um período delimitado e buscar o máximo de informações a respeito de um assunto determinado, é possível, e muitas vezes necessário, ter um número maior de entrevistados para conseguir uma quantidade de material que permita comparações, a fim de destacar convergências e divergências (Kosminsky, 1986).

Algumas diferenças devem ser observadas entre História de Vida e Depoimento Pessoal, sendo a forma de agir do pesquisador o ponto central desta distinção. Enquanto na História de Vida, apesar do pesquisador, sub-repticiamente dirigir a entrevista, é o narrador quem decide o que irá relatar. É o narrador quem determina o que é relevante ou não em sua história, e todo o relato deve ser considerado significativo pelo entrevistador. Já no Depoimento Pessoal, o pesquisador tem uma participação muito mais ativa, conduzindo a entrevista conforme o interesse do seu trabalho, buscando evitar que o narrador se distancie demasiadamente do que está sendo narrado. Esse tipo

¹⁰ A História de Vida pode ser comparada à técnica de entrevista não diretiva usada pela psicanálise, em que o papel do psicanalista é bastante pontual.

de entrevista pode se resumir a apenas um encontro com vários narradores, diferentemente da História de Vida (Queiroz, 1991).

A técnica considerada por excelência para a coleta de dados na História Oral é a *Entrevista*. Esta pode ser dividida em três formas distintas: (Queiroz, 1991)

1) *Entrevista rigorosamente orientada por perguntas do pesquisador:*

Predomina o diálogo constante entre o pesquisador e o informante, que não tem liberdade em conduzir o diálogo, nem a iniciativa da fala. O pesquisador tem como objetivo a coleta de informações precisas sobre determinado problema, estimulando o informante a responder aos questionamentos da forma mais direta possível. Para tanto, o pesquisador deve possuir um conhecimento acumulado a respeito daquilo que se pesquisa, determinando com rigor certos aspectos ou detalhes de que necessita.

Este tipo de entrevista é usado preferencialmente em pesquisas estruturadas, com características quantitativas.

2) *Entrevista com roteiro ou semi - orientada:*

O informante tem mais liberdade para se colocar, falando mais que o pesquisador, com certa dose de iniciativa, porém o pesquisador mantém o controle da entrevista. Quando necessário, o pesquisador intervém, não permitindo divagações por parte do informante.

Na entrevista com roteiro, o pesquisador não possui necessariamente o conhecimento acumulado do assunto a ser pesquisado, tendo no informante uma fonte significativa de dados a respeito do tema em foco.

Esse tipo de entrevista é usado preferencialmente nos Depoimentos Pessoais.

3) *Entrevista Livre:*

O pesquisador, depois de um breve diálogo inicial, no qual apresenta ao informante os objetivos da entrevista, pouco intervém, estimulando o monólogo por parte do informante. O que se pretende é que o entrevistado narre livremente aquilo que deseja, sem sofrer qualquer tipo de intervenção por parte do pesquisador.

Este tipo de entrevista é o mais apropriado para a coleta de História de Vida.

Ainda em relação à entrevista, algumas questões técnicas devem ser analisadas:

a) *Tempo e número de entrevistas:*

O tempo ideal de uma entrevista não deve superar a duas horas por encontro, segundo Queiroz. Porém, o ponto fundamental se refere à necessidade ou não de novos encontros. Sem dúvida que, salvo raras exceções, as entrevistas rigorosamente orientadas e por roteiro necessitam apenas de um encontro, enquanto a entrevista livre certamente exigirá vários encontros com o informante (Queiroz, 1991).

b) *Número de entrevistados:*

Não há regras quanto ao número de pessoas a serem entrevistadas. Na História de Vida, por exemplo, um único entrevistado pode ser o suficiente para o que a pesquisa se propõe, enquanto nos Depoimentos Pessoais, vários entrevistados podem ser necessários:

" Uma observação só, mas bem feita, ou uma única experiência bem conduzida, leva a conhecimentos válidos; não é a quantidade de fatos registrados que conduz a conhecimentos novos, e sim a análise cuidadosa de fatos decisivos ou cruciais" (Queiroz, 1991, p66).

c) *Escolha dos informantes:*

Para Queiroz (1991) algumas exigências devem ser consideradas quanto à escolha dos

informantes. Em primeiro lugar, refere-se ao tema em pauta, pois quanto mais o informante conhece o tema a ser discutido, o pesquisador terá mais segurança de que os dados apresentados serão importantes para a pesquisa. Para isto, ele deve ter conhecimento prévio do informante, não apenas pessoal, mas de que maneira o informante poderá colaborar na pesquisa.

Em segundo lugar, deve haver uma relação de empatia e confiança entre pesquisador e informante e havendo um conhecimento pessoal entre eles, o trabalho será, sem dúvida alguma, beneficiado.

A respeito desta questão, L'Abbate (1990) afirma que o informante deve ser considerado e se sentir "cúmplice" do conhecimento que está sendo gerado:

"Em termos acadêmicos, diríamos, é quase um co-autor ou colaborador" (L'Abatte, 1990, p 89).

d) *Técnica de Entrevista: O Gravador*

Inicialmente, o método de História Oral usava, como forma de coleta das entrevistas, três técnicas básicas: a entrevista feita pelo pesquisador o qual buscava transcrever, logo após, com fidedignidade, a narrativa do informante. Essa técnica resultava em lacunas e perdas importantes do material trazido pelo informante. Em outro tipo de técnica, o pesquisador ia escrevendo enquanto o informante relatava. No entanto, apesar de ser mais rico em informações, provocava em muitos informantes inibição e perda da espontaneidade no relato. Por fim, usou-se a técnica de dois entrevistadores: enquanto um entrevistava, outro anotava. Essa técnica trouxe depoimentos mais fiéis e espontâneos, porém, surgia uma dificuldade de ordem prática, a necessidade de haver dois entrevistadores (Queiroz, 1991).

Com o aperfeiçoamento dos gravadores e o barateamento das fitas, veio à tona uma nova forma de técnica que reestimulou o uso do método de História Oral nas décadas de 60 e 70, porém alguns problemas foram observados. Em primeiro lugar, o gravador, embora desse maior liberdade de ação ao pesquisador, não garantia a espontaneidade do informante, e muitos se inibiam com a sua presença. Outra questão diz respeito às fitas gravadas que são perecíveis. Para solucionar este problema, faz-se necessária a transcrição de tudo o que é gravado, além de permitir por parte do pesquisador um manuseio mais fácil para consultas posteriores.

e) *Transcrição:*

Para Queiroz, *transcrição* pode ser entendido como:

"a reprodução, num segundo exemplar, de um documento, em plena e total conformidade com sua primeira forma, em total identidade, sem nada que o modifique" (Queiroz, 1991, p86).

Preferencialmente, a transcrição deve ser feita pelo próprio entrevistador, procurando reproduzir o mais fielmente possível a gravação, não só as palavras do informante, bem como suas emoções e sentimentos durante a entrevista.

A partir do momento em que ocorre a transcrição da entrevista, um novo documento surge, ou seja, a transcrição se torna um documento escrito. Quando necessário, pode-se ter acesso à sua origem, a fita gravada e arquivada. Este documento pode ser considerado um documento histórico, salientando a diferença importante entre ambos, que é a forma de sua obtenção:

"O pesquisador conhece o documento desde sua origem, está a par das situações específicas que rodearam seu nascimento, foi o promotor delas, no caso das histórias de vida e depoimentos pessoais" (Queiroz, 1991, p96).

O processo de transcrição exige por parte do pesquisador um contato constante com o material a ser analisado, o que lhe possibilita qualificar de forma mais transparente aquilo que deve ou não ser usado na pesquisa¹¹. Evidente que, durante uma pesquisa de História Oral, toda a entrevista pode ser usada sem necessidade de ordenação e cortes, ficando a critério do pesquisador avaliar se o trabalho exige ordenação por temas ou períodos, bem como se deve ou não haver cortes (Queiroz, 1991).

Não há uma regra metodológica formal para o que deve ser mantido ou não em um documento escrito¹², porém, a questão prioritária é o que deseja o pesquisador ao entrevistar um informante. Se a proposta do pesquisador reside na História de Vida, certamente que todo e qualquer elemento trazido pelo informante deve ser considerado como válido em uma mesma graduação; todavia, se a proposta de trabalho se restringir aos Depoimentos Pessoais, um primeiro corte ocorrerá a partir do momento em que o pesquisador construir seu questionário ou roteiro para a entrevista.

No entanto, os Depoimentos Pessoais trazem consigo a possibilidade de uma série de depoimentos e informações que podem resultar em um material bastante heterogêneo, antagônico e por vezes conflituosos entre si. Para que o pesquisador tenha segurança das informações que lhe são apresentadas, deve tomar alguns cuidados em relação à pesquisa.

O primeiro cuidado se refere à busca de documentos oficiais ou não do que está sendo estudado; por isso, deve-se fazer inicialmente um levantamento documental o mais amplo possível do assunto em pauta.¹³

O segundo cuidado se refere ao fato de que cada informante relata o acontecimento estudado através de sua percepção diante do exposto, conforme sua vivência e seus parâmetros individuais e sociais.¹⁴

Isso não significa priorizar alguns informantes em detrimento de outros, mas ter clareza de que o papel do pesquisador é confrontar os depoimentos, estabelecendo as convergências e divergências, interpretando-as à luz das relações dos informantes com os acontecimentos estudados (Queiroz, 1991).

A partir de todas as informações colhidas, o pesquisador pode selecionar alguns temas que entende serem mais relevantes na pesquisa. No Depoimento Pessoal, certamente ele fez previamente esta seleção temática, para o roteiro da entrevista, o que não inviabiliza a inserção de novos temas caso surjam fatos dos quais não tenha conhecimento prévio. Nesse momento, é necessária uma nova leitura dos documentos a fim de recompô-los conforme a estrutura temática apresentada, ordenando uns aos outros, de tal forma que se chegue a uma síntese que defina a totalidade dos olhares ao qual a pesquisa se propõe desvendar.

3- ETAPAS DA PESQUISA

Ao se propor uma pesquisa da abrangência de uma Tese de Doutorado, certamente o primeiro passo é buscar pontos de apoio que indiquem com certa margem de segurança, os

¹¹ Queiroz afirma que o pesquisador deve "deixar-se possuir pelo texto" (Queiroz, 1991, p114).

¹² Lembrando que se usa aqui o termo documento escrito para a História Oral a partir de sua transcrição.

¹³ Este levantamento em absoluto inviabiliza a necessidade da busca de outros documentos durante o desenrolar da pesquisa. Acredito que a pesquisa histórica não deva necessariamente ter a rigidez das etapas no caminhar da pesquisa. Em vários momentos deve-se procurar equacionar dificuldades que possam ter parecido já solucionadas.

¹⁴ Importante reforçar as colocações de Le Goff afirmando que nenhum documento é inocente, refletindo o pensar e agir dos setores dominantes.

caminhos a seguir. Esta segurança é dada pelo método, que será o elemento fundamental para garantir a objetividade do trabalho científico, demarcando as fases e etapas pelas quais caminha-se para a compreensão e solução de um determinado problema (Vieira, Peixoto & Khoury, 1989)

Evidente que estas fases e etapas a serem superadas não exigem uma rigidez no caminhar, havendo muitas vezes necessidade de retroceder ou repensar momentos, buscando equacionar da melhor forma possível os meandros que se apresentam. Talvez o ponto de apoio seja a possibilidade de olhar para trás, antes de dar um próximo passo no trabalho científico.

Esta introdução se faz necessária, pois o ímpeto inicial do trabalho era fazer uma pesquisa que, sem dúvida, mostrava-se grandiloquente mas inviável, sendo que os argumentos extremamente racionais e perspicazes do orientador me fez "*voltar à Terra*".

Propus, então, delimitar o trabalho na análise da criação da *Unidade Psiquiátrica de Urgência - UPU- do Hospital e Maternidade Celso Pierro - HMCP - da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCAMP*, considerando o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

No primeiro momento do Trabalho, realizei um longo levantamento bibliográfico, no intuito de colher material para delinear os passos da Reforma Psiquiátrica nas décadas de 70 e 80. Este primeiro passo me levou à leitura de textos considerados clássicos do pensamento crítico nacional em saúde mental, no período analisado. Cerqueira, Medeiros, Pitta, Vaissman, Sampaio, Figueiredo, enfim, vários autores que, em seus trabalhos acadêmicos, descortinaram a política de saúde mental e suas influências mais marcantes. Vale, no entanto, destacar dois trabalhos que surgiram no decorrer do estudo, dando-me referenciais aos quais não tinha tido acesso e que se tornaram fontes fundamentais para o entendimento do processo de Reforma Psiquiátrica, particularmente nos anos 80.

O primeiro trabalho, recebido ainda mimeografado, de autoria do pesquisador Paulo Amarante, da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, "*Loucos pela Vida : A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*", é um precioso apanhado do movimento de Reforma Psiquiátrica nos anos 80, relatado por um dos mais importantes ativistas e intelectuais da área. Neste trabalho, Amarante descreve a trajetória do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, enfocando de forma bastante precisa as marchas e contra-marchas da assistência psiquiátrica naquela década.

O segundo trabalho a destacar é uma coletânea da *Revista Rádice*, surgida no final dos anos 70 e que perdurou até o início da década de 80, trazendo em seus vários artigos, o pensamento de vertentes de trabalhadores em saúde mental da época, influenciados pelo processo de abertura democrática que se iniciava em nosso país.¹⁵ O acesso a esta revista é por mim desconhecido, pois encontrei alguns exemplares em meu material particular, escondidos entre tantos textos, livros e teses.

Para uma análise mais profunda daquele período, foi necessária uma leitura de textos fundamentais da área de saúde pública, para compreender com maior clareza, o íntimo relacionamento existente entre o movimento sanitarista e a reforma psiquiátrica. Por vezes uma leitura extremamente árida, consegui caminhar em textos de Cristina Possas, Sonia Fleury Teixeira, Madel Luz, Gastão Wagner de Souza Campos, entre outros, no intuito de elucidar o intrincado mecanismo da assistência médica no âmbito da previdência social, seus Planos e Programas que refletiram sobremaneira na assistência psiquiátrica.

Na segunda parte do trabalho, ao focar especificamente a assistência psiquiátrica no

¹⁵A revista *Rádice*, que se intitulava "revista de psicologia", era sem sombra de dúvida, o melhor exemplo na área "psi", daquilo que era denominado de "imprensa alternativa" por uns, e "imprensa nanica" por muitos.

Estado de São Paulo e em particular Campinas, novamente recorri a textos que analisavam o período, através de livros, teses e publicações em revistas da área de saúde mental. No entanto, documentos oficiais provenientes da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, bem como da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas foram de vital importância para o entendimento de alguns momentos na evolução da assistência psiquiátrica no Estado e no município estudados.

Os documentos a nível estadual foram obtidos na biblioteca da Secretaria Estadual de Saúde e nos arquivos do Escritório Regional de Saúde - ERSA-27, com sede em Campinas, o qual possuía um razoável acervo das diretrizes e planos referentes à saúde mental no Estado de São Paulo.¹⁶ Mas, ao menos na esfera estadual, trabalhos como os de Pitta, Giordano Jr. e Ferraz foram usados como referências fundamentais para a compreensão daquele período no presente estudo. Importante contribuição foram as entrevistas feitas com alguns articuladores em saúde mental na época, que elucidaram e acrescentaram informações significativas para o trabalho de pesquisa.

Quanto a Campinas, poucos trabalhos enfocavam o tema em estudo. Em relação à saúde pública especificamente, vale destacar a Tese de Doutorado de L'Abbate (1990), "*O Direito à Saúde: da reivindicação à realização. Projetos de Política de Saúde em Campinas.*", no qual a autora analisa o processo de transformação da assistência médica geral neste município, destacando - se o final dos anos 80, com o início de uma administração de cunho progressista, enfatizando o fortalecimento dos serviços públicos. Seguindo trajetória semelhante, a Tese de Doutorado de Maria Heloisa da Rocha Medeiros (1994) intitulada "*A Reforma da Atenção ao Doente Mental em Campinas: Um Espaço para a Terapia Ocupacional*", analisa a transformação da assistência ao doente mental no final dos anos 80.

Alguns trabalhos, como a Dissertação de Mestrado de Dalgalarondo (1990) "*Repensando a internação psiquiátrica. A proposta das unidades de internação psiquiátrica em hospital geral*", em que o autor analisa a experiência da enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP e a Dissertação de Mestrado de Márcia Amaral (1995) "*Análise da Implantação da Política de Saúde Mental para a Rede Básica em Campinas*" também serviram de referencial teórico para analisar a política de saúde mental no município.

No entanto, o ponto central do estudo referente a Campinas foi o acesso aos documentos existentes na Secretaria Municipal de Saúde, relacionados ao período do Pró- Assistência¹⁷, as atas das reuniões da CRIS (Comissão Regional Interinstitucional de Saúde) e CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde), colegiados responsáveis pelo gerenciamento e planejamento das propostas referentes ao município de Campinas e região, na segunda metade dos anos 80.

Vale frisar que, além destes documentos oficiais, havia à disposição documentos não oficiais, porém de importância histórica, colhidos pelo autor durante os anos de participação em várias reuniões e projetos da área para a região.¹⁸ Mas, os depoimentos de figuras centrais no processo de evolução da assistência psiquiátrica em Campinas e região foram pontos significativos para a compreensão do período estudado.

Na terceira e última parte do estudo, fiz um levantamento bibliográfico dos serviços de emergência psiquiátrica geral. O pouco material documental disponível a respeito do tema em

¹⁶ Importante frisar que o ERSA surgiu apenas no final de 1986, porém, seu antecessor, o Departamento Regional de Saúde - DRS - 5, também possuía alguns poucos documentos.

¹⁷ Grupo formado pelos serviços públicos federal, estadual e municipal, mais as duas universidades no intuito de buscar um trabalho mais homogêneo na área da assistência pública. No Pró - Assistência, havia um Sub - Grupo de Saúde Mental, com rico material escrito referente às propostas para o município na época.

¹⁸ Considerei a definição de documento através dos referências adotados pela "Nova História"

nosso país foi de certa forma suprido pela existência de personagens que foram os idealizadores de propostas de Serviços de Emergência Psiquiátrica, ao menos no Estado de São Paulo.

Por fim, detive-me a trabalhar o surgimento da *Unidade Psiquiátrica de Urgência do Hospital e Maternidade Celso Pierro-UPU-HMCP*, dividindo a pesquisa em dois momentos distintos, no qual analisarei a seguir:

3.1 - HISTÓRIA DOCUMENTAL

Ao iniciar um trabalho documental, o primeiro passo da pesquisa, após o levantamento bibliográfico, foi selecionar os lugares onde seriam encontrados os documentos desejados. A pista inicial era o fato de que o surgimento da UPU se deu pelo fechamento da Unidade Psiquiátrica de Campinas-UPC- no ano de 1986, desencadeando uma ampla discussão através das comissões interinstitucionais de saúde da região de Campinas.

Fui em busca do *Livro-Ata* de reuniões da *CRIS* que, por ser um colegiado responsável pelos serviços públicos da região de Campinas, tinha no ERSA-27 o arquivo deste documento. Um rico material foi encontrado nesta Ata, visto que a *CRIS* se reunia semanalmente e as discussões a respeito da situação dos atendimentos das urgências psiquiátricas foram tema praticamente de todos os encontros no primeiro semestre e parte do segundo semestre de 1986.

Num segundo momento, procurei o *Livro-Ata* de reuniões da *CIMS*, encontrada na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Esta Ata compreendia apenas o período de 1987 a 1990, apresentando significativa documentação a respeito da avaliação que o Grupo de Trabalho em Saúde Mental da *CIMS* fazia a respeito do desempenho da UPU no sistema de saúde mental da cidade de Campinas. Nos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde, também tive acesso à documentação pertinente ao projeto de criação de uma outra Unidade Psiquiátrica de Urgência no município, no ano de 1991, totalmente ligada ao serviço público, que no entanto não se efetivou.

As Atas traziam importante material, porém sob a óptica dos colegiados interinstitucionais. Entretanto alguns pontos precisavam ser elucidados, pois observava que teria havido grande troca de documentos e ofícios entre a *CRIS* e a *PUCCAMP*, para viabilizar a criação da UPU no Hospital e Maternidade Celso Pierro. Caminhei, então, para "*dentro*" da *PUCCAMP*, procurando ter acesso à documentação existente na Superintendência do *HMCP*. Certamente, devido ao fato de integrar o corpo clínico daquela instituição e apresentar à direção do Hospital o intuito da investigação, foi dado amplo acesso a toda documentação ligada à UPU.

Encontrei, em arquivos da *Superintendência*, riquíssimo material documental, principalmente correspondências do presidente da *CRIS*, endereçadas ao Gabinete do Reitor, o qual, habitualmente despachava no verso dos documentos, de próprio punho, para o Diretor da Faculdade de Ciências Médicas ou para o Superintendente do *HMCP*.

Esta riqueza de material também foi encontrada nos arquivos da *Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP* e do *Departamento de Neuropsiquiatria*. Importante entender que a constituição da UPU teve como agente externo a *CRIS*, enquanto representante do governo estadual, e interno a *PUCCAMP*, os despachos e ofícios circulavam basicamente entre a Reitoria, Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas, Superintendência do *HMCP* e Departamento de Neuropsiquiatria.¹⁹

Na documentação levantada no *Departamento de Neuropsiquiatria - DNP* - além do

¹⁹Importante salientar, como será visto no corpo do trabalho, que o diretor da Faculdade de Ciências Médicas foi o primeiro interlocutor oficial da instituição a discutir com a *CRIS* a possibilidade de instalar a UPU no *HMCP*, assim como, o chefe do Departamento de Neuropsiquiatria foi introduzido na discussão da criação da UPU em um primeiro momento, através de indicação pessoal feita pelo Reitor para representá-lo em uma reunião com a *CRIS*.

material colhido, deparei com o *Livro-Ata* das reuniões do Departamento. Um fato curioso dizia respeito à primeira reunião, ocorrida em 1979, não do DNP mas de um determinado Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, que se estendeu por mais duas reuniões. Após, o Livro-Ata reinicia-se em 1980, com a primeira reunião do Departamento de Neuropsiquiatria da PUCCAMP.

Desde as primeiras reuniões observa-se a dificuldade de relacionamento entre a disciplina de Psiquiatria com as de Neurologia e Neurocirurgia. Porém, há um hiato de três anos (1982 a 1985) sem que tivesse ocorrido, ao menos oficialmente, qualquer reunião. O retorno das reuniões demonstra o acirramento de posições entre o professor titular de Psiquiatria e os professores de outras disciplinas, criando um clima insustentável no Departamento.

No Livro-Ata, chamou-me atenção o destaque dado à questão da Residência Médica de psiquiatria, em convênio com a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. O Departamento de Neuropsiquiatria, sentindo-se não ouvido quando da coroação do convênio, não o reconhecia.

Notei que se fazia necessário investigar uma nova vertente não elucidada. A *Residência Médica* criada entre a PUCCAMP e o Juqueri, através da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, apesar de ter ocorrido praticamente no mesmo período da criação da UPU, na verdade foi um fato isolado. Deveria, então, retornar a campo em busca desta documentação que foi encontrada nos arquivos da Superintendência do HMCP, da Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas e da própria UPU. Naquele momento, deparei-me com um fato desconhecido, necessitando voltar em busca de novos documentos, compreendendo assim a afirmação de Vieira, Peixoto & Khoury (1989):

"O pesquisador se depara com o desconhecido e o inesperado; por isso o instrumental com que vai trabalhar ajuda-o muito mais a perguntar do que a responder. Queremos assim dizer que o processo de investigação não cabe em esquemas prévios, e as categorias que servem de apoio ao trabalho serão construídas no caminho da investigação "(Vieira, Peixoto & Khoury, 1989, p9).

Era sem dúvida, um novo material que precisaria ser analisado. Nos arquivos investigados, descobri o primeiro ofício do *Coordenador de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde* encaminhado ao "*chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP*"²⁰ e, junto com o ofício, um *Termo de Convênio* padrão, para ser analisado pela Universidade, caso houvesse interesse na viabilização do Convênio.

Todo o processo de análise e as manifestações favoráveis ao Convênio feitos pelos órgãos internos da Universidade, bem como o parecer do Diretor da Faculdade de Ciências Médicas e do próprio Reitor, encontram-se documentados no processo do Convênio, demonstrando o interesse que a PUCCAMP tinha pela sua viabilização. Um ponto que merece destaque refere-se ao fato de que a direção da Faculdade de Ciências Médicas teve acesso a todas as informações referentes à viabilização do Convênio, conforme documentação existente.²¹

²⁰ Na verdade, não havia Departamento de Psiquiatria isolado, sendo que o documento foi encaminhado para o professor titular de Psiquiatria, Sully Urbach.

²¹ Analisarei mais adiante este fato, pois o Departamento de Neuropsiquiatria alegava não ter sido informado da tramitação e viabilização do Convênio entre a PUCCAMP e a Secretaria Estadual da Saúde; porém, tanto o professor

Também foram estudados importantes ofícios, como os *Programas de Residência Médica* do Convênio para o segundo semestre de 1986 e para os anos de 87 a 90, além do ofício encaminhado à Comissão Nacional de Residência Médica solicitando o terceiro ano opcional. Todos os ofícios estavam no arquivo da própria UPU. Mas, certamente um dos materiais mais ricos encontrado neste arquivo foi a troca de correspondência ocorrida entre o então empossado *Coordenador da Psiquiatria da PUCCAMP*, Professor Silvio Saidemberg e o *Coordenador da Residência Médica do Juqueri*, Professor Rui Benedito Mendes Filho, em 1990, a respeito dos motivos que obstaculizavam a liberação dos certificados de conclusão do Programa de Residência Médica do Convênio, levando à sua ruptura definitiva, em maio daquele ano.

Associado a estes documentos, encontrei todo o material de solicitação da criação e credenciamento do *Programa de Residência Médica do Serviço de Psiquiatria do Hospital e Maternidade Celso Pierro - HMCP-PUCCAMP*, no ano de 1989, paralelo ao *Convênio Juqueri/PUCCAMP*.

Nos arquivos da UPU, bem como em meu arquivo pessoal, encontrei amplo material de ofícios internos da Unidade, além de documentos enviados ou recebidos pela UPU por órgãos externos.

A seguir, procurei os jornais da época em Campinas, no intuito de descobrir alguma matéria a respeito da criação da UPU. Os dois jornais de circulação diária no município, com maior volume de vendagem, eram o "*Correio Popular*" e o "*Diário do Povo*". Entrei em contato com os responsáveis pelo arquivo dos dois matutinos. No "*Correio Popular*" não houve qualquer tipo de dificuldade em ter acesso aos exemplares desejados. O mesmo, infelizmente, não ocorreu no jornal "*Diário do Povo*", em que o arquivista se negou a permitir minha busca, alegando que esta prática não era possível naquele jornal.

É evidente que teria de limitar o período no qual buscaria alguma notícia relacionada à UPU. Defini o período compreendido entre *março de 1986 e final de abril de 1987*, datas relativas ao fechamento da UPC e a criação da UPU. O material jornalístico encontrado tornou-se importante fonte de pesquisa, pois, além de apresentar as versões a respeito do fechamento da UPC e posteriormente do processo de criação da UPU, trouxe à tona as pressões existentes por parte da população e da Polícia Militar, diante da situação de não ter para onde encaminhar as pessoas com distúrbio mental naquele período.

Após o levantamento documental, fazia-se necessário partir para um segundo momento da pesquisa: entrevistar algumas pessoas que participaram direta ou indiretamente de todo o processo estudado. Para tanto, busquei na História Oral este referencial metodológico.

3.2 - HISTÓRIA ORAL

Como relatado anteriormente, Queiroz define História Oral como:

"um termo amplo que recobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação, ou cuja documentação se quer completar(Queiroz,1991, p5, grifo nosso).

Baseando-se nessa definição, entendi que se fazia necessário, para complementação dos documentos levantados na pesquisa, ouvir alguns dos atores históricos envolvidos direta ou

titular de Psiquiatria, membro do Departamento, como o Diretor da Faculdade de Ciências Médicas tiveram acesso a todo o processo de encaminhamento do Convênio.

indiretamente na criação da Unidade Psiquiátrica de Urgência do HMCP. Poder-se-ia questionar se o material coletado na pesquisa documental não seria suficiente para o proposto no estudo. Acredito que fosse, porém haveria uma significativa perda em riqueza histórica, visto que sendo um estudo relativo a um passado recente, vários dos atores que vivenciaram aquele período, estariam disponíveis a relatar o fato proposto.

O primeiro passo foi, através da documentação levantada e pelo conhecimento enquanto participante do serviço em estudo, determinar as pessoas que considerava importantes para serem entrevistadas. No momento preliminar, defini 30 pessoas, que foram divididas em três grupos: o grupo 1 era representado por aqueles que atuaram no processo de criação da UPU; o grupo 2 pelos que participaram do Convênio Secretaria Estadual da Saúde/PUCCAMP; e o grupo 3, formado por pessoas que não tiveram participação direta em nenhum desses momentos, porém, eram atores importantes na Política de Saúde Mental do Estado de São Paulo nas décadas de 70 e 80. Esta divisão não excluía a possibilidade de haver entrevistados fazendo parte de mais de um grupo.

Após, foi feita uma seleção mais rígida, excluindo alguns nomes que, devido à pouca participação nos episódios, dificuldade de contato, ou motivo de doença, não foram mantidos na lista inicial. Por fim, 21 pessoas seriam entrevistadas, tendo elas, certamente, informações relevantes para dar a respeito do estudo proposto.

Antes de ir a campo, preparei um questionário com 76 (setenta e seis) perguntas a respeito do objeto em estudo. Após, ordenei estas perguntas em "tópicos principais", de tal forma que tivessem uma organização temática. Por fim, procurei selecionar para cada entrevistado os tópicos e as perguntas mais pertinentes, não deixando de levar em consideração que, durante as entrevistas, o roteiro poderia ser modificado se fatos novos surgissem.

Os tópicos principais foram definidos em quatro:

- 1 - O Surgimento da UPU e o Sistema Público de Saúde de Campinas;
- 2 - O Surgimento da UPU e a PUCCAMP;
- 3 - O Convênio Juqueri/PUCCAMP;
- 4 - As Urgências Psiquiátricas e a Política de Saúde Mental.

A entrevista se caracterizaria como *Depoimento Pessoal*, optando pela *entrevista com roteiro* ou *semi-orientada*. Levaria um roteiro prévio para me orientar na condução da entrevista, permitindo que outras questões pudessem ser enfocadas, mas buscando não fugir em demasia da temática principal.

Os contatos foram feitos por telefone, com a informação antecipada do assunto a ser tratado. Nenhuma das pessoas contatadas se recusou, inicialmente, a participar da pesquisa, porém quatro profissionais solicitaram a possibilidade de serem entrevistados em grupos de dois, por entenderem que assim poderiam recordar melhor os fatos.²² Concordei com tal possibilidade, pois metodologicamente não haveria qualquer tipo de empecilho neste tipo de situação, fato comprovado pelo desenrolar e conteúdo das entrevistas.

As entrevistas foram feitas no período de *abril a novembro de 1994*, todas nos locais propostos pelos entrevistadores, e o tempo médio das entrevistas foi de duas horas. Exceto dois entrevistados que tiveram duas sessões, os outros foram entrevistados apenas uma vez.

Seguindo orientação de Queiroz(1991), selecionei pessoas que efetivamente pudessem contribuir com informações mais precisas possível em relação aos fatos investigados. Tinha

²² Na verdade, ao contatar um entrevistado, ele questionou se um determinado colega também seria contatado. Com a resposta positiva, ele propôs que a entrevista fosse feita conjuntamente, pois os dois possuíam consultório juntos e eram pessoas muito próximas no período estudado. Fato praticamente semelhante ocorreu com outros dois entrevistados.

conhecimento prévio dessas pessoas, a grande maioria de ordem pessoal e um pequeno número não conhecia pessoalmente.

Mas Queiroz (1991) também chama a atenção que, na entrevista, deve haver uma relação de empatia e confiança mútua para o seu bom rendimento. Praticamente, em todas as entrevistas, o clima de cordialidade e colaboração foi a tônica predominante. Porém, em uma entrevista, o informante, de forma polida, educada, mas firme, recusou-se a uma segunda sessão de entrevistas, justificando motivos pessoais.²³

Não houve por parte dos entrevistados qualquer objeção na identificação de seus nomes. Porém, por uma questão ética, optei, ao transcrever as entrevistas, não identificar os profissionais, usando a Letra E (Entrevistado), seguido de números de 1 a 21, para cada entrevistado.

Foi usado o *gravador* como técnica de entrevista, não havendo por parte dos entrevistados qualquer tipo de constrangimento, exceto uma entrevistada, que solicitou a entrevista sem o uso do gravador; sendo assim, a entrevista foi realizada com a transcrição de todo o seu relato.

Após as entrevistas, chegou-se à fase de *transcrição*, feita pelo autor, entrevistado por entrevistado, seguindo o caminho proposto de ler exaustivamente as entrevistas até "*deixar-se possuir pelo texto da maneira a mais minuciosa e completa*" (Queiroz, 1991, p.4).

Optei, então, por um segundo momento da transcrição, ordenando o material escrito, tomando como referência os tópicos principais. Assim, criou-se um novo documento, dividido em vários itens e sub itens, o qual abrangia os temas principais do trabalho.²⁴ Essa ordenação facilitou significativamente o trabalho, pois dava uma visão abrangente dos vários enfoques a respeito de um determinado tema da pesquisa.

Com esse material, surgiu uma nova etapa da pesquisa que foi confrontá-lo com os documentos em mãos. Dessa forma, uma nova história foi surgindo, em que os documentos escritos e as entrevistas, em vários momentos se afirmavam, em outros eram antagônicos, ou traziam novas revelações. O importante não era necessariamente trazer os fatos através de uma suposta "*verdade*", mas compreender a dinâmica e o "*olhar*" daqueles que participaram desses acontecimentos e suas interpretações para os fatos. Como afirmam Vieira, Peixoto & Khoury:

²³ Tal fato se deu devido a conflitos entre o entrevistado e a instituição em foco. No entanto, acredito que houve de minha parte um erro técnico que precipitou esta decisão do entrevistado. Por ter sido a primeira entrevista realizada, não atentei a uma atitude simples, porém necessária: deixei de levar uma carta de apresentação do orientador esclarecendo os motivos da entrevista. Este deslize, sem dúvida, contribuiu para que o entrevistado se sentisse constrangido em relatar fatos importantes para alguém que "teoricamente" estaria fazendo uma pesquisa, porém não havia apresentado qualquer documentação oficial a respeito. A impossibilidade de dar continuidade à entrevista prejudicou significativamente alguns aspectos da pesquisa, visto que o entrevistado era figura fundamental no assunto em pauta.

²⁴ Para exemplificar, havia um tópico denominado "O surgimento da UPU e o sistema público de saúde de Campinas". Neste tópico, vários entrevistados relataram a respeito da Unidade Psiquiátrica de Campinas, que se transformou em um item de análise.

"A história é a experiência humana e esta experiência, por ser contraditória, não tem um sentido único, homogêneo, linear, nem um único significado. Dessa forma, fazer história como conhecimento e como vivência é recuperar a ação dos diferentes grupos que nela atuam, procurando entender por que o processo tomou um determinado rumo e não outro; significa resgatar as injunções que permitiram a concretização de uma possibilidade e não de outras" (Vieira, Peixoto & Khoury, 1989, p11).

Sendo assim, vamos à história!

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

"Onde houver uma ditadura, ostensiva ou disfarçada; onde houver leis e tribunais de exceção a pretexto de um modelo exótico de segurança nacional; onde não houver liberdade de imprensa, de palavra, de reunião; liberdade decátedra, liberdade sindical, amplo direito de greve e de associação; em suma, onde houver puro autoritarismo, no país ou na instituição psiquiátrica, aí as condições de trabalho dos trabalhadores psiquiátricos estarão entravadas pelo medo, pela insegurança, pela injustiça. Os maiores prejudicados serão os doentes. A psiquiatria de libertação começa com a liberdade política"

Luiz Cerqueira

Em 1934, aluno do primeiro ano da Faculdade de Medicina de Recife, o alagoano Luiz da Rocha Cerqueira se propôs a realizar um inquérito a respeito das condições de vida do estudante pernambucano. Necessitando de dinheiro para a impressão da ficha do inquérito, o calouro procurou o professor de psiquiatria Ulisses Pernambucano para ser o primeiro a dar a contribuição financeira. Certamente, por tê-lo visto participando de um Congresso Afro-Brasileiro, entre pais de santo e intelectuais, o jovem estudante acreditava que o professor simpatizaria com um estudo de características sociológicas, dando-lhe assim alguma contribuição. No primeiro contato de ambos, Pernambucano negou a contribuição financeira, porém ofereceu os ensinamentos que norteariam a carreira de Cerqueira.

Ulisses Pernambucano, sem dúvida, não era um psiquiatra tradicional na conservadora Recife, bem como conservadora psiquiatria dos anos 30. Sua postura, pejorativamente rotulada de "*sociológica*", de alguma forma desprezava a psicopatologia tradicional. Não que ele a negasse, mas não era esse o seu interesse maior em relação ao paciente. Cerqueira relata a respeito da sua primeira discussão de caso clínico com Pernambucano, quando era interno na Tamarineira:

"... uma vez interno de Ulisses, caprichei na primeira observação que apresentei. Foi outro vexame. Cheguei a me sentir objeto de 'marcação' do Mestre. Não quero observação. Quero o doente. Mal vem o paciente, pede logo o receituário. Tento interrompê-lo, já podia ser mais confiado.

- O Sr. não vai examiná-lo?

Faz que não me ouve e estende-me a receita: banho. Argumento, ousado, que aquilo não era receita, não prescrevia medicamentos." Retoma o papel, sem uma palavra, e me devol-ve sisudo. Estava escrito e assinado em forma de prescrição: Banho. U.P." (Cerqueira, 1984, p14).

Para Luiz Cerqueira, Ulisses Pernambucano foi o primeiro psiquiatra social do Brasil. Já

naquela época, ele criticava as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos, tendo inclusive abolido os calabouços e a camisa de força na Tamarineira. Propunha a utilização do trabalho dos pacientes como fonte de recursos para benefício deles próprios; a implantação de hospital aberto, assistência extramanicomial, heterofamiliar, hospitalizações curtas; tratamento de agudos e readaptação do doente à família, ao trabalho e à sociedade (Medeiros, 1977).

Pernambucano, nos idos de 1931, ao assumir a *Divisão da Assistência a Psicopatas* de seu Estado, desenvolveu um serviço formado por um hospital de agudos, uma colônia de crônicos e um ambulatório composto por dois médicos trabalhando em período integral, além de um serviço aberto para internação breve de pacientes "psicóticos incipientes", com atendimento multidisciplinar. Havia, também, um Serviço de Higiene Mental, órgão de atenção primária que desenvolvia campanhas na comunidade. Enfim, propostas bastante ousadas para uma psiquiatria restrita aos grandes hospitais - colônias cronificadores.

Naquela época, Pernambucano já preconizava a regionalização dos serviços e ao se deparar com um paciente da Paraíba, reclamou com o interno:

"O governo da Paraíba recolhe tributos e deve dar assistência a seus contribuintes. O que Pernambuco arrecada mal dá para os pernambucanos. Não podemos ser a Irmã Paula do Nordeste. A generalizar-se este sentimentalismo terminamos pulverizando recursos e no fim, nem paraibanos e nem pernambucanos ficarão razoavelmente assistidos"(Cerqueira, 1984, p15).

Foi preso em 1935, acusado de comunista, logo após ter pedido demissão do cargo de diretor da Tamarineira por não aceitar mais pacientes que a capacidade do hospital. Aposentado compulsoriamente pelo Estado Novo, em 1937, mais tarde foi praticamente convidado a se retirar da docência da Faculdade de Medicina de Recife já que estava impedido de dar aula em instalações do Estado.

Em 1938, Ulisses Pernambucano criou a revista *"Neurobiologia"* e a *Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste* e depois, do Brasil. Em 1942, no Rio de Janeiro, assumiu a luta pela manutenção do antigo Hospício da Praia Vermelha em seu local de origem, contra a especulação imobiliária. Morreu em 1943 (Cerqueira, 1984).

Cerqueira afirma que a obra de Ulisses Pernambucano trouxe no seu bojo, as raízes e as tendências da psiquiatria social brasileira. As raízes se apresentavam pelas suas posições doutrinárias, através de uma concepção sanitaria e o descompromisso com o modelo médico-privado-curativo vigente. As tendências, na proposição de que, no combate à doença mental, deveria seguir, tanto quanto possível, o modo de ação da higiene geral .

"Vemos também nestas palavras algo de profético em que serão reduzidas, um dia, todas as tendências da psiquiatria social, integrando saúde mental em saúde pública, através dos centros comunitários de saúde mental ou coisa que os valham, como por exemplo, trabalhadores psiquiátricos em todos os centros de saúde"(Cerqueira, 1984, p25).

Baseado nesta concepção sanitaria que Luiz Cerqueira, discípulo de Ulisses Pernambucano, trilhou o seu caminho enquanto psiquiatra social. Para ele, a psiquiatria social evidenciava várias tendências, desde a psiquiatria de setor francesa à psiquiatria democrática

italiana, passando pela psiquiatria preventiva norte-americana. Para ele, essas tendências divergiam apenas quanto a ênfase indicada por seus adjetivos, e alguns pontos discordantes em relação a uma possível psiquiatrização da comunidade, mas a essência das propostas era convergente.

"Não vendo outras divisões significativas, preferimos apontar o que há de comum naquelas tendências que configurariam, para nós, psiquiatria social: ideologicamente, sem reducionismo, todas concebem etiologias e terapêuticas biopsicossociais; advogam prevenção, amarrada nos três níveis- primário, secundário e terciário - preocupando-se, como os sanitaristas, com cobertura da demanda não satisfeita; organicamente aceitam centralização normativa e descentralização executiva, em decorrência dos princípios de regionalização, coordenação e integração, com vistas aos fins e não aos meios; consagram a equipe multiprofissional; realizam tanto atendimentos individuais como grupais; adotam da psicanálise a teoria do inconsciente com os mecanismos de defesa da personalidade para a compreensão da conduta, normal ou patológica, numa visão psicodinâmica; tentam nova abordagem da comunidade, sem onipotências; enfim, rasgam o modelo médico-clínico-exclusivo - na verdade, para nós, enriquecendo-o com uma consciência social " (Cerqueira, 1984, p.30).

Esta concepção norteou, ao menos oficialmente, a política de saúde mental na primeira metade da década de 70. Se os documentos oficiais da época, muitos redigidos com a enorme contribuição de Cerqueira, privilegiavam um novo modelo de assistência psiquiátrica extra-hospitalar, na prática, assistia-se exatamente ao oposto, ou seja, o crescimento vertiginoso das instituições hospitalares privadas.

Para compreender a política de assistência psiquiátrica da década de 70, faz-se necessário retornar à década de 40, mais exatamente em 1941, quando Aduauto Botelho assumiu o recém criado *Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM* (Medeiros, 1977; Beça, 1981; Rezende, 1987; Sampaio, 1988).

Discípulo de Juliano Moreira, a figura mais proeminente da psiquiatria brasileira no primeiro quarto de século, que buscava conferir um caráter científico à psiquiatria, Aduauto Botelho assumiu o SNDM, na estruturação do Ministério da Educação e Saúde, pelo *Decreto-Lei 3.171 de 24 de abril de 1941*.

Naquela época havia um predomínio dos hospitais públicos, responsáveis por 80,7% dos leitos psiquiátricos do país. Os famosos asilos como o Juqueri, Hospital Nacional dos Alienados, São Pedro, entre outros, exerciam um papel orientador da assistência psiquiátrica, consolidando a política hospitalocêntrica pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental. Havia, sem dúvida, alguns hospitais privados como a Casa de Saúde Dr. Eiras, fundado no Rio de Janeiro em 1860, o Sanatório Recife, criado por Ulisses Pernambucano em 1936, e ambulatórios que, em 1941, resumiam - se a apenas quatro em todo o país, bastante incipientes

diante da pujança dos hospitais públicos (Medeiros,1977; Sampaio,1988).

A administração de Adauto Botelho à frente do SNDM perdurou de 1941 a 1954 e se caracterizou pela expansão dos hospitais públicos. Medeiros o definiu como:

"Disseminador de hospitais psiquiátricos onde ainda não existiam" (Medeiros, 1977, p23).

Certamente o *Decreto-Lei 8550 de 3 de janeiro de 1946* propiciou essa expansão, pois autorizava o SNDM a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Os poderes estaduais se comprometiam a doar o terreno, arcar com as despesas de manutenção e pagar a folha salarial, enquanto o poder federal arcaria com o investimento em projeto, construção, instalação e equipamentos (Sampaio,1988).

Esta nova legislação permitiu um surto de construção de hospitais em vários estados, como Sergipe, Santa Catarina, Espírito Santo, Alagoas, Goiás entre outros, que construíram seus nosocômios com características de hospitais-colônias, muitos, extremamente precários ou distantes dos centros urbanos. Essa política refletia a necessidade de uma postura hegemônica iniciada por Juliano Moreira que, sob a influência de Oswaldo Cruz, entendia que o asilo teria uma função preventiva e só deveria acabar quando a doença mental fosse erradicada (Medeiros,1977; Sampaio,1988).

Foi um período em que a psiquiatria buscava se afirmar enquanto especialidade médica, e que seu espaço de atuação fosse reconhecido como tal. O próprio *Código Brasileiro de Saúde*, publicado em 1945, condenava as denominações "hospício", "asilo", "retiro" ou "recolhimento", reconhecendo a categoria de hospital. Buscavam-se novas técnicas terapêuticas que substituíssem o papel meramente custodial predominante. Os instrumentos mais avançados da psiquiatria biológica eram introduzidos em nosso país, como o choque cardiazólico, malarioterapia, psicocirurgia, insulino-terapia e eletroconvulsoterapia, que tentavam afirmar no psiquiatra, sua função médica verdadeira (Medeiros,1977; Sampaio,1988).

Nas escolas médicas, a disciplina de psiquiatria que já em 1936 na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, fora ministrada pelo Prof. Antonio Carlos Pacheco e Silva separadamente da neurologia, conseguiu se consolidar enquanto disciplina dez anos depois, quando o Prof. Maurício de Medeiros teve sua proposta aprovada pela Congregação da Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro transformando-a em disciplina obrigatória. Passaria a ser ministrada em dois semestres no quarto ano médico, com provas parciais e finais (Medeiros,1977).

Ao mesmo tempo em que a psiquiatria lutava pelo seu reconhecimento enquanto especialidade médica, o Hospital Psiquiátrico se afirmava como espaço de atuação cada vez mais cristalizado desta especialidade. A Política de Saúde Mental vigente evidenciava a opção hospitalar. Ao deixar a diretoria da SNDM em 1954, Adauto Botelho, na sua gestão de 13 anos, havia promovido um aumento de mais 16.000 leitos psiquiátricos no Brasil. Porém, a criação de novos hospitais e leitos psiquiátricos não amenizava a situação caótica vigente; ao contrário, na década de 50, os hospitais públicos viviam uma situação de total abandono, apresentando excesso de pacientes internados. Só o Hospital do Juqueri chegava a abrigar cerca de 13.000 doentes internados. Rezende (1987) relata este período afirmando:

"Superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios, a mesma situação que Teixeira Brandão denunciava quase cem anos antes" (Rezende,1987, p55).

A função social do Hospital Psiquiátrico era basicamente de exclusão, mas a sociedade se modernizava; Juscelino Kubitschek assumira o poder e uma política de industrialização, urbanização e

desenvolvimento fora implantada. A democracia liberal atingia o seu apogeu, surgindo uma nova classe social urbana, corporativa, crítica e reivindicadora que exigia melhor qualidade de atendimento na área de saúde, inclusive na saúde mental. Um novo ator institucional começava a surgir; o *Hospital Psiquiátrico Privado*.

Segundo Medeiros, a instituição psiquiátrica particular mais antiga do país foi a Casa de Saúde Dr. Eiras, criada pelo Dr. Francisco Eiras, na cidade do Rio de Janeiro em 1860. Seu criador era otorrinolaringologista, dispondo além deste setor, uma área de cirurgia e outra destinada a doentes mentais. A área de psiquiatria iniciou-se com 40 leitos, com diárias diferenciadas, incluindo para os mais abonados, entre outras benesses, direito a um copo de vinho às refeições. Com o passar dos anos, outras casas de saúde psiquiátricas particulares foram surgindo, embora dotadas de conforto e com baixo índice de mortalidade, tinham a mesma função social que os asilos, ou seja, isolar o paciente da comunidade, resguardando-a do perigo que ele representava (Medeiros, 1977).

Se na década de 30 chegou a haver um fugaz convênio entre o *Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Servidores do Estado - IPASE* - e a Casa de Saúde Dr. Eiras, foi efetivamente na década de 50 que a assistência psiquiátrica foi incorporada, de forma incipiente, aos Institutos de Aposentadoria e Pensões. (Rezende, 1977) Naquela época, o *Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes - IAPC* - concedeu empréstimo à Casa de Saúde Dr. Eiras para a construção do pavilhão para previdenciários. Apenas os comerciantes, e mais tarde os bancários, tinham direito a internações em sanatórios particulares no Rio de Janeiro (Cerqueira, 1984). Para Medeiros (1977), este convênio marcou expansão de internações em hospitais particulares, justamente pela hospitalização de previdenciários.²⁵

Segundo levantamento feito por Sampaio (1988), o período de 1941 a 1961 caracterizou-se pelo crescimento vegetativo, tanto dos hospitais psiquiátricos públicos, quanto dos privados. Em 1941, o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos (37,1%) e 39 privados (62,9%). Os hospitais privados, embora em maior número, representavam apenas 19,3% dos leitos, enquanto os hospitais públicos detinham 80,7% dos leitos psiquiátricos. Em 1961, o Brasil já possuía 135 hospitais psiquiátricos, sendo 54 públicos (40%), e 81 privados (60%). Notava-se, no entanto, um crescimento dos leitos psiquiátricos privados para 24,9% e uma diminuição dos leitos públicos para 75,1%.

Analisando esses dados, observa-se que, apesar do crescimento de leitos privados no período de 20 anos, eles representavam apenas um quarto do total dos leitos psiquiátricos do país. Mas, ao se comparar com os 20 anos seguintes (1961 a 1981), percebe-se que este quadro se modificou completamente: em 1981, os hospitais privados eram responsáveis por 70,6% dos leitos, enquanto os hospitais públicos possuíam apenas 29,4% (Sampaio, 1988; Nascimento, 1991).

Para compreender a mudança do perfil assistencial psiquiátrico no país, bem como da saúde pública, o movimento militar de 64 torna-se um ponto de inflexão nesta análise, ao romper com o modelo desenvolvimentista-populista e introduzir uma nova concepção capitalista monopolista com repercussões significativas na área previdenciária e na saúde mental.

No período que antecedeu ao golpe militar, predominava no país uma política de base desenvolvimentista com forte influência dos setores sociais organizados, através dos sindicatos e associações classistas, reivindicando as chamadas "*reformas de base*". O novo modelo econômico apresentado se caracterizou pela crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista. Na verdade, o golpe imprimiu uma mudança no padrão de relação entre o Estado e o conjunto das classes sociais, excluindo, nesta nova aliança, as classes

²⁵ O processo de incorporação da psiquiatria às práticas de saúde da previdência social se deu tardiamente, não só pela falência do sistema público, como pela necessidade de diminuir os custos da doença mental para o processo

trabalhadoras enquanto elemento de sustentação política, criando-se assim uma aliança com setores dominantes do capitalismo nacional e internacional (Braga & De Paula,1981; Oliveira & Teixeira,1986).

É importante notar que o processo de urbanização que caracterizou o país na década de 50, criou um novo perfil da sociedade brasileira, trazendo para as cidades grande massa de assalariados, geralmente com baixa remuneração e más condições de trabalho, mas que tinha nos Institutos de Aposentadoria e Pensões, assistência médica que garantia ao menos sua capacidade de trabalho.

No início, o governo militar, apesar da aliança com os setores dominantes do capitalismo nacional e internacional, buscou sua legitimação enquanto poder político, inclusive nos grupos sociais excluídos, investindo na estratégia de ampliar a cobertura previdenciária para setores da população que não a possuíam. A contratação dos serviços de saúde da rede privada e a garantia da cobertura assistencial às classes trabalhadoras refletiram diretamente na saúde mental, como relata Rezende (1987):

"... o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender a demanda"(Rezende,1987, pp60 e 61 - Grifo nosso).

Este foi, sem dúvida, o caminho percorrido em nosso país, apesar dos documentos oficiais da época apontarem para outro caminho que não o da hospitalização. No ano de 1962, por exemplo, a Previdência lançou a resolução de Serviço CD/DNPS 942/62 - *Normas Gerais Para a Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais*, disciplinando a assistência psiquiátrica e enfocando o aspecto preventivo, além de determinar que o seu desenvolvimento ocorresse nos ambulatórios, locais de trabalho, domicílio do segurado e nos hospitais gerais (Vaissman,1983).

Esta Norma, no entanto, só foi operacionalizada em 1965 através da *Instrução de Serviço 004* do antigo *Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários - IAPI* - referente aos beneficiários deste Instituto. Ao analisar o documento, constata-se uma postura diferenciada em relação à prática assistencial da época. Não que existissem propostas arrojadas no campo da terapêutica medicamentosa, por exemplo, apesar de já naquela época ter-se à disposição algumas medicações como a Clorpromazina, introduzida em nosso país dez anos antes. Propunha-se preferencialmente, o tratamento ambulatorial centrado em recursos terapêuticos de choque, como o ECT, Cardiazol e Insulinoterapia. A psicoterapia era uma opção veiculada, porém de pouca importância. Vale ressaltar, no entanto, que o ambulatório funcionava enquanto estrutura de atendimento triador, cabendo ao psiquiatra, na primeira entrevista, determinar o destino do

paciente.²⁶

Esta Instrução de Serviço apregoava a utilização de técnicas ousadas como o Hospital-Dia - HD - para casos de semi-internação, como propunha a OMS, sendo o HD parte integrante dos "ambulatórios de base". Na necessidade de internação de casos agudos, preconizava-se a criação de Unidades Psiquiátricas junto aos hospitais gerais, não excedendo a 120 dias, mas a *Norma* chamava a atenção que decorreria muito tempo para a criação de tais unidades.²⁷ No caso dos crônicos, estes seriam encaminhados para os Hospitais-Colônias. Caso não houvesse serviço próprio, o IAPI faria convênio com os hospitais públicos ou particulares que deveriam propiciar instalações, aparelhagem e pessoal capacitados, área para atividades agropecuárias e praxiterapia, além de espaço para internação de pacientes do sexo feminino e menores.

Essas duas Normas (1962 e 1965),

"refletiam os princípios terapêuticos da época, ainda calcados em uma psiquiatria organicista clássica, em função da ênfase dada aos tratamentos biológicos, o que propiciava a cronificação e estigmatização dos pacientes. Mesmo as técnicas de terapêutica ocupacional visavam, não à reintegração do doente mental à sociedade, mas ao aproveitamento de seu trabalho para a manutenção do hospital" (Vaissman, 1983, p38).

Porém, a autora chama a atenção que o discurso da psiquiatria previdenciária na época já versava sobre a utilização mais eficaz do recurso extra-hospitalar (Vaissman, 1983).

Em 1966, Luiz Cerqueira denunciava em seu trabalho *"Pela Reabilitação em Psiquiatria"*, a situação de cronificação dos doentes mentais. Naquele ano foi criada a *Federação Brasileira de Associações de Hospitais*, que na década de 70 passaria a se denominar *Federação Brasileira de Hospitais - FBH* - representando o setor dos prestadores privados de saúde em geral, e da psiquiatria em particular. Como se verá adiante, a FBH teve um papel fundamental na garantia da manutenção dos privilégios conquistados pelo setor privado, com o golpe militar de 64.

Segundo Amarante (1996), o interesse pela medicina privada institucional manifestou-se desde os primórdios da industrialização do país, sendo que, com o golpe militar,

"com a diminuição da influência dos segurados sobre os rumos da Previdência Social, vai crescer a influência de interesses minoritários junto aos órgãos de direção das instituições previdenciárias. Os empresários do setor privado viam na psiquiatria uma área de serviço de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou de pessoal qualificado" (Amarante, 1996, mimeo).

Foi com a criação do *Instituto Nacional de Previdência Social - INPS*, através da Lei 72

²⁶ Certamente, o papel central do ambulatório no IAPI se deveu a uma tradição do Instituto em relação a este tipo de atendimento, que datava desde a década de 30, na cidade do Rio de Janeiro, mas que não refletia em absoluto a prática corrente de outros Institutos ou dos serviços públicos que mantinham uma postura predominantemente hospitalocêntrica.

²⁷ As Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral naquela época, restringiam-se basicamente a poucos hospitais universitários como das Universidades da Bahia e Pernambuco. Em São Paulo, havia uma unidade no Hospital dos Comerciantes. (Dalgalarondo, 1990)

de 21 de novembro de 1966, que ocorreu a grande modificação no sistema de prestação de serviços previdenciários. A criação do INPS trouxe em seu bojo duas correntes opostas: a favorável à compra pelo INPS de serviços de terceiros e a que optava pelo aumento dos hospitais da rede própria e contratação de pessoas para o quadro (Beça, 1981). Sem dúvida que a primeira corrente foi majoritária, pois como afirma Cerqueira (1984),

"com o advento do INPS foi reforçada a nascente indústria do leito hospitalar contratado, pois o leito próprio, que em psiquiatria não chegou a existir, foi oficialmente considerado desvantajoso para a Previdência" (Cerqueira, 1984, p223).²⁸

Com este processo de unificação da Previdência, a extensão da assistência médica geral, bem como da psiquiátrica, atingiu setores cada vez mais amplos da população. Os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a Previdência Social, tornando assim os hospitais públicos cada vez menos significativos. Algum tempo depois, praticamente todos os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, estavam conveniados com a Previdência, havendo pouca distinção entre ambos.

Medeiros (1977) fez uma análise muito interessante quanto ao desenvolvimento histórico e econômico entre esses dois tipos de instituições hospitalares psiquiátricas, pois no passado atendiam a clientela distintas quanto à condição social. Os hospitais privados eram custeados pelo pagamento direto dos clientes abastados, enquanto os públicos sobreviviam através de subvenções. Isto levava a uma desigualdade no aspecto de conforto e comodidade, além do que o hospital privado poderia limitar sua clientela, enquanto no público era prática impossível. A partir da criação do INPS, o sistema de financiamento colocou um novo tipo de responsável pelo pagamento da clientela dos hospitais particulares e gerou outra fonte de recursos para os hospitais públicos.

"A proliferação de hospitais psiquiátricos particulares determinou a disputa da clientela, estes apregoando sua tradição de oferecer melhores instalações e denunciando tentativas de colocação dos hospitais públicos na oferta de serviços como tendência à estatização ou à socialização da medicina. A clientela habitualmente opta pelo serviço privado, não querendo identificar-se com o estigma vinculado à tradição do antigo asilo público" (Medeiros, 1977, p124).

Na verdade, a situação deteriorada dos hospitais públicos levou ao "*discurso da competência*" feito pelos empresários privados. Valeria a pena investir em grandes hospitais públicos superlotados, inadequados, pouco terapêuticos e cronificantes? Ou o caminho mais correto seria o pequeno hospital, com internação de curta duração, atendimento personalizado e possibilidade de reinserção social? Certamente, a opção pelo hospital privado era inerente à população previdenciária.

Foi neste processo que tanto a saúde geral como a assistência psiquiátrica caminharam

²⁸ Obviamente que essa política de contratação de serviços privados não ocorreu apenas na assistência psiquiátrica, prática desenvolvida na assistência médica geral, naquilo que Oliveira & Teixeira denominaram de período do "Privilegiamento do Produtor Privado" (Oliveira & Teixeira, 1986)

para o amplo movimento de privatização, refletindo a estratégia de hegemonia das classes dominantes que ditaram as normas sociais após 1964.

O INPS tornou-se um órgão regulamentador e normatizador da assistência psiquiátrica, contratando e pagando serviços de terceiros. Enquanto órgão normatizador, apresentava discrepâncias quanto à assistência psiquiátrica, demonstrando a total falta de coerência daquilo que se esperava de um hospital psiquiátrico. Muitas das Normas de Serviço, como a 726 de 1966 e a *Norma 300* de 1968 apresentavam alguns absurdos referentes à classificação dos hospitais. Procurando garantir a sua qualidade, caracterizava-se o "*bom hospital psiquiátrico*" como aquele que possuísse sala de Raios X, Anatomia Patológica, Banco de Sangue, camas de Fowler, sem exigir profissionais e equipamentos fundamentais para uma instituição psiquiátrica. Como ironizava Cerqueira:

*"Um quarto forte em magnífico
hospital de cirurgia" (Cerqueira, 1984, p.123).*

Este tipo de classificação, apesar de distorcido por não ter sido elaborado, certamente, por profissionais da área, trouxe à tona outras resoluções, como a 06/70 e a *SAMES-8/74* que davam maior importância às condições de atendimento psiquiátrico (Medeiros, 1977; Cerqueira, 1984).

Nesse período, Cerqueira, em vários estudos que estão compilados no livro "*Psiquiatria Social - Problemas Brasileiros de Saúde Mental*", demonstrava de forma enfática, como o processo de privatização da assistência psiquiátrica estava em marcha acelerada, denominado por ele de "*indústria da loucura*". No triênio 1965/68, segundo o autor, houve um aumento de 20% no total da população hospitalar (60% na rede particular); 51% no total de primeiras admissões (84% na particular); 48% no total de readmissões (98% na rede particular); e um crescimento de 45% no total de leitos-chão (1.040% na particular).

*"Quem é que vai se interessar por
semi-internação, reabilitação de crônicos,
serviços especiais de comunidade, enquanto o
INPS pagar internação integral por tempo
ilimitado?" (Cerqueira, 1984, p105).*

Sem dúvida que o período se caracterizou pelo crescimento, não apenas numérico, como também político dos setores privados. Esta força política emergente se tornou concreta com a indicação, em 1968, de Leonel Miranda, grande proprietário de leitos psiquiátricos no Rio de Janeiro, para Ministro da Saúde, no governo Costa e Silva. A filosofia que se tentou impor na administração Miranda, através do *Plano Nacional de Saúde*, refletia uma proposta radical de privatização da assistência médica, com a eliminação do setor próprio de serviços médicos previdenciários, cujas instituições seriam repassadas aos produtores privados, cabendo ao Estado apenas o papel de financiador.

O Plano não foi viabilizado devido as resistências por parte da população e dos setores próprios do INPS, os quais se opunham à entrega total de recursos estatais para as mãos da iniciativa privada. Apesar de ter sido inviabilizado, o Plano tornou-se o embrião de outras propostas futuras, demonstrando aonde a iniciativa privada propunha chegar.

A situação da assistência psiquiátrica no país apresentava níveis alarmantes: eram mais de sete mil doentes internados sem cama (leito-chão); hospitais psiquiátricos sem especialistas; tempo médio de permanência em hospitais de agudos beirando a sete meses; nas colônias de crônicos o índice de mortalidade era seis vezes e meia maior que nos hospitais de crônicos de outras especialidades.

"Em 10 anos, enquanto a população do Brasil aumentou 40%, a população dos hospitais psiquiátricos cresceu em 77%, as primeiras internações em 125% e as reinternações em 254% no mesmo período "
(Cerqueira,1984, p227).

Era necessária uma atitude por parte dos órgãos competentes, pois a política da Previdência Social, priorizando a compra de serviços dos hospitais privados, levou a um déficit financeiro que obrigou a Previdência a buscar soluções saneadoras através da melhor utilização da rede pública e a modernização de suas unidades. No ano de 1968, o então Coordenador de Assistência Médica do Estado da Guanabara, Itamar Demétrio de Souza, criou a *Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos - CPAP* - para estudar as dificuldades da assistência psiquiátrica no Estado e viabilizar algumas reformulações.

A Comissão era formada pelos profissionais Hamilton Sequeira, Edson Soares Lannes, Antonio Clement Farjado, José Kritz, Benjamin Gaspar Gomes e Luiz Cerqueira. Esta foi, certamente, a primeira vez que a Previdência Social fez uma análise real sobre as condições da assistência psiquiátrica no Estado da Guanabara, buscando a racionalização e a melhoria da qualidade dos serviços prestados. (Vaissman,1983; Cerqueira,1984)

O relatório do grupo de trabalho foi redigido em 1969, aprovado em 1970 e publicado em 1971. Apresentava um retrato fiel da situação em que se encontrava a assistência psiquiátrica, com o setor ambulatorial totalmente deturpado, funcionando enquanto encaminhador de laudos para internação e o hospital se consagrando como o grande e único agente terapêutico eficaz (Vaissman,1983).

Além do levantamento, a Comissão apresentou propostas de melhoria da assistência, lançando mão de pressupostos básicos da psiquiatria comunitária norte-americana. Integração, regionalização, descentralização, aprimoramento de pessoal, desenvolvimento de ambulatorios e emergências para conter internações desnecessárias e controlar os hospitais foram temas que vieram à tona nos discursos oficiais a partir de então.

O trabalho desenvolvido pela CPAP-GB repercutiu intensamente, de tal forma que em 1971 praticamente a mesma comissão foi convidada pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para estudar, a nível nacional, as bases de uma reformulação da assistência psiquiátrica. Estavam lançadas as raízes do que viria, dois anos depois, consagrar os princípios da assistência psiquiátrica comunitária: *o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica* (Medeiros,1977; Vaissman,1983; Cerqueira,1984; Sampaio,1988).

O início da década de 70 se caracterizou pela forte influência da psiquiatria comunitária, tanto no setor institucional através da recém-criada *Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM* - como pelo setor acadêmico que ratificou no *I Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, promovido pela *Associação Brasileira de Psiquiatria*, a consolidação desta corrente de pensamento (Vaissman,1983).

Também a nível internacional, essa postura política assistencial era cada vez mais nítida, através das recomendações da *Organização Mundial de Saúde* e da *OPAS*. O próprio Ministério da Saúde, através de seu titular, o Dr. Mário Machado Lemos, em outubro de 1972, em documento elaborado com os demais Ministros da Saúde de países latino-americanos, em Santiago do Chile, lançou os princípios básicos que norteariam os rumos da assistência psiquiátrica em nosso país.

Segundo Rezende (1987), esse documento,

"recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, condenava o macro-hospital, propunha alternativas à hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação dos crônicos visando a reintegração social do indivíduo " (Rezende,1987, p65).

É importante salientar que este perfil ideológico, no que tange à assistência psiquiátrica, tinha como referencial teórico a Psiquiatria Social. As bases para esta trajetória surgiram na Europa após a segunda grande guerra, devendo-se destacar tanto as experiências das comunidades terapêuticas inglesas como a psicoterapia institucional e de setor francesas. Mas foi a psiquiatria preventivo-comunitária norte-americana que influenciou decisivamente a trajetória da psiquiatria nacional, criando um novo objeto de ação: *A Saúde Mental*.

No dia 19 de julho de 1973, foi aprovado pela Secretaria de Assistência Médica, o *Manual de Serviços para a Assistência Psiquiátrica*, saudado por muitos como "*ponto histórico no desenvolvimento da assistência psiquiátrica*" (Medeiros,1977; Vaissman,1983).

Este Manual privilegiava a assistência psiquiátrica oferecida, sempre que possível, na comunidade, através de recursos extra-hospitalares, no intuito de recuperar rapidamente o paciente para que voltasse às suas atividades normais. Nos casos em que era necessária a internação, deveria ser feita próximo à residência do paciente, com uma ampla rede de serviços diversificados, evitando-se a internação em hospitais com mais de 500 leitos. Na alta, o paciente deveria imediatamente ser seguido em atendimento ambulatorial.

Os princípios técnico-administrativos eram baseados nos conceitos de integração, regionalização, coordenação, descentralização e aperfeiçoamento de pessoal.

Quanto aos níveis assistenciais, o Manual propunha o princípio básico do preventivismo, através das prevenções primária, secundária e terciária, contemplando programas assistenciais específicos como materno-infantil, adolescentes, adultos, epiléticos, crônicos, etc. Incentivava a formação de equipes multiprofissionais e serviços extra-hospitalares, tais como ambulatórios, emergências, pensões ou lares protegidos. A internação integral seria feita, quando necessária, nos hospitais gerais ou psiquiátricos. O Manual restringia o prazo máximo de internação em 180 dias, após o qual, dever-se-ia proceder a uma reavaliação por uma junta médica (Vaissman,1983).

O modelo preventivista que inspirou ideologicamente o Manual surgiu enquanto uma alternativa ao modelo psiquiátrico clássico organomecanicista, almejando não apenas a prevenção da doença mental, mas, fundamentalmente, a promoção da saúde mental. Para isto, segundo Costa (1989), a psiquiatria preventiva buscou criar uma nova coordenada, no que tange à prática assistencial:

"a) um novo objeto - a saúde mental; b) um novo objetivo- a prevenção da doença mental; c) um novo sujeito de tratamento- a coletividade; d) um novo agente profissional - as equipes comunitárias; e) um novo espaço de tratamento - a comunidade" (Costa,1989, p24).

O mesmo autor, no entanto, relata que os programas de prevenção nos Estados Unidos acarretaram um aumento da população com atendimento ambulatorial e extra-hospitalar. Porém não através do esvaziamento da população internada nos hospitais psiquiátricos, mas pelo projeto de medicalização da ordem social. Ou seja, a psiquiatria preventiva não atingiu necessariamente as

instituições asilares; ocorreu até um movimento rebote, o processo de retroalimentação dessas instituições devido ao ingresso de novos contingentes de clientes para tratamento mental. Fenômeno denominado de *aggionamento* por Castel e caracterizado pelo processo de metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento dos loucos até a moderna promoção da sanidade mental (Costa, 1989).

O Manual foi saudado enquanto um fato histórico para a assistência psiquiátrica, mas algumas dúvidas foram levantadas quanto à sua viabilidade, tanto na questão de recursos humanos, como financeiros, além dos preconceitos quanto à inadaptação do paciente à vida em comunidade. Mas, certamente, a oposição maior surgiu dos empresários do setor psiquiátrico que afirmavam "*ser o verdadeiro hospital psiquiátrico o órgão principal da assistência psiquiátrica*" (Vaissman, 1983).

Evidente que, mais que ideológica, a questão econômica pautava este tipo de argumentação, pois a viabilização de serviços extra-hospitalares como ambulatórios, emergências, Hospital-Dia, entre outros, poderia funcionar enquanto "*filtros*" para as internações asilares, gerando diminuição do faturamento. Esta questão política permeou o boicote ao Manual, que nunca saiu das intenções, como denunciou Cerqueira (1984) :

"... elaborado oficialmente e aprovado formalmente em 19/7/73, foi sabotado desde o seu primeiro dia e continua letra morta, só para não diminuir os lucros da empresa de saúde nem demonstrar a fragilidade do modelo médico tradicional exclusivo, defendido por outros tantos psiquiatras reacionários encarapitados nas cátedras, nas cúpulas administrativas e nos ricos consultórios privados... começam a aparecer trabalhos escritos por empresários ou por eles inspirados defendendo mais leitos, tentando provar que é só no hospital onde se trata adequadamente qualquer distúrbio mental, ou que o Manual não reconhece a importância das drogas modernas pois enfatiza a equipe multidisciplinar como agente terapêutico principal. Tal autor parece esquecer que, apesar das drogas, o número de internados aumenta, por não termos, a potencializá-las, uma equipe propiciadora do ambiente terapêutico" (Cerqueira, 1984, pp224 e 225).

Em janeiro de 1974, o Ministério da Saúde, através da DINSAM, expediu a *Portaria 32*, definindo esta Divisão como órgão normatizador e preconizando os princípios doutrinários da psiquiatria comunitária. A Portaria nada mais era do que a reedição de documentos anteriores, como o Manual de Assistência Psiquiátrica, o Plano Decenal de Saúde para as Américas e as Declarações de Princípios da ABP (Medeiros, 1977; Vaissman, 1983).

Apesar da Portaria 32 ratificar a posição oficial do Ministério da Saúde, este encontrava-se política e financeiramente enfraquecido. Era um momento de crise no governo Geisel, provocado pelo fim do milagre econômico, apresentando uma realidade de deterioração das condições de vida

da população brasileira. A própria assistência psiquiátrica perdia sua relativa importância em relação à assistência médica global. Esse fato era justificado, entre outros motivos, pela necessidade de intensificar medidas de caráter social, enfatizando a ação da Previdência Social como mecanismo de recuperação e manutenção da força de trabalho e consolidação da hegemonia da medicina previdenciária sobre a saúde pública. Certamente, distúrbios limitantes e crônicos, como as doenças mentais, não eram vistos como prioridade em um momento de "crise". Observa-se numericamente que, se em 1971 a assistência psiquiátrica respondia por 8,24% das despesas em assistência médica do INPS, em 1974, correspondia a apenas 5,73% e no início da década de 80 chegou ao patamar inferior de 4,25% (Rezende, 1987).

Se a Portaria 32 do Ministério da Saúde, segundo Cerqueira (1984), teve o mesmo fim que o Manual de Assistência Psiquiátrica, ou seja, nasceu como "*letra morta*", a Portaria 39, de setembro de 1974, conhecida como *Plano de Pronta Ação -PPA-* teve destino diferente. Este Plano tinha como principal resolução a desburocratização do atendimento das emergências, tanto para os segurados da Previdência como para seus dependentes. Em números, isto significava a cobertura de cerca de 80% da população urbana (Luz, 1986).

O *PPA* se caracterizou pela legalização de uma política dominante de atenção médica curativa e individualizada; pela desburocratização dos atendimentos emergenciais. No entanto, trouxe uma perda de controle da Previdência sobre os atendimentos, levando a uma significativa fraude das contas hospitalares. Este Plano abriu ao setor privado a possibilidade de atendimento direto aos previdenciários e dependentes, sem necessidade de uma avaliação prévia do setor público (Beça, 1981; Braga & De Paula, 1981; Amarante, 1996).

Depois de dois anos de implantação do *PPA*, verificou-se uma intensa onda de produção de serviços assistenciais, nem sempre necessários ou racionais, levando à insolvência da Previdência Social, devido ao esgotamento de recursos financeiros disponíveis (Amarante, 1996).

Mas, se o ano de 1974 caracterizou-se pela consolidação do privilegiamento das práticas hospitalares privadas, algumas experiências surgiram, destacando-se a implantação da Unidade Sanitária do Murialdo, na periferia de Porto Alegre. Essa experiência foi, certamente, um modelo de psiquiatria comunitária que resultou em sucesso no país, em um momento em que a prática de assistência predominantemente hospitalocêntrica se mantinha e as propostas comunitárias não saíam dos papéis dos documentos oficiais (OPAS, 1990).

Em dezembro de 1974, o Conselho de Desenvolvimento Econômico do governo federal criou o *Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS* - cuja função era dar apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social, estabelecidos através do *II PND - Plano Nacional de Desenvolvimento*. Uma das fontes geradoras de recursos era o dinheiro proveniente das loterias federal e esportiva. O que se observou, em relação à área da Saúde, foi que 20,3% dos recursos alocados para esta área foram destinados ao setor público. Em contrapartida, 79,7% foram destinados ao setor privado. Esse empréstimo a juros bastante baixos proporcionou a ampliação dos hospitais da rede privada, porém não os hospitais psiquiátricos.

Sampaio (1988), demonstrou que no período de 1976 a 1983, do conjunto de estabelecimentos financiados em todo o país, apenas 2,6% dos hospitais eram psiquiátricos, absorvendo apenas 0,56% dos recursos. O autor justifica:

"Contrariando hipótese inicial, do grande impacto deste financiamento na expansão da rede hospitalar psiquiátrica, estas informações demonstram que, após 1974, o crescimento da rede ainda se deveu ao dinamismo indireto, resultante da política de compra de leitos pela Previdência unificada. A dependência da rede ao sistema previdenciário revela-se maior que a esperada" (Sampaio, 1988, p115).

Esta relação de dependência, que já era extremamente intensa, consolidou-se com a criação do *Sistema Nacional de Saúde - SNS* - através da *Lei 6229 de 1975*, levando a uma conseqüente ampliação da rede hospitalar. Nesta nova proposta, o Ministério da Previdência e Assistência Social, criado um ano antes, ficaria responsável pela prestação de assistência médica curativa e individual, com recursos próprios da arrecadação previdenciária, enquanto o Ministério da Saúde atuaria nas ações coletivas e preventivas, porém com recursos muito reduzidos. A Previdência, concretamente, se responsabilizou pela assistência médica da população previdenciária, localizada predominantemente nos grandes centros, onde estava mais bem organizada a assistência privada.

A lógica das internações se manteve, não só diretamente nos hospitais, como nos ambulatórios contratados que chegaram a internar, em 1975, 13,7% das consultas, muito além do que preconizava a OMS, que propunha apenas 3% das internações encaminhadas dos ambulatórios especializados.

Das 251.104 internações psiquiátricas ocorridas naquele ano (1975), 70.383 (28,78%) tiveram como diagnóstico "*neuroses*". O mesmo diagnóstico foi responsável pela segunda causa de afastamento do trabalho, perdendo apenas para os pós-operatórios. Referente ao significativo aumento de internações de neuróticos e alcoolistas no período, Rezende (1987) admite ser de difícil interpretação, pois poder-se-ia justificar, apenas pela avidez da indústria dos hospitais por mais pacientes e lucros. Mas o autor afirma que este fenômeno não era restrito ao Brasil, ocorrendo em outros países como Grã-Bretanha e Estados Unidos. Em relação ao Brasil, o autor especula que,

"sob o elástico rótulo de neuroses ou outra categoria nosológica igualmente imprecisa, se escondam problemas sociais diversos que têm no asilo a única solução possível" (Rezende, 1987, p62).

Com referência às questões periciais de afastamento e auxílio-doença com diagnóstico de neuroses, Vaissman (1983) revela que esses benefícios se transformaram em modo de exclusão social, até mais barato que a simples internação:

"Esses benefícios funcionam como virtuais salários-desemprego para aqueles que, alijados do processo produtivo, engrossam as fileiras da marginalização, estigmatizados eternamente, sem a mínima chance de reabilitação" (Vaissman, 1983, p100).

A década de 70, ao menos no período que estamos estudando, poderia ser caracterizada pelos inúmeros Planos, Manuais e Ordens de Serviços propostos no intuito de viabilizar uma prática

psiquiátrica comunitária, preventivista, extra-hospitalar e terapêutica. Todavia, o que predominou foi a política de privilegiamento do setor privado através da contratação, pela Previdência, de serviços de terceiros, expandindo significativamente o parque manicomial no Brasil.

Esta situação mais de uma vez foi denunciada pelos próprios assessores de saúde mental que, nos Encontros anuais de Psiquiatria do INAMPS entre 1976 e 1978, demonstraram em seus relatórios que nada se aplicou do que foi proposto tecnicamente. As recomendações apresentadas eram, praticamente, a repetição integral dos programas elaborados pela própria Previdência, mas nunca aplicados. Propunha-se ênfase na assistência extra-hospitalar; dotação orçamentária para a implantação desses serviços; reestudo para a funcionalidade de serviços como pronto-socorro e hospital-dia e apoio da Secretaria de Assistência Médica do INAMPS à Assessoria Psiquiátrica.

No último encontro realizado em 1978, os assessores novamente lamentavam a falta de verbas para viabilizar os serviços extra-hospitalares, destinando-as para as hospitalizações (Vaissman, 1983).

A política previdenciária, denominada de "*solução asilar*" por seus críticos, refletia, entre outros fatores, uma visão administrativa acreditando ser mais simples construir e administrar um pavilhão como se fosse um hospital, do que organizar e gerir trâmites e procedimentos necessários à construção de serviços mais sofisticados. O resultado desta política orçamentária era extremamente claro, ao se constatar que, em 1977, os recursos destinados à hospitalização psiquiátrica somavam 96% do orçamento total da Previdência Social, contra 4% para os demais recursos extra-hospitalares, dos quais o mais significativo era o ambulatório (Amarante, 1996).²⁹

Em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde, Josicelli Freitas lançou o *Plano Integrado de Saúde Mental - PISAM* - do Ministério da Saúde, que mais uma vez tentou restaurar os princípios da psiquiatria comunitária, visando à qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde para o atendimento dos distúrbios psiquiátricos em nível primário, isto é, em Centros de Saúde. Apesar do relativo sucesso nas regiões norte e nordeste do país, o programa não atingiu necessariamente a população de egressos de internações psiquiátricas, ou pacientes crônicos que necessitavam de outra abordagem terapêutica. Pouco tempo depois, o PISAM foi desativado, após receber duras críticas do setor privado.

Vaissman (1983) entende que, apesar de todas as dificuldades para a implantação de programas de perfil preventivista no período,

"o projeto de uma psiquiatria comunitária, tendo em vista a organização social dos serviços psiquiátricos na Previdência Social é correto, pois significa a incorporação e o reconhecimento, por parte da instituição, da necessidade de uma psiquiatria que atenda aos interesses da classe trabalhadora, onde a participação comunitária é fundamental"
(Vaissman, 1983, p.59).

Amarante (1992) critica o preventivismo, pois este modelo não romperia com o modelo clássico médico-psicológico de análise e tratamento. Chama a atenção que o preventivismo se orienta regularmente por indicadores burocráticos de desempenho, tais como diminuição do tempo

²⁹ Analisando por este aspecto econômico, torna-se compreensível a queixa dos assessores de psiquiatria pela falta de verbas. A própria DINSAM, órgão oficial do Ministério da Saúde para a saúde mental, no final da década de 70, apresentou um déficit de profissionais devido à escassez de recursos, gerando uma intensa crise no órgão, vindo a representar um "divisor de águas" naquilo que mais tarde seria denominado de "Reforma Psiquiátrica" (Amarante, 1996).

médio de internação, taxas de ocupação, índices de reinternações, etc. Os planos de saúde mental neste modelo baseiam-se na oferta de consultas ambulatoriais, recursos extra-hospitalares ou atos normativos: manuais, cartilhas, etc..

"Em resumo, esta prática de planejamento em saúde mental, por exercitar, quase que exclusivamente, procedimentos e meios normativos, correccionais, e por desenhar suas imagens-objetivo com base nos modelos psiquiátricos clássicos e preventivistas, sem questionar os conceitos de saúde/enfermidade mental que reproduzem e administram, não obteve êxito nem mesmo em acordo aos seus próprios propósitos"(Amarante,1992,p113).

Sem dúvida, as críticas ao preventivismo permearam uma nova discussão que viria pautar o final da década de 70 e os anos 80, quando surgiu o processo denominado de "*Reforma Psiquiátrica*".

CAPÍTULO II

A REFORMA PSIQUIÁTRICA

"A primeira vez que entrei numa prisão eu era estudante de medicina e entrei como preso político. Era a hora em que esvaziavam os pinicos das celas e minha primeira impressão foi a de entrar numa enorme sala de anatomia onde a vida tinha o aspecto e o odor da morte. A prisão me parecia uma estrumeira impregnada de um fedor infernal onde alguns homens com latas sobre os ombros desfilavam em direção aos esgotos, para verter seu conteúdo..."

Depois de alguns anos entrei em outra instituição fechada: o manicômio. Desta vez não como internado e sim como diretor. Estava no grupo dos carcereiros, porém a realidade que vi não era diferente: também aqui o homem havia perdido toda a sua dignidade humana, também o manicômio era uma enorme estrumeira. Mas existia uma diferença: aquele que entra nesta instituição, não assume o papel de doente e sim o de internado, que deve expiar uma culpa da qual não conhece as características nem a sentença, nem a duração de sua expiação."

Franco Basaglia

Quando estudante de medicina, Franco Basaglia militava politicamente como opositor do fascismo que predominava na Itália. Já naquela época, aproximara-se do Partido Comunista, tendo em Antônio Gramsci seu mentor ideológico. Fora preso político e, com o fim da Segunda Grande Guerra, formou-se em medicina, seguindo a carreira universitária na Universidade de Pádua, onde trabalhou por treze anos (Figueiredo, 1988). Às vésperas de assumir a cátedra, Basaglia renunciou ao cargo, optando pelo trabalho assistencial. A respeito daquele período, sua análise era bastante crítica, afirmando:

"Éramos adestrados e condicionados a agir de modo a conservar a ordem social na qual estávamos inseridos. Era - nos delegado o exercício da violência e a incorporar no doente a nossa conduta. O paciente vinha à clínica universitária, espécie de ante - sala do manicômio, incorporava a punição implícita no diagnóstico, era usado como objeto de estudo e depois mandado de volta ao manicômio onde estava sendo destruído"(Basaglia, 1979, p7).

No mesmo ano de 1961, Basaglia prestou concurso para o *Hospital Psiquiátrico de*

Gorizia, sendo aprovado e indicado para o cargo de diretor. Naquela época, a Itália tentava se reconstruir dos danos causados pela guerra e buscava modernizar-se enquanto nação, substituindo uma economia predominantemente agrária, pela industrialização. Quanto à psiquiatria, o que existia eram os grandes manicômios públicos com características próximas ao que tínhamos no Brasil.

Foi na Inglaterra que Basaglia se inspirou para desenvolver uma nova proposta para o Hospital Psiquiátrico de Gorizia, através da experiência das comunidades terapêuticas, apregoadas por Maxwell Jones. Grupos operativos, assembléias gerais com a participação de pacientes e equipe técnica, aproximação entre o Hospital Psiquiátrico e a sociedade e a possibilidade de pacientes contribuírem enquanto agentes terapêuticos de outros pacientes representavam uma nova concepção de tratamento psiquiátrico no início da década de 60, em uma Inglaterra envolvida pelas idéias renovadoras e progressistas do Partido Trabalhista, então no poder.

Basaglia implantou em Gorizia a experiência da comunidade terapêutica, promovendo uma série de transformações, como o fim de medidas institucionais de contenção, reuniões entre a equipe técnica e os pacientes e a participação destes no destino da instituição. Era o princípio do processo de humanização do manicômio. E esta experiência repercutiu por toda a Itália, como relata Tommasini:

"Foi naquela época que Gianfranco Mínguzzi (Professor de Psicologia em Bolonha) falou-me de Basaglia e do que fazia, desde 1961, no Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Havia rumores sobre um novo manicômio, um modo diferente de trabalhar. Talvez fosse aquilo que procurava. Pelo que falava Mínguzzi, parecia que, tratando-se o doente de maneira diferente, a própria doença modificava-se, demonstrando que podia e devia ser encarada de outra forma. Mas como?"(Ongaro Basaglia, 1993, p9).

No entanto, a experiência da comunidade terapêutica atingia o seu próprio limite, ou seja, reconhecia as próprias fronteiras, os muros dos manicômios. Na verdade, o trabalho desenvolvido na comunidade terapêutica criava uma situação em que se afastava gradativamente do plano de realidade vivido na sociedade. Essa proposta não conseguia responder às complexas relações sociais que se apresentavam, mantendo-se o hospital, mesmo humanizado e melhorado, como um espaço de exclusão social.

Para Basaglia, a gestão da comunidade terapêutica enquanto espaço de humanização do manicômio se caracterizava pelo controle social e não necessariamente de cura. Ele fazia uma análise crítica quanto à experiência dessa comunidade, demonstrando que na Inglaterra houve uma significativa diminuição de pacientes internados em hospitais psiquiátricos no início dos anos 60. Porém, alguns anos mais tarde, com a economia inglesa em recessão, as comunidades terapêuticas tornaram-se restritas a algumas instituições, sendo que os manicômios voltaram a se encher.

"A psiquiatria inglesa foi, então, a primeira a acentuar o aspecto social no funcionamento do manicômio. Porém, tudo isso leva-nos à conclusão de que a descoberta da psiquiatria comunitária não é nada mais que uma reciclagem da velha gestão manicomial, porque, quando a organização social não tinha mais necessidade de pessoa reabilitada, mandava-a de volta para o manicômio" (Basaglia, 1979, p85).

Baseados nesta experiência, Basaglia e seu grupo entendiam que a única forma de enfrentar a doença mental seria através da eliminação do manicômio, propondo ao poder político local o fechamento do hospital e a abertura dos centros de saúde mental como serviços substitutivos ao manicômio. Esta proposta não foi aceita pelo poder público e os técnicos se demitiram (Amarante,1992).

Após a experiência de Gorizia que se encerrou em 1968, Basaglia foi para os Estados Unidos como professor visitante em um dos "Community Mental Health Centers" de Nova York. Estando lá, fez uma análise crítica da experiência preventivista norte americana, avaliando que os manicômios não seriam destruídos com a simples construção de uma rede de serviços externos que teriam uma função extra hospitalar (Rotelli & Amarante,1992). Para ele, o programa implantado nos Estados Unidos tinha uma proposta basicamente racionalizadora administrativa e financeira, através da redução de leitos hospitalares e de uma política de altas hospitalares bruscas, refletindo no abandono de um contingente de pacientes institucionalizados (Rotelli et al.,1990).³⁰

Para ele, o fenômeno que ocorria nos Estados Unidos, apresentava aspectos semelhantes às comunidades terapêuticas inglesas no que tange ao controle social, naquilo que ele denominava, usando termo criado por Hebert Marcuse, "*tolerância repressiva*".

"Para mostrar como as pessoas são controladas pelo Estado, vejamos: o serviço social oferece uma pensão em dinheiro para as pessoas que não trabalham. O não - trabalho é controlado. As assistentes sociais fazem visitas domiciliares para controlar os que recebem a pensão. Numa das reuniões a assistente social revela que na casa de uma mulher assistida foi encontrada uma cueca de homem: havia um homem, logo, o homem mantinha a assistida. A pensão foi imediatamente cortada"(Basaglia,1979, pp47e 48).

Certamente, levanta-se um aspecto crítico importante na questão da manutenção do controle social, sem necessariamente haver uma estrutura manicomial concreta, fato que, para os críticos da psiquiatria preventiva norte-americana, tornara-se evidente.

Após o período em que passou nos Estados Unidos, Basaglia voltou à Itália. Inicialmente se estabeleceu em Parma, onde não encontrou apoio necessário para desenvolver o seu trabalho no manicômio de Colorno, embora a cidade fosse governada pelo Partido Comunista (Ongaro Basaglia,1993).

³⁰ Como relatamos no capítulo anterior, estes programas de prevenção acarretaram um aumento significativo da demanda ambulatorial e extra - hospitalar, sem no entanto ter refletido de maneira perceptível na população asilar.

Em outubro de 1971, Basaglia assumiu a direção do *Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste*, cidade localizada no extremo norte da Itália, próxima a Veneza e na divisa com a Iugoslávia. A cidade possuía cerca de 300.000 habitantes e o hospital, construído no início do século, contava com 1101 pacientes internados (Figueiredo, 1988).

A proposta para Trieste diferenciava-se dos modelos humanizadores das comunidades terapêuticas, bem como da psicoterapia institucional francesa e da psiquiatria preventiva norte-americana. Propunha-se o fim dos hospitais psiquiátricos, mas não baseado nos modelos acima, em que inexistia um embate radical e definitivo com a instituição manicomial. Era preciso buscar a superação através de uma radicalidade que rompesse com o paradigma clássico da psiquiatria enquanto especialidade "que separou um objeto fictício, a doença, da existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social" (Rotelli et al., 1990, pp.27 e 28).

Para o grupo de Trieste, com essa separação criou-se um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos baseados no conceito de "doença", sendo o manicômio o local privilegiado para a descarga e o ocultamento desta contradição que a psiquiatria e a própria sociedade não conseguiram superar (Rotelli et al., 1990)

Era necessário desmontar este sistema e a proposta apresentada fundamentava-se na trilogia "NEGAÇÃO - SUPERACÃO - INVENÇÃO", que desencadearia no processo denominado *Desinstitucionalização*.

A "negação" se daria através do não enfrentamento da etiologia da doença, mas do enfrentamento e intervenção prática nas determinações normativas, científicas e institucionais,

*"através das quais a doença mental
- isto é, o problema - assumiu aquelas formas
de existência e de expressão" (Rotelli et
al., 1990, p29).*

Não se propunha a negação da doença mental, da psiquiatria ou o simples fechamento do hospital psiquiátrico mas,

"a negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social" (Rotelli & Amarante, 1992, p44).

No momento em que se negava o paradigma clássico da relação "Doença - Cura", fazia-se necessário superar este processo, não apenas pela criação de novos modelos assistenciais que não alteravam o paradigma clássico, mas pela "Desconstrução do Manicômio".

Desconstruir o manicômio não significava a criação de medidas administrativas paliativas, através da viabilização de serviços que funcionariam mais como alternativas manicomiais do que verdadeiros serviços substitutivos. Não seria também exercer uma prática fora dos muros da instituição, esperando que ele se destruísse pela sua possível inoperância.

Para o grupo de Trieste, esta prática se daria através da inserção efetiva no aparato manicomial, destruindo, por dentro, suas contradições e transformando as relações de poder entre a instituição, os pacientes e a equipe técnica. Esse trabalho começaria por atitudes elementares como a eliminação de meios de contenção; o reestabelecimento da relação do indivíduo com o corpo; a reconstrução do direito e da capacidade de uso dos objetos pessoais; o direito à palavra, dos direitos civis, eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade (Rotelli et al., 1990).

Importante notar que a recuperação desses direitos teria como finalidade o resgate da cidadania do paciente e a concepção de cura seria substituída pelo objetivo da "emancipação terapêutica".

O processo de desconstrução do manicômio abriria frestas importantes para levá-lo para fora, ou seja, a estrutura manicomial se depararia com a estrutura social, respeitando as suas peculiaridades e diferenças e preservando os aspectos conflitivos que porventura existissem.

Para garantir este processo desinstitucionalizante, Basaglia acreditava que a articulação necessária não se faria com os representantes oficiais da ciência, a psiquiatria instituída, mas com os setores sociais que, de certa forma, repercutiam a cultural manicomial dominante:

"Descobrimos que o nosso trabalho não deveria ser feito tanto com os doentes - era também com o doente e com a loucura - mas, sobretudo com a população. Nós tínhamos que entrar na conceituação da população sobre doença mental. O povo de uma maneira geral, e em particular nas suas organizações, deveria tomar nas mãos a nossa luta porque, se não fosse assim, essa luta seria de novo cientifizada e levada ao nível precedente, isto é, para uma nova ideologia científica, uma ideologia burguesa. Foi essa a diferença entre a Itália, a França e a Inglaterra, porque nesses dois últimos as reformas psiquiátricas vieram de cima. A história psiquiátrica continua sendo a história dos psiquiatras e não a do povo que sofre, isto é, formaram-se outras visões científicas que não fizeram outra coisa senão trazer um outro tipo de controle social"(Basaglia, 1979, p88).

A *Desinstitucionalização*, termo criado nos Estados Unidos, caracterizava-se como um processo desospitalizante, ao menos teoricamente, através da criação de serviços assistenciais alternativos. Teve na Itália uma concepção muito mais política que administrativa, como ocorreu em alguns países da Europa e nos Estados Unidos (Delgado, 1990).

Para o modelo italiano, desinstitucionalizar não significava apenas uma proposta racionalizadora ou modernizadora das instituições terapêuticas existentes, a criação de novos serviços assistenciais, ou desmontar o manicômio enquanto estrutura física. A desinstitucionalização significava a superação do manicômio como ruptura do paradigma clínico clássico, permitindo uma prática excludente, coercitiva e segregadora.

Para Rotelli et al. (1990), pode-se definir o processo de desinstitucionalização italiano em três aspectos:

a) *A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados;*

b) *A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos 'doentes', sejam sujeitos ativos e não*

objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais;

c) A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados" (Rotelli et al.,1990,p36).

Quanto à questão prática, a superação do manicômio passaria pela criação de serviços substitutivos que teriam, como função primordial, responder a todas as necessidades em saúde mental de uma população determinada, o que Dell 'Acqua & Mezzina (1991) denominaram de "*tomada de responsabilidade*".

Em Trieste, foram construídos sete *Centros de Saúde Mental*, abrangendo cada Centro uma população de cerca de 40.000 habitantes. Funcionam ininterruptamente, possuindo apartamentos onde moram usuários que são acompanhados por técnicos quando necessário.

Existe também cooperativas de trabalho em que participam ex-pacientes, ex-presidiários e tóxico-dependentes, servindo ainda como espaço de produção artística, intelectual e prestação de serviços.

Há o denominado "*Serviço de Diagnose e Cura*", que corresponderia a um serviço de emergência psiquiátrica, funcionando normalmente no hospital geral, atuando de forma coordenada com os Centros de Saúde Mental.

A estrutura do Hospital Psiquiátrico Regional transformou-se com o tempo em um grande parque municipal, com vinte apartamentos para ex-internos, uma unidade de reabilitação para deficientes muito graves e uma para idosos dependentes, sob a responsabilidade do Centro de Saúde Mental da região. Há ainda escola maternal, escola primária, bar, laboratório de teatro, pintura, música, entre outros, caracterizando-se como um Centro de Convivência, com a participação da população. (Rotelli & Amarante,1992)

Os avanços no sistema psiquiátrico italiano não ficaram restritos apenas a Trieste, mas atingiram cidades como Perugia, Arezzo, Regio Emilia, Nápoles entre outras. Criou-se a "*Psiquiatria Democrática*", refletindo um momento histórico em que os setores progressistas e partidos de esquerda, através do movimento intitulado "*Solidariedade Nacional*", viabilizaram uma série de propostas de descentralização dos poderes do Estado e o alargamento das liberdades individuais.

Foi nesse período que leis provenientes de tais setores foram aprovadas, como o Estatuto dos Trabalhadores, que estabelecia os direitos dos trabalhadores na fábrica, as leis do aborto e divórcio, a Lei da Reforma Sanitária e a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 180), também conhecida como *lei Basaglia* (Amarante,1992).

A Lei 180 foi aprovada pelo Parlamento italiano em 13 de maio de 1978, com base em um referendun proposto pelo Partido Radical, para abolir a lei anterior, de 1904. Basaglia e seu grupo desenvolveram uma articulação política que extrapolou o espaço da psiquiatria, levando à sociedade, através de sindicatos, associações de familiares, partidos políticos, enfim, movimentos organizados da sociedade civil, a discussão do papel do hospital psiquiátrico enquanto espaço de exclusão e a anacrônica lei que persistia na Constituição italiana.

Sancionou-se a *Lei 180* com o apoio de praticamente todos os partidos políticos, exceto o

Partido Liberal e o grupo fascista. Os pontos centrais, estabeleciam:

- *A proibição de construir novos hospitais psiquiátricos e de internar novos pacientes nos já existentes;*

- *O estabelecimento de serviços territoriais responsáveis pelo atendimento de saúde mental em áreas geográficas determinadas, dotadas das estruturas necessárias para prestar assistência psiquiátrica adequada às necessidades da população. Entre estas estruturas, mencionam-se especificamente, os hospitais gerais, nos quais haverá um máximo de quinze leitos destinados ao atendimento de pacientes psiquiátricos;*

- *A abolição das tutelas jurídicas e do 'status' de periculosidade social do doente mental, que passa a ser reconhecido como um cidadão em plena posse de seus direitos civis e sociais.*

Nos casos em que for necessário o tratamento obrigatório previsto pela Lei (*Tratamento Sanitário Obrigatório*), está prescrito o seguinte:

- *O paciente mantém seus direitos pessoais, cuja proteção deva ser assegurada por um Juiz;*

- *O tratamento é decidido pela autoridade sanitária local que designa ao serviço sanitário local a responsabilidade da assistência;*

- *O tratamento obrigatório só está previsto em casos excepcionais, ou seja, quando tiverem se esgotado todas as alternativas possíveis, destacando-se especificamente que sua duração deve ser breve. O tratamento obrigatório não significa necessariamente a internação no hospital geral, podendo ser ministrado no domicílio do paciente" (OPAS, 1990, p24).*

Esta Lei, na sua essência, legalizava as propostas desinstitucionalizantes cujos pontos centrais eram a eliminação das internações em hospitais psiquiátricos e a abertura de serviços territoriais que dessem conta, de uma forma integral, das necessidades que surgissem na sua respectiva área, sem a possibilidade de transferir os problemas para outros lugares. Outro ponto significativamente importante se referia à eliminação da periculosidade social do doente mental, resgatando seu direito à cidadania.

Uma questão, porém, era levantada pelo próprio Basaglia que, embora o mentor da Lei, não participou diretamente da sua elaboração. Ele questionava a possibilidade de se internar pacientes em enfermarias psiquiátricas em hospital geral, desencadeando um possível processo de remedicalização da doença mental, não havendo muita diferença entre o hospital psiquiátrico e o hospital geral, pois a relação de poder entre o médico e o paciente persistia.

"Não acho que haja alguma diferença entre os dois, porque a lógica da relação entre médico e doente é sempre a mesma, sobretudo a dependência do doente para com o médico. Evidentemente não se trata de uma relação de reciprocidade. E se não há uma relação de reciprocidade, não há liberdade entre duas pessoas. O problema é como podemos mudar esse tipo de relação? Penso que nós podemos mudar a relação no momento em que analisarmos o que determina essa relação de poder. Falamos da escola, da universidade, da prisão, do hospital e podemos também falar da família. Veremos que em todas essas instituições existem duas partes: uma, que domina; e outra, que é dominada" (Basaglia, 1979, p75).

Outro ponto importante da lei era o *Tratamento Sanitário Obrigatório - TSO* - que dava um caráter singular ao tratamento, reconhecendo o direito do paciente em recusar o tratamento, mas assinalando o dever do trabalhador em saúde de não abandonar o paciente à sua própria sorte. O TSO permanece, na prática, enquanto um procedimento de internação, subsistindo à mistura de critérios técnicos e administrativos (Rotelli & Amarante, 1992).

O TSO também trouxe avanços, como alterar o papel do Juiz de Direito que autorizava a intervenção daqueles teoricamente "perigosos" através do estatuto da periculosidade social. Ao eliminar este estatuto, transformou-se o Juiz em uma autoridade cuja função era garantir os direitos do cidadão adoecido. Também ocorreram avanços quanto à retirada do poder de um único técnico na necessidade de internação, passando a responsabilidade do tratamento ao serviço público (Kinoshita, 1988).

A *Reforma Psiquiátrica Italiana* criou um fato novo no processo psiquiátrico em vários países do mundo, inclusive no Brasil onde, alguns anos mais tarde, baseado na Lei 180, tentou-se aprovar projeto de lei que, de certa forma, buscava reeditar o processo de transformação ocorrido na Itália. Mas, como isto se deu ?

Basaglia esteve no Brasil, pela primeira vez em 1975, sem repercussão mais significativa. O país vivia os primeiros momentos da denominada "*distensão lenta e gradual*" promovida pelo governo militar do general Geisel. Três anos depois, ele retornou para participar do *I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupo e Instituições*, ocorrido entre os dias 19 e 22 de outubro no Rio de Janeiro. O Congresso teve a promoção do "*Instituto Brasileiro de Psicanálise, Psicologia Grupal e Institucional*" - *IBRAPSI* - contando com a participação de vários convidados internacionais, entre eles, Félix Guattari, Robert Castel, Tomaz Szasz, Erwing Goffman e até Shere Hite. Esta havia lançado um livro, "*Relatório Hite*", bastante comentado e criticado, porém muito vendido, no qual apresentava uma ampla pesquisa sobre a sexualidade feminina.

Este Congresso foi assim definido pela revista "Rádice":

"Foi uma festa, um circo melhor dizendo, com alguns números excelentes mesclados com outros medíocres, como era de se esperar. Como característica, uma contestação mais ampla e profunda que a programada, Basaglia, Guattari, Castel, Szasz e muitos outros, atiraram em tudo que se mexia e que se chamava psicanálise, principalmente as 'sociedades psicanalíticas', acusadas de prática elitista, controladora e reacionária. Analistas foram constantemente comparados a curandeiros, agentes do poder e administradores governamentais da loucura. Tudo num clima de festa e excitação, onde sobravam palmas para todos" ("Rádice", n.2, 1979, p33).

Era o final da década de 70 e, havia a sensação de que a ditadura militar estava nos seus estertores. O Brasil começava a viver uma nova fase, buscando resgatar os anos perdidos; a sociedade civil se organizava; certos dogmas e grupos alicerçados no poder começavam a ser questionados e enfrentados.

Quando a revista "Rádice" relatou as críticas às sociedades psicanalíticas, estas refletiam um momento importante de ruptura e mudanças no campo psicanalítico brasileiro. Nos anos 60, a psicanálise se restringia a pequenos grupos existentes em cidades como São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, vinculados à Associação Brasileira de Psicanálise e à Associação Internacional de Psicanálise.

Algumas experiências isoladas ocorriam, como grupos de orientação junguiana no Rio de Janeiro, e propostas de comunidades terapêuticas em Porto Alegre, através de Marcelo Blaya e David Zimmermann, entre outros. Anos mais tarde, também foram criadas comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro, supervisionadas por psicanalistas da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro, como Oswaldo dos Santos, Wilson Simplicio, Eustáquio Portella e Roberto Quilelli (Figueiredo, 1993; Birman, 1994).

As sociedades psicanalíticas eram formadas por um número extremamente restrito de profissionais, exclusivamente médicos psiquiatras que, na sua formação, deveriam submeter-se aos rígidos e elitizados regimentos burocráticos instituídos pela Internacional Psychoanalytic Association.

Birman (1994) assim caracterizou a psicanálise no Brasil nos anos 60:

"1- Prática elitista, na medida em que existia apenas um pequeno número de analistas em face de uma grande demanda clínica. Desta maneira, era bastante caro o preço da prática psicanalítica, mesmo se contrapusermos ao preço das demais especialidades clínicas da medicina. Portanto, a psicanálise era uma medicina de luxo, voltada para uma pequena minoria que tinha recursos financeiros para isso;

2-Sistema de formação hierárquico, centrada na figura do analista didata;

3- *Sistema medicalizado e psiquiatrizado, na medida em que ser médico era a condição necessária para que alguém pleiteasse a inclusão na formação psicanalítica*"(Birman,1994, p160).

Nos anos 70 houve um significativo aumento das atividades de grupoterapia. O processo se deu devido ao crescimento vertiginoso de setores da classe média que procuravam a psicanálise como espaço terapêutico para seus conflitos existenciais. No entanto, os psicanalistas, em sua grande maioria, estabeleciam uma hierarquia simbólica entre a psicanálise individual e a grupal, sendo a primeira considerada a "*verdadeira psicanálise*", enquanto a outra não era efetivamente uma experiência psicanalítica radical(Birman,1994).

Na década de 70 também se buscou a legitimação dos psicólogos enquanto psicanalistas. Associações foram formadas sem usarem, na sua denominação o termo "psicanálise", apesar de seguirem essa linha teórica. Foi neste período que surgiram a *Sociedade de Psicologia Clínica - SPC* - o *Instituto de Orientação Psicológica - IOP* - e a *Associação de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência - APPIA* - entre outros. No entanto, faltava para essas associações a legitimidade que caracterizaria uma identidade social de psicanalista. Buscou-se essa identidade, "importando" para o Brasil, psicanalistas da Argentina, país considerado como de maior tradição na América Latina, os quais certamente ofereceriam o reconhecimento ortodoxo como psicanalistas, que os psicólogos tanto procuravam. Surgiram assim os denominados "neo-Kleinianos", de inspiração marxista, veiculados através de nomes como Bleger, Pichón - Riviére, Marie Langer, Arminda Aberastury, Eduardo Kalina, entre outros(Figueiredo,1993).

Os setores psicanalíticos ortodoxos ligados à Associação Internacional de Psicanálise, sentindo a perda de espaço para os psicólogos, chegaram a encaminhar proposta para o Congresso Nacional, criando a profissão de psicanalista, como relata Birman:

"Neste contexto, os leões de chácara e os mandarins da psicanálise procuraram até mesmo transformar a legitimidade em legalidade, de maneira a se criar a profissão de psicanalista, algo inédito nos termos do movimento psicanalítico internacional. Nesta legislação proposta ao Congresso Nacional, o diploma em medicina seria a condição sine qua non para se ter acesso à psicanálise como profissão regulamentada. Entretanto, esta pretensão dos mandarins da psicanálise oficial não teve lobby político suficiente para ser aprovada e implementada no Congresso Nacional"(Birman,1994, p164).

Na segunda metade da década de 70, novos grupos foram formados usando o termo "*Psicanálise*" e criando uma situação de enfrentamento mais radical com a ortodoxia psicanalítica. Surgiram a *Sociedade de Estudos Psicanalíticos Latino-Americanos - SEPLA* - *Instituto Freudiano de Psicanálise - IFP* - e o *Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições - IBRAPSI* - tendo este uma postura de tendência marxista, buscando a fundamentação teórica na "socioanálise".

Apesar de buscar no campo social da psicanálise sua legitimação, foi na própria ortodoxia freudiana que os psicólogos a encontraram, através do "retorno a Freud", proclamado por Lacan.

Lacan, embora excluído da "Associação Internacional de Psicanálise"- AIP, não desistiu

de ser analista. sua figura e obra se apresentavam como catalisador daqueles que buscavam sua identidade social como analistas: os excluídos da AIP.

O reflexo desse movimento foi sentido no início dos anos 80, quando as sociedades psicanalíticas brasileiras, com a perda de sua hegemonia, iniciaram um processo de modernização, aceitando o ingresso dos psicólogos para a formação psicanalítica, bem como uma maior flexibilização nos critérios da função didática. Mas naquele momento, a ruptura se apresentava em outro nível, como relata Figueiredo:

"Desta vez, não se trata mais de disputar a psicanálise entre médicos e psicólogos. O velho maniqueísmo corporativista vai dar lugar à ortodoxia defendida por Lacan: a psicanálise para os psicanalistas. O que vem a ser isso? a referência aqui não é apenas à categoria profissional, o que também não é desconsiderado nas formas de associação dos lacanianos, mas sim a um campo específico que deve funcionar segundo leis exclusivas da teoria psicanalítica e não deve confundir com as demais práticas psicológicas" (Figueiredo, 1993, p57).

Certamente, devemos entender que o processo de contestação à prática conservadora e hegemônica da Sociedade Psicanalítica e a presença de autores importantes que questionavam a psiquiatria oficial e seu papel de controle social refletiam o momento político que o país vivia.

O final da década de setenta trazia de volta ao país os anistiados e com eles, novas propostas e preocupações eram levantadas. O Brasil recebia uma carga de informações, principalmente dos países europeus, que transpassava a necessidade cada vez mais premente de redemocratização. A figura que melhor definiu este movimento de retorno dos anistiados, trazendo consigo uma nova discussão político-social, foi o jornalista Fernando Gabeira. Além de questionar criticamente o comportamento social masculino, trouxe à tona alguns problemas emergentes nos países europeus, mas ainda pouco difundidos em nosso país, como as questões ecológicas e ambientais.

O fracasso do modelo econômico e a falta de propostas alternativas ante a crise social que se apresentava pelo governo militar, permitiram que a sociedade se organizasse e reivindicasse em lutas genéricas e específicas. Associações de bairros, favelados, sindicatos, conselhos profissionais, movimentos negro, de mulheres, contra a carestia, pela anistia: enfim, o Brasil despertou para uma nova fase, em busca da participação política da população (Bezerra Jr., 1994).

Foi nesse contexto de efervescência política que o setor saúde começou a se organizar com a criação do *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES* - em 1976. Formado principalmente por médicos que participavam do primeiro curso de Saúde Pública na USP, com representantes do Rio de Janeiro e Minas Gerais, o CEBES tinha como objetivo a formulação de alternativas à política de saúde, apontando para a necessidade de democratização do setor.³¹ No

³¹O CEBES se transformou no final da década de 70 em uma entidade que divulgou o pensamento médico - social, tomando-se o elemento aglutinador de intelectuais, estudantes, movimentos populares e sindicais, difundindo uma nova proposta para a organização do sistema de saúde, inserida numa luta mais geral de democratização do país. Nesse sentido, o CEBES passou a editar a revista "Saúde em Debate", que se tornou referência obrigatória no processo da Reforma Sanitária.

mesmo ano, inicialmente no Rio de Janeiro, foi criado o *Movimento de Renovação Médica - REME* - com o objetivo de conquistar os sindicatos e conselhos de classe, até então comandados por setores conservadores da categoria médica.

Evidente que todo esse movimento refletiu na área da saúde mental, em que os profissionais recém - formados, influenciados por uma prática político-social de contestação ao regime vigente, também sofreram influência decisiva de leituras obrigatórias para a época, como Foucault, Basaglia, Lang, Szasz, Goffman, entre os mais conhecidos. Em 1979, Basaglia voltou ao Brasil, fazendo uma série de conferências em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Mobilizou uma platéia de jovens técnicos que ouviam com entusiasmo relatos a respeito da Psiquiatria Democrática Italiana, imaginando ser possível a sua replicação no Brasil.

Apesar do entusiasmo existente, a Política de Saúde Mental oficial em nosso país preconizava uma atuação preventivista com o estímulo à criação de novos modelos assistenciais, predominantemente ambulatoriais de saúde mental. Mas, na prática, persistia a política de compra de serviços privados através de recursos provenientes da Previdência Social. A força política dos setores privados minava qualquer proposta em viabilizar ações preventivas de programas considerados não-hospitalizantes (Amarante, 1996, mimeo).

Ao mesmo tempo, os macro-hospitais públicos viviam situação de deterioração cada vez mais intensa, chegando a serem proibidas, pelo Ministério da Saúde, na década de 70, novas internações, como ocorreu com o Juqueri em São Paulo e a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, duas instituições psiquiátricas públicas que representavam o apogeu e a decadência dos hospitais - colônias - públicos em nosso país (Cerqueira, 1984; Delgado, 1990).

A década de 80 no que tange à saúde mental, iniciou-se, na realidade, em 1978, com a eclosão da denominada "*Crise da DINSAM*", que, para Bezerra Jr. (1994) e Amarante (1996), foi o marco inicial do processo de *Reforma Psiquiátrica no Brasil*.

Em abril de 1978, os profissionais dos quatro hospitais públicos no Rio de Janeiro, Centro Psiquiátrico Pedro II, Colônia Juliano Moreira, Hospital Pinel e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, ligados à DINSAM, entraram em greve reivindicando melhores salários, melhoria das condições de trabalho e regularização da situação trabalhista, visto que a grande maioria dos profissionais que trabalhavam nestas instituições não possuíam vínculo empregatício, sendo contratados e recebendo como bolsistas.

A resposta do Ministério da Saúde através da DINSAM foi a demissão de 260 estagiários e profissionais, levando a uma situação mais caótica que a já existente. O movimento, no entanto, conseguiu a mobilização de setores progressistas, como o CEBES e o Sindicato dos Médicos, além da opinião pública que ficou sensibilizada com as denúncias sobre a violência, o descaso e as condições desumanas que viviam os pacientes naquelas instituições (Bezerra Jr. 1994; Amarante, 1996).

No mesmo ano de 1978, a Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, através de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, apresentou um relatório final de 300 páginas a respeito das precárias situações dos hospitais públicos daquele Estado, em que denunciava:

"Os pacientes, com suas mentes perturbadas e confinados, não tem ali a menor condição de higiene; e os contemplamos jogados grotescamente nas camas imundas, ou então perambulando nus, numa gritaria irracional à nossa volta, acometidos de infecções na pele, nos olhos, sarna, piodermites, supurações. É desse modo que aqueles enfermos habitam e convivem, e dali podem sair para celas menores, em caso de agitação ou periculosidade, inclusive para quartos confinados, apenas com uma viseira na porta de ferro, para os casos mais excitados" ("Rádice", n. 7, 1978, p. 30).

O relatório finalizava, levantando uma questão que, no futuro, seria certamente um dos pontos mais polêmicos relacionados ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, ou seja, o que fazer com os pacientes cronicados:

"Queremos finalmente lembrar que as péssimas condições de vida nos hospitais de Psiquiatria não devem se tornar pretexto para jogar os enfermos mentais na rua. Não há ambulatórios suficientes para tratar esses enfermos, que em grande número de vezes são crônicos, desvalidos e dependentes. Nos ambulatórios, as consultas são marcadas pela demora; e as famílias não têm experiência, recursos ou aptidões para assumir a responsabilidade total, sem cobertura correta, da assistência a insanos graves. Se não há a menor dúvida de que não se deve confinar e enclausurar doentes mentais em regimes fechados, também não se deve fechar indiscriminadamente os hospitais psiquiátricos" ("Rádice", n. 7, 1978, p. 31).

Da crise da DINSAM, surgiu o *Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM* - que teria uma importância significativa no processo de Reforma Psiquiátrica. Originário de setores técnicos da classe média, predominantemente médicos recém-formados e estudantes de medicina, inicialmente o MTSM congregava várias tendências do pensamento da saúde mental da época, desde correntes ligadas às comunidades terapêuticas inglesas, passando pela psicoterapia institucional, psiquiatria setorial, psiquiatria preventiva até a antipsiquiatria. No início, o MTSM foi pouco influenciado pelas idéias da psiquiatria democrática italiana (Amarante, 1996).

O MTSM não era no princípio, um movimento institucionalizado, pois os seus militantes viam na institucionalização um processo que certamente tenderia à perda de autonomia, à burocratização e à instrumentalização por parte dos partidos políticos e da tecnocracia. Esta posição era majoritária, sem, no entanto, ser unânime, pois setores minoritários acreditavam na necessidade de haver uma estrutura burocrática mínima que desse condições de uma ação política mais eficaz.

As primeiras ações deste movimento foram basicamente de denúncias em relação à situação das instituições psiquiátricas. Associado a isto, tornou-se um espaço de discussão e

debates, não só dos setores ligados à saúde mental, como também entidades ligadas aos direitos humanos e à democratização do país. Pequenos núcleos foram organizados no Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Bahia.

Se em relação ao movimento sanitarista, o *CEBES* teve no *I Simpósio Nacional de Política de Saúde*, realizado no Congresso Nacional, em Brasília, sua afirmação enquanto entidade que apresentou um projeto que se tornou referencial ao movimento sanitarista nos anos subsequentes, o *V Congresso Brasileiro de Psiquiatria* transformou-se no espaço institucional de mobilização e afirmação do *MTSM* na área da saúde mental.³²

Realizado no final de outubro de 1978, na cidade balneária de Camboriú, Santa Catarina, este Congresso promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria, certamente refletiria a postura conservadora, científica e corporativa da entidade médica. No entanto, como definiu Amarante (1996), o Congresso foi "*tomado de assalto*" pela militância do *MTSM*, e em sua plenária final, foram aprovadas as moções desta entidade, comprometendo a associação promotora do evento - *ABP* - a servir como avalista do projeto político do *MTSM*.

As moções encaminhadas à sessão plenária final do Congresso propunham desde o repúdio à privatização do setor saúde mental, até temas políticos nacionais como a anistia. Após as considerações iniciais, o documento do *MTSM* apresentava as seguintes moções:

1- *Repúdio à transferência maciça dos recursos públicos para o setor privado.*

2- *Revogação da Lei 6229, de julho de 1975, que institui o Sistema Nacional de Saúde.*

3- *Pela participação dos trabalhadores de saúde mental bem como da população através de suas associações verdadeiramente representativas na elaboração dos Planos de Saúde.*

4- *Pela democratização das atuais entidades que representam os profissionais do setor.*

5- *Pelo respeito às normas internacionais de trabalho propostas pela OMS que estipulam no máximo 12 pacientes individuais atendidos, por jornada de 4 horas, não se excluindo a autonomia do profissional de determinar o tempo necessário para um atendimento terapêutico satisfatório.*

6- *Repúdio às demissões e punições injustas e arbitrarias contra profissionais de Saúde Mental exemplificadas na situação dos profissionais da DINSAM.*

³² Em 1979, a Câmara dos Deputados promoveu o I Simpósio Nacional de Política de Saúde. Neste evento, a direção nacional do *CEBES* apresentou o documento "A Questão Democrática na Saúde", aprovado por unanimidade como relatório final do Simpósio. Este documento tornou-se a "cartilha" do movimento sanitarista, defendendo basicamente a garantia à saúde como direito universal e equitativo, o controle público das ações de saúde, a estatização do processo de produção de serviços e a reordenação tecnológica do modelo em torno da integração das ações coletivas e individuais de saúde.

7- *Repúdio à impugnação das chapas democraticamente eleitas do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, Pernambuco e São Paulo.*

Em conclusão, e considerando que os problemas da Saúde Mental estão ligados à luta mais ampla e geral da sociedade brasileira, compartilhamos da luta pelas:

- liberdades democráticas*
- pela organização livre e independente dos trabalhadores e estudantes*
- pela anistia ampla, geral e irrestrita.*

Para a continuidade do Movimento propomos:

1- Formação de um Banco de Dados que sirva de referência e informação aos profissionais da área a ser inicialmente centrada na Associação Psiquiátrica da Bahia.

2- Realização de um Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em São Paulo, nos dias 20 e 21 de janeiro de 1979 " ("Rádice", n8, 1979, p7)

Como proposto, em janeiro de 1979, ocorreu o *I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental*. O evento foi realizado em São Paulo, no Instituto Sedes Sapientiae, localizado no bairro de Perdizes, que na época se tornara espaço livre para as manifestações de grupos progressistas não só da área de saúde mental, bem como dos setores sociais organizados na luta contra a ditadura militar.

A pauta de discussões se baseou em três temas básicos: *"Condições de Trabalho"*, *"Política Nacional de Saúde Mental"* e *"Assistência Psiquiátrica"*. As conclusões do Encontro ratificaram a posição predominante do MTSM, através da crítica ao modelo asilar; a exigência da participação de técnicos, sindicatos e associações representativas nas discussões pertinentes a planos e políticas de saúde mental e o combate à prática usual da utilização de estudantes e profissionais como estagiários em serviços de assistência psiquiátrica, como forma de baratear os custos desses serviços. Finalmente, o Encontro propôs, enquanto prática de atuação do movimento, a realização de encontros regionais, reuniões paralelas aos Congressos de Psiquiatria e o desenvolvimento de intercâmbios junto a outras entidades de saúde e da própria população, denunciando as distorções da assistência psiquiátrica.

Era esta a dinâmica que ocorria no período, sendo realizados vários Encontros e Congressos com a participação do MTSM. Em alguns, como o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Salvador, houve um distanciamento do movimento com a direção da Associação Brasileira de Psiquiatria, quando o MTSM sugeriu eleições diretas para a diretoria da ABP, fato não aceito pela entidade, estabelecendo-se assim o confronto político.

Amarante (1996) analisa o episódio, salientando que, apesar dos militantes do MTSM não serem sócios da ABP, procuraram transformá-la "por fora", buscando levá-la a assumir posturas mais progressistas na transformação da psiquiatria.

"Isto não ocorre, visto que a ABP não pretende indispor-se com determinados segmentos considerados 'conservadores' da universidade, da tecnoburocracia de Estado, do empresariado da saúde, enfim, setores que, em última instância são membros da própria ABP e comprometidos com uma visão mais tradicional da psiquiatria" (Amarante, 1996, mimeo).

Vale destacar também o *III Congresso Mineiro de Psiquiatria*, em novembro de 1979, em Belo Horizonte, patrocinado pela Associação Mineira de Psiquiatria. Apesar de ter sido um Congresso que contemplou os temas tradicionais da psiquiatria biológica, apresentou, no entanto, um enfoque social marcante. Participaram também do evento, Robert Castel e Basaglia, o qual havia estado em Minas Gerais quatro meses antes para uma série de conferências, quando ficou extremamente impressionado ao conhecer o *Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena*, assim relatado por Simone:

"Basaglia, que neste dia vira uma situação que ele próprio chamou de 'pior que um campo de concentração', comoveu a platéia. Ele viu mil e seiscentas pessoas presas em pátios imundos, caídas no meio de fezes, nuas e algemadas. Viu a fome e a degradação humana fabricada pelo hospital psiquiátrico; ouviu gemidos e apelos de pessoas que nada mais têm a esperar senão a morte e ouviu também frias afirmações: 'Frente a um doente, de quem você sabe que nem psicotrópicos, nem qualquer outro tratamento têm efeito, a solução é usar o método medieval: algemas e 'pegemas' e deixá-lo apodrecer numa cela até que apareça um neurocirurgião que transforme essa pessoa, tirando - lhe a vontade e as emoções, num ser vegetativo" (Simone, 1979, p137).³³

Durante o Congresso, inúmeras denúncias foram feitas a respeito das péssimas situações dos hospitais psiquiátricos daquele Estado. O jornal *"O Estado de Minas"* realizou uma série de reportagens intitulada *"Nos porões da loucura"*, trazendo, à opinião pública, uma realidade pouco conhecida. Do Congresso, originaram mudanças significativas na gerência das instituições psiquiátricas ligadas à Secretaria da Saúde, inclusive do Hospital-Colônia de Barbacena, que começou a sofrer um processo de transformação e humanização institucional (Delgado, 1990).

Para Amarante (1996), o período que vai do surgimento das críticas ao setor saúde através do CEBES e, em particular da saúde mental, com a constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental em 1978 até o início dos anos 80, é definido como o primeiro momento do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo denominado de *"Período da Trajetória Alternativa"*.

³³ Estas afirmações foram dadas pelo então Diretor Administrativo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena.

Apesar das denúncias às práticas psiquiátricas hospitalares tornarem-se mais intensas e das Normas e Portarias Oficiais postularem uma ação política predominantemente não-hospitalocêntrica, os resultados confirmavam exatamente o oposto. Vaissman(1983), por exemplo, em minucioso trabalho a respeito da década de 70, concluiu, entre outros dados, que a prática adotada naquele período, tanto no que diz respeito à assistência médica geral, como na psiquiátrica especificamente, seguiu a tendência mercantil e institucionalizante. Alguns dados corroboravam a afirmação, demonstrando o privilegiamento da dotação orçamentária do setor saúde para os hospitais psiquiátricos em 95%, restando apenas 5% para os serviços ambulatoriais. Isso se justificava pelo crescimento de internações em hospitais psiquiátricos no período de 1970 a 1980, na ordem de 193%, estimando-se que as reinternações variavam entre 60 e 70%, índice extremamente elevado, enquanto os indicadores da Previdência Social preconizavam o parâmetro de 30%.

Vários fatores poderiam fundamentar a necessidade de reinternações, como a gravidade do quadro clínico, desinteresse ou dificuldade da família em conviver com uma pessoa doente; inexistência ou grande demora no atendimento ambulatorial. Mas, o que se apresentava era um processo de manutenção de uma "*clientela cativa*" que, ao sair da internação psiquiátrica, logo era cooptada pela estrutura institucional para nova internação, naquilo que se denominou "*revolving door*".³⁴

No período estudado por Vaissman (1983), houve um crescimento de 82,9% do "leito-dia", indicador que fornece o número de leitos ocupados durante o ano. O aumento deste indicador traduz uma maior rotatividade de pacientes através, certamente, da diminuição do Tempo Médio de Permanência. O que de fato ocorreu foi que a Previdência Social condicionou, no final dos anos 70, o pagamento das contas hospitalares em 30 dias para aqueles que apresentavam diagnóstico de "*neuroses*", e 60 dias para os que possuíam diagnóstico de "*psicose*". O hospital conveniado, quando chegava a data da alta do paciente, desencadeava uma manobra burocrática, dando-lhe alta e reinternando-o no dia seguinte, sem que ele tivesse saído da instituição.

Outro expediente comum usado pelas instituições psiquiátricas era internar um alcoolista com quadro clínico de "*Síndrome de Dependência Alcoólica*", com prazo máximo de internação de 30 dias e alterar o diagnóstico para "*Psicose Alcoólica*", possibilitando a permanência do paciente por 60 dias, já que apresentava um quadro "psicótico".³⁵

Deve-se salientar que essa situação caótica chamava a atenção tanto do Ministério da Saúde, como da Previdência Social, sendo que a crise financeira da Previdência exigia programas racionalizadores. Em fevereiro de 1979, os dois ministérios expediram uma Portaria conjunta - 1369/79 que, mais uma vez, ratificava as propostas lançadas em programas anteriores, como atividades de prevenção junto à comunidade, internações preferencialmente em hospitais gerais, reintegração do paciente através de atividades comunitárias. Teoricamente não havia nenhuma novidade. Porém, uma nova prática se apresentava: a efetiva participação dos dois ministérios na busca de alternativas ante a situação inexorável da saúde mental. Dessa Portaria iria germinar a

³⁴ O processo de recaptação é bastante conhecido por aqueles que trabalharam em hospitais psiquiátricos. Ao obter alta, o paciente em muitas instituições, não recebia nenhuma receita para continuar o tratamento medicamentoso no lar, assim como não era encaminhado para acompanhamento ambulatorial, mesmo que em seu município houvesse esse tipo de atendimento. Algum tempo depois, o paciente em crise retornava para o mesmo hospital, caso houvesse vaga, para um novo período de internação.

³⁵ Ao analisar as internações masculinas em um hospital psiquiátrico conveniado na década de 80, por um período de um ano, encontrei 55% dos pacientes internados com o diagnóstico de "Psicose Alcoólica", enquanto apenas 13% apresentavam diagnóstico de "Síndrome de Dependência Alcoólica". (Paulin & Zaidan, 1989)

experiência da "co-gestão" em alguns poucos hospitais psiquiátricos públicos .

O fracasso das propostas previdenciárias, no campo econômico e no político; a insatisfação popular com o sistema de saúde; o sucateamento dos hospitais públicos e a crise de popularidade em que vivia o governo militar favoreceram uma maior participação de setores progressistas da área da saúde pública, e da saúde mental, através do MTSM, nas estratégias de ações ministeriais. Este processo refletia,

"por um lado, uma tática desenvolvida inicialmente no seio do movimento, de ocupação dos espaços públicos de poder e de tomada de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde, num momento em que, com o fim da ditadura, renovavam-se as lideranças da tecnoburocracia. Por outro, constitui - se como proveniente de uma outra tática, esta de iniciativa do Estado, de absorver o pensamento e o pessoal crítico em seu interior, seja com objetivo de alcançar a legitimidade, seja com o objetivo de reduzir os problemas agravados com a adoção de uma política de saúde excessivamente privatizante, custosa e elitista"(Amarante,1996, mimeo).

Alguns setores do MTSM começaram a ocupar esses espaços de participação mais efetiva nas instituições públicas e a relação dos Ministérios da Previdência Social e da Saúde, que era de simples compra de serviços, passou a ser de maior integração.

Com o surgimento da *Comissão Interministerial de Planejamento - CIPLAN* - em 1980, tornou-se possível a realização de estratégias de planejamento e coordenação conjugada das duas pastas ministeriais, compatibilizando assim programas e atividades. Em maio daquele ano, criou-se um Grupo de Trabalho Interministerial que lançou a proposta de reorganização e reformulação técnico-administrativa das unidades psiquiátricas da DINSAM. Dentre as propostas, destacava-se: *A administração de cada hospital seria realizada por um Conselho Técnico Administrativo que teria o poder de administrar, inclusive financeiramente, aquelas instituições.* Estavam lançadas as bases para a co-gestão.

As diretrizes estabelecidas na co-gestão referiam-se, quanto à clientela, ao atendimento universalizado. Quanto aos recursos humanos, propunha-se a utilização de técnicos de ambos os ministérios, conforme as necessidades dos programas a serem desenvolvidos. Os recursos financeiros viriam tanto da Previdência como do Ministério da Saúde, sendo que, nesta situação, o MPAS deixaria de comprar serviços do MS, como ocorria com as clínicas privadas, passando a participar da administração global das unidades co-geridas.

Sofreram processo de co-gestão, no Rio de Janeiro, os três hospitais ligados à DINSAM: o Hospital Pinel, o Centro Psiquiátrico Pedro II e Colônia Juliano Moreira, e em Porto Alegre, o Hospital São Pedro .

Avanços importantes começaram a ocorrer naquelas instituições, com a ampliação de serviços ambulatoriais nos hospitais Pinel e Pedro II e o início de um importante trabalho de reabilitação na Colônia Juliano Moreira, tradicional asilo de crônicos, com uma população beirando a dois mil e seiscentos pacientes. Propostas inovadoras como o *Projeto CRIS - Centro de Reabilitação e Integração Social*, a criação do *"I Curso de Especialização em Psiquiatria Social"* e

a inauguração do *Hospital Jurandir Manfredini*, idealizado como serviço verdadeiramente "alternativo", deram à CJM, ao menos inicialmente, uma perspectiva importante de superação de uma prática asilar cronicadora.

Em Porto Alegre, o Hospital São Pedro se adaptou à proposta de setorização, criando atendimentos por regiões geográficas e implantando eficientes serviços ambulatoriais (Fagundes,1992).

Os setores privados da saúde, através da Federação Brasileira dos Hospitais, apresentaram críticas veementes ao processo de co-gestão, afirmando que, em um momento de crise, a Previdência atrasava o pagamentos aos hospitais conveniados, enquanto investia em instituições asilares públicas com uma clientela predominantemente de crônicos. Certamente, as críticas espelhavam a preocupação desses setores com a possível perda de prioridade em detrimento às instituições públicas.

É importante notar que a experiência da co-gestão na saúde mental refletia um movimento mais amplo da saúde coletiva que, através do "movimento sanitaria", tentava implementar o *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde -PREV-SAÚDE*³⁶.

As propostas de universalização do atendimento, a integração ministerial, a reorganização do setor público de saúde, a reordenação da oferta dos serviços e a participação da comunidade, objetivos centrais do PREV-SAÚDE, eram experienciados no processo de co-gestão. Porém, a primeira versão deste Programa foi rechaçada pela FBH e ABRAMGE, não sendo colocada em prática, bem como a segunda versão. Na verdade, as duas versões do PREV-SAÚDE sofreram forte oposição dos setores privados que entendiam que no bojo dessas propostas haveria um redirecionamento de recursos para o setor público, em detrimento do setor privado, como relataram Oliveira & Teixeira:

"Resumindo, a trajetória do PREV - SAÚDE é um espelho das contradições que atravessa a sociedade brasileira neste momento: gestado como projeto tecnocrático de cunho progressista, é abortado antes de ser oficialmente sancionado, como resposta a pressões dos setores capitalistas e seus elos de ligação no interior da burocracia estatal" (Oliveira & Teixeira,1986,p275).

Mas a situação econômica do país se agravava e, como consequência, a Previdência Social sofria uma dramática redução dos seus recursos. A previsão de déficit para o ano de 1981 era da ordem de 200 bilhões de cruzeiros, o que correspondia ao triplo dos gastos do ano anterior. As causas dessa crise eram inúmeras, provocando uma significativa diminuição da arrecadação previdenciária, ao mesmo tempo em que ocorria o aumento do contingente de pessoas beneficiadas pela Previdência, através do modelo de universalização da cobertura de atendimento. Na época, o Presidente da República, João Figueiredo, trouxe a público a situação de insolvência do sistema. Após ampla discussão no Congresso Nacional, o Presidente, usando de suas prerrogativas, impôs, através de Decreto-Lei, o denominado "*Pacote Previdenciário*", que mais uma vez penalizou os trabalhadores e aposentados, aumentando a sua contribuição para com Previdência.

³⁶Lançado após a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, o PREV - SAÚDE foi um projeto elaborado por um grupo técnico composto por representantes dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, com vistas à reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, priorizando a atenção primária de saúde, a participação comunitária, a integração dos serviços existentes e a regionalização do atendimento (Oliveira & Teixeira,1986).

De todas as medidas propostas no "Pacote", a que conseguiu maior consenso dizia respeito à constituição do *Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária - CONASP*. Criado pelo Decreto 86.329, de 2 de setembro de 1981, tendo como finalidade:

"estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza e propor medidas de avaliação e controle do sistema de avaliação médica"(Tanaka et al., 1992).

Era hora de buscar medidas racionalizadoras, inovadoras e moralizadoras ante a estrutura já cristalizada do sistema previdenciário, caracterizada pela compra de serviços privados, custos elevados, fraudes constantes e uma rede pública ineficiente e ultrapassada.

O governo federal tentava demonstrar austeridade e indicou, para Ministro da Previdência, Hélio Beltrão, então Ministro da Desburocratização, pasta criada pelo governo Figueiredo no intuito de buscar soluções para "descomplicar" a burocracia administrativa existente no país. Beltrão nomeou para a presidência do INAMPS, Aloysio Salles Fonseca, figura eminente nos meios médicos. Como presidente deste Instituto, ele acumularia o cargo de presidente do CONASP.

Mesmo de forma tímida, o CONASP, apesar de ser apenas um conselho consultivo e não deliberativo, representava um avanço nas discussões referentes à questão da saúde. A própria composição do Conselho refletia o domínio dos representantes governamentais, mas abria um canal de discussão e negociação através do embate entre forças antagônicas que certamente garantiriam o avanço de propostas no intuito de reorientar, embora de maneira gradual, o modelo médico assistencial privatizante, predominante no sistema previdenciário.

Foi nesta perspectiva que quase um ano depois da sua criação, em agosto de 1982, o CONASP lançou o "*Plano de Reorientação de Assistência à Saúde*", mais conhecido como "*Plano CONASP*."

Baseado nas postulações técnicas da OPS/OMS, o Plano inicialmente fazia uma crítica ao sistema previdenciário vigente, propondo o aumento da produtividade e da racionalização do sistema, enfatizando os princípios da descentralização executiva e financeira, a regionalização, a hierarquização de serviços e o fortalecimento da intervenção do Estado (Pitta, 1984)

Além do Plano Geral para a saúde previdenciária, o CONASP lançou mais dois outros planos específicos, sendo um para a saúde bucal e outro referente à assistência psiquiátrica.

O "*Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica*", oficializado em 21 de dezembro de 1982, através da Portaria 3108, tinha como parâmetros fundamentais as propostas lançadas pelo Plano Geral e o Manual de Assistência Psiquiátrica, de 1973.

Nas suas considerações iniciais, o Plano fazia críticas contundentes ao sistema asilar predominante:

"O modelo asilar e custodial ainda tem prevalecido na prática, apesar dos avanços ocorridos na área de psicoterapia e farmacologia. Todos são unânimes em afirmar o seu caráter iatrogênico, com nenhuma possibilidade de contribuir para a superação do quadro nosológico gerado por condições tão adversas; pelo contrário, é agravador e perenizador da situação. Este quadro agrava-se ainda do ponto de vista institucional quando se identificam aí as mesmas características indutoras de desvios e distorções já devidamente analisados e qualificados no modelo assistencial em geral, com um efeito econômico perverso"(Ministério da Previdência e Assistência Social, 1983, p.10).

Pitta(1984) denominou esse texto de *"libelo arrasador contra o atual modelo da assistência psiquiátrica brasileira"*, afirmando que esta crítica, que algum tempo antes seria inimaginável sair de um documento oficial, foi precedida de longas e ásperas discussões na mesa de negociações do CONASP.

"Testemunhamos que não foi fácil ter tal teor aprovado por instituições com interesses tão diversos como os da Federação Brasileira de Hospitais, representando o empresariado do setor de um lado e, de outro, planejadores da própria Previdência, Ministério da Saúde, Universidade, Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira" (Pitta,1984,p65).

Após fazer uma análise a respeito dos gastos com as internações e a estratégia de privatização da assistência psiquiátrica ocorrida no Brasil, predominantemente a partir dos anos 70, o documento mencionava as distorções do sistema através de internações desnecessárias; prática de atos iatrogênicos; manipulação de diagnósticos para conseguir prazos maiores de internação; altas administrativas com imediatas reinternações, sem que o paciente tivesse deixado o hospital; falta de instâncias intermediárias de tratamento e desarticulação das existentes; utilização inadequada dos recursos disponíveis das Secretarias estaduais, municipais e do Ministério da Saúde (Pitta,1984; Delgado,1990)

Baseado neste diagnóstico, o Plano propunha para a assistência psiquiátrica:

"a) Regionalizar e integrar os recursos de saúde públicos e privados, com ênfase nos cuidados primários;

b) Responsabilizar o Estado na definição e condução da política do setor, com a participação complementar do setor privado;

c) *Utilização total e prioritária da capacidade instalada do setor público, seguida das entidades beneficentes e, posteriormente, do setor privado;*

d) *Descentralização administrativa, com a desburocratização dos procedimentos administrativos, contábeis e financeiros;*

e) *Estabelecimento de mecanismos de controle na qualidade de atenção;*

f) *Participação ativa dos vários agentes do processo de prestação de serviços, inclusive usuários, na definição e condução do processo.*

Por fim, o documento definia que a prática fosse:

a) *Predominantemente extra-hospitalar;*

b) *Regionalizada, de forma que o evento psiquiátrico seja atendido na própria comunidade e, sempre que possível, utilizando recursos da comunidade;*

c) *Multiprofissional, enfatizando os atendimentos ambulatoriais de enfermagem, serviço social, psicologia clínica, terapia ocupacional e outros" (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1983, pp.13 e 14).*

O Plano de Reestruturação reafirmava conceitos constantemente propostos nos documentos oficiais concernentes à assistência psiquiátrica, desde a Resolução de Serviço - *Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais* - datada de 1962, que já, naquela época, enfatizava o aspecto preventivo, comunitário e extra-hospitalar.

Mas, se os vários documentos e Planos de Ação foram inviabilizados pelas forças antagônicas que procuravam manter a hegemonia do sistema hospitalar privado, o Plano CONASP surgiu em um momento político de democratização do país, cujas forças progressistas tornavam-se parte ativa da elaboração de propostas na área de saúde. A Federação Brasileira dos Hospitais, por exemplo, apresentou-se totalmente contrária ao Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, definindo-o como absolutamente estatizante (Amarante,1996). Na verdade, o serviço privado tornar-se-ia complementar aos recursos públicos de saúde, o que certamente seria um duro golpe para quem sempre se caracterizou como a estrutura central do atendimento.

As eleições diretas para governador no final de 1982, com a vitória de candidatos da oposição em estados estratégicos, além de perda da popularidade, cada vez maior, do governo militar propiciaram o avanço de uma das propostas do Plano CONASP, as *Ações Integradas de Saúde - AIS*.

Essas Ações visavam ao fortalecimento dos estados e municípios ante a federação, através da descentralização administrativa e financeira. Os três eixos básicos das AIS se baseavam: a) na unificação do planejamento de assistência à saúde tanto para os prestadores públicos como para o setor privado; b) na criação de colegiados interinstitucionais que seriam responsáveis pelo planejamento e gestão regionais de saúde; c) na implantação de um processo de repasse de recursos do governo federal aos governos estaduais e destes para os municípios.

Inicialmente, as AIS tiveram dificuldades na sua implantação, pois, apesar da transfêrencia de recursos, a maioria dos estados e municípios tinha uma baixa capacidade resolutiva de serviços, além das pressões dos setores privados na inviabilização deste sistema. Porém, experiências na saúde mental começavam a apresentar modificações, evidentemente que discretas ante a estrutura hospitalocêntrica predominante, mas que avançavam com novas propostas. No Amazonas, por exemplo, o Hospital Estadual Eduardo Ribeiro iniciava importante processo de humanização; na Bahia, criou-se uma rede de centros integrados para o atendimento setorizado no município de Salvador; em Porto Alegre, ocorria uma ampla reformulação do Hospital São Pedro através da co-gestão. Em São Paulo, a vitória da oposição desencadeou a adesão do Estado à AIS, em outubro de 1983, aparelhando os municípios com uma rede ambulatorial eficaz, como analisaremos no próximo capítulo (Delgado,1990).

Sem dúvida que eram modificações discretas, mas já era possível perceber uma tendência de diminuição dos leitos psiquiátricos no Brasil. Se em 1981, tínhamos um total de 106.359 leitos psiquiátricos, três anos depois houve uma redução para 105.765 leitos. Essa redução de 594 leitos, apesar de numericamente insignificante à primeira vista, representava muito, pois se caracterizava como o início de uma tendência que se manteria até meados da década de 90, no que concerne à diminuição de leitos psiquiátricos em nosso país.

No entanto, ao se aprofundarem os dados, deparamos com valores que refletiam uma outra realidade, ou seja, no período de 1981 a 1984, a redução dos 594 leitos foi predominantemente às custas dos leitos públicos, havendo no mesmo período um aumento de leitos privados. De forma mais específica, se em 1981 tínhamos 31.260 leitos públicos, três anos depois havia 28.943 leitos (diminuição de 2.317 leitos). Em contrapartida, os leitos privados aumentaram de 75.099 em 1981 para 76.822 em 1984 (aumento de 1723 leitos) (Sampaio,1988; Alves et al.,1992).

Os dados demonstram que o setor privado, apesar de se posicionar contrariamente às mudanças propostas pelo Plano CONASP e pelas AIS, ao menos na primeira metade dos anos 80, conseguia não só manter os seus leitos, como expandi-los, mesmo que de maneira discreta.

Com o final do governo militar e o início da "*Nova República*", o presidente José Sarney, que assumira o cargo em decorrência do falecimento de Tancredo Neves, manteve inicialmente o ministério deste. Tanto a pasta da Previdência Social como da Saúde tinham no comando dois políticos baianos identificados com os setores progressistas, assim como o Presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro, importante intelectual oriundo do "movimento sanitário".³⁷

Nas áreas da saúde geral e mental, os setores progressistas entendiam que este era o momento para a ocupação de espaços políticos, pois apesar de ser um político de origem conservadora, Sarney buscava ampliar a aliança política de sustentação do seu governo. Garantia aos setores de esquerda não só espaço para a sua participação eficaz nas propostas a serem desenvolvidas, como apresentava uma "agenda" de redemocratização que tinha na Constituinte o seu ponto culminante.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que no governo Figueiredo havia conquistado importante espaço na administração pública, com a "*Nova República*", assumia postos de chefia tanto em programas estaduais e municipais, como na direção de unidades hospitalares públicas, principalmente na região sudeste. Dessas mudanças, surgiram gradativamente propostas substitutivas à prática psiquiátrica conservadora, voltada predominantemente aos interesses

³⁷Para o Ministério da Saúde foi indicado o ex-deputado federal Roberto Santos, enquanto que o Ministério da Previdência Social ficou a cargo de Waldir Feres.

privados, enfocando uma política transformadora da psiquiatria enquanto prática social (Amarante, 1996).

A partir desta conquista de espaço, viabilizaram-se trabalhos articulados que extrapolavam as experiências localizadas. Em setembro de 1985, ocorreu em Vitória, Espírito Santo, o *I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste*. Desse Encontro foi aprovada, como relatório final, a denominada "*Carta de Vitória*", que mais uma vez denunciava o caráter hospitalocêntrico e privatizante da assistência psiquiátrica, apontando para a necessidade de regionalização, hierarquização, integração dos serviços e a participação da comunidade nas discussões referentes à política de saúde mental. Propunha-se a redução do número de leitos psiquiátricos, a criação de recursos extra-hospitalares e a reformulação da política de recursos humanos. Finalmente, o Documento afirmava a necessidade do fortalecimento da DINSAM, das AIS e do CONASP, como estratégia de ação política na área (Amarante, 1996).

Tais encontros refletiam a necessidade da sociedade civil de se organizar e ter participação mais efetiva no processo de redemocratização do país. O governo federal, por sua vez, buscava a legitimação do seu mandato. A questão da saúde, na década de 80 sensibilizava vários setores sociais e a confrontação entre os grupos vinculados à medicina privada e aqueles que reivindicavam um papel hegemônico para o setor público tornava-se cada vez mais acirrada. Porém, era preciso estabelecer regras claras exigidas pelo jogo democrático, sendo a *VIII Conferência Nacional de Saúde* a instância privilegiada para nortear a política de saúde para o final dos anos 80.

A VIII Conferência aconteceu em Brasília, em março de 1986, com a participação de cerca de quatro mil pessoas, refletindo o interesse e a importância do evento, bem como a participação popular através de representantes de sindicatos, associação de moradores e grupos profissionais organizados. O relatório final redirecionou as propostas com um perfil nitidamente progressista, assegurando ao Ministério da Saúde o papel de condutor, gestor e principal executor da denominada Reforma Sanitária.

Priorizou também a atenção primária à saúde e a participação popular no que se referia ao planejamento, gestão e avaliação dos serviços, com a criação dos Conselhos Municipais de Saúde, que garantiriam a efetivação do processo de descentralização dos serviços de saúde. Os reflexos da Conferência foram quase que imediatos, com a criação no ano seguinte, pelo governo federal, do *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS*.

Dentre os desdobramentos da VIII Conferência, vale destacar a proposta de realização de conferências setorializadas, entre elas a *I Conferência Nacional de Saúde Mental*, que demorou cerca de um ano para ser viabilizada.

Segundo Amarante (1996), a demora para a realização deste encontro se deveu à polarização existente entre setores da saúde mental. De um lado o MTSM, que naquele momento constituía um grupo politicamente fortalecido, com vários militantes ocupando postos-chave em cargos públicos, exigindo uma Conferência "aberta", com ampla participação popular, conforme havia ocorrido na VIII Conferência Nacional de Saúde. Por outro lado, a ABP e a DINSAM, propondo uma Conferência com característica mais congressual, sem a participação popular.

Destarte, o que estava em jogo era o crescimento do MTSM, trazendo à tona visões políticas diferenciadas, com propostas mais críticas e incisivas de transformação da psiquiatria institucional. A DINSAM e a ABP, por sua vez, apesar de em alguns pontos apresentarem posições concordantes com o MTSM, representavam setores mais conservadores, avaliando que o processo de transformação da assistência psiquiátrica deveria caminhar de forma mais cautelosa. Estas entidades temiam a perda do controle da Conferência e da Política de Saúde Mental para setores considerados "radicais".

A estratégia do MTSM para pressionar a DINSAM a viabilizar a I Conferência foi organizar conferências municipais e estaduais independentes, chegando a propor a realização de uma Conferência Nacional paralela, caso a DINSAM não a fizesse (Amarante, 1996). No dia 25 de junho de 1987, iniciou-se a *I Conferência Nacional de Saúde Mental*, com a participação de 176 delegados.

Na sessão de instalação, o MTSM rejeitou o regimento e o estatuto da Conferência, a comissão de redação previamente nomeada e o pré-relatório final, elaborado antes do seu início. A DINSAM recuou, sendo feito novo regimento e estatuto, assim como uma nova comissão de redação. O embate demonstrava o poder do MTSM.

A I Conferência foi estruturada em três temas básicos:

I - Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental;

II - Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;

III - Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

A dinâmica da Conferência foi sob a forma de grupos de trabalhos que debateram os referidos temas, sendo levadas as propostas dos grupos para a Plenária que votou o relatório final. Essa proposta de organização da Conferência foi apresentada pelo MTSM na sessão de abertura e aprovada pela maioria dos delegados, mesmo com a oposição da DINSAM.

Quanto ao Tema I - "*Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental*", o relatório final apresentou inicialmente uma análise a respeito da precariedade de vida da maioria da população brasileira, propondo-se criar uma política comprometida com as reais necessidades de saúde da população. Neste sentido, reafirmava as diretrizes para a implantação da Reforma Sanitária no Brasil, aprovada na VIII Conferência Nacional de Saúde.

Em relação à saúde mental, a proposta aprovada apontava para as contradições existentes no capitalismo que não respondiam às necessidades da área social, mantendo intacta a política de privilegiamento do setor privado. Afirmava, também, a função social da saúde mental enquanto papel de exclusão dos "improdutivos" sob a óptica capitalista, bem como o papel dos trabalhadores de saúde mental enquanto "protetores", muitas vezes ingenuamente, dos interesses das classes dominantes.

"Situando a Saúde Mental no bojo da luta de classes, podemos afirmar que o seu papel tem consistido na classificação e exclusão dos 'incapacitados' para a produção e, portanto, para o convívio social em uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista.

Assim sendo, os trabalhadores de saúde mental podem se constituir em instrumentos de dominação do povo brasileiro, seja por uma opção astuta e de identificação com os interesses das classes dominantes, seja por uma ingenuidade que supõe que a intervenção técnica é neutra e asséptica. É urgente, pois, o reconhecimento da função de dominação dos trabalhadores de saúde mental e a sua revisão crítica, redefinindo o seu papel, reorientando a sua prática e configurando sua identidade ao lado das classes exploradas" (I CNSM, 1987, p12).

No Tema II - "*Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental*", as propostas aprovadas reforçavam as teses vitoriosas na VIII Conferência, adaptando algumas questões à saúde mental. Vale ressaltar:

- *Participação da população, em nível decisório, na elaboração, implementação e controle da política de saúde geral e da saúde mental em particular, assim como dos estabelecimentos de prestação de serviços.*

- *Criação de uma Comissão de Saúde Mental com representantes de todos os estados da federação, representantes estes eleitos por profissionais de saúde mental e de entidades da sociedade civil, na definição da política de saúde em geral e da saúde mental em particular.*

- *O poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos do Sistema Único de Saúde. Enquanto não se atingir a meta da estatização, os prestadores e produtores de bens e serviços passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, seguindo a política estabelecida pelo Sistema de Saúde e regidos por contrato de direito público, garantindo-se o controle dos usuários neste setor através de seus segmentos organizados.*

- *A indústria farmacêutica será estatizada. Para tanto, passa a constituir monopólio do estado a importação de matéria-prima químico - farmacêutica, a produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e outros insumos essenciais para o setor.*

- *A normatização das ações de saúde se dará no nível federal, cabendo ao estadual e, principalmente, ao municipal a função de organização das diversas forças e ações que deverão compor e nortear a nova estrutura sanitária. As ações no âmbito da saúde devem ser decididas ao nível da comunidade local" (I CNSM, 1987, pp.17 e 18).*

Quanto à reformulação do modelo assistencial em saúde mental, o relatório propunha:

- *Formação de Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), de modo a permitir a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas e estabelecimentos.*

- *Reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica", dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização.*

- *A partir desta Conferência, o setor público não credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica.*

- *Será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais.*

- *Em regiões onde houver necessidade de novos leitos psiquiátricos, estes deverão estar necessariamente localizados em hospitais gerais, desde que obedecidas as seguintes observações:*

a) *que não haja prejuízo do programa de reformulação do espaço dos hospitais psiquiátricos dentro de um programa integrado de assistência;*

b) *que se estabeleça uma estratégia de implantação de serviços de saúde mental nos serviços gerais de saúde, de modo que não haja a reprodução de uma prática segregacionista, cronificadora, peculiar dos serviços específicos;*

c) *que se lute pela ruptura com a prática da internação hospitalar, seja em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais.*

- Em todos os distritos sanitários onde se verifique demanda significativa, as emergências de hospitais gerais públicos devem ter um programa especial para as emergências psiquiátricas, considerando aquelas como porta de entrada exclusiva e extinguindo as emergências em hospitais psiquiátricos.

- Reavaliação das unidades de internação existentes quanto à sua eficácia/ eficiência e condições de atendimento com avaliação e controle rígido de internação e tempo de permanência dos pacientes.

- Implementação de programa de recuperação da população internada cronicada, partindo-se para a criação de espaços de habitação co-geridas e integradas aos serviços extra-hospitalares de saúde mental.

- Implantação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, tais como: hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários e trabalho protegido.

-Descentralização e maior capacitação técnica dos ambulatórios da rede pública, visando maior poder de resolubilidade.

- Implantação e privilegiamento das equipes multiprofissionais em unidades da rede básica, hospitais gerais e psiquiátricos, de forma a reverter o modelo assistencial organicista e medicalizante, propiciando visão integral do sujeito usuário do setor, respeitando a especificidade de cada categoria"(I CNSM, 1987, pp. 19,20 e 21).

No Tema III - "*Cidadania e doença mental: Direitos, deveres e legislação do doente mental*", as propostas mais significativas foram:

- Modificação da legislação que regula as questões relativas às interdições e aos estados de incapacidade civil. A interdição deverá estar restrita quando houver ameaça aos bens públicos, aos bens próprios e perigo de agressão física.

- A questão da definição de periculosidade deverá merecer especial atenção por implicar em juízo de valor e dar margem ao uso indevido da saúde mental e dos seus profissionais para o cercamento da liberdade individual e da

opção de forma de vida das pessoas.

- Ao Poder Público cabe a responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dos direitos do doente mental. A questão da internação psiquiátrica deve ser regulamentada em lei onde estejam estabelecidos os direitos do paciente internado.

- A internação não deverá ser ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, devendo ser estabelecidos os critérios da internação, envolvendo, neste ato, a defensoria pública, comissões multiprofissionais e a participação de setores organizados da comunidade, definindo o caráter dessa internação e o seu tempo de duração, revisado periodicamente.

- A decisão sobre diagnóstico, tratamento e regime de tratamento é da responsabilidade da equipe assistencial multiprofissional, e pode ser legalmente questionada pelo cliente, familiares ou entidades civis.

- Que se assegurem mecanismos e recursos legais de garantia do direito individual contra a internação involuntária (por exemplo: habeas-corpus, comunicação automática à autoridade judiciária competente, criação de tutela provisória para estes pacientes), visando a possível reversibilidade do estado de internação no período máximo de 72 horas"(I CNSM, 1987, pp.25 e 26).

Sem dúvida, um relatório final com um perfil progressista. A I Conferência Nacional de Saúde Mental refletiu o processo de organização e tomada de espaço dos setores progressistas nos diversos níveis sociais, mesmo que muitas das propostas aprovadas não tivessem qualquer possibilidade de, pelo menos a curto prazo, serem implantadas. Mas, vale percebermos que os temas centrais da Conferência refletiam as diretrizes a serem tomadas a partir desta. A temática ampliava algumas questões emergentes na saúde mental, como o impacto das questões econômicas e sociais no adoecer psíquico e o papel do Estado enquanto formulador destas políticas sociais.

A análise aprovada no relatório final se estruturava em uma concepção marxista, com um discurso típico deste modelo econômico. "Modo de produção capitalista", "classes dominantes", "classes exploradas", "luta de classes", "instrumentos de dominação do povo", termos usados no documento final caracterizando uma terminologia em voga na época, em vários relatórios das mais variadas discussões existentes no país. Há de se compreender que os setores da esquerda marxista tinham um papel preponderante nas discussões da sociedade organizada e, após tantos anos de repressão, a "liberdade de expressão" era usada com toda a sua ênfase.

Outro aspecto importante do relatório final referia-se à forte influência da Reforma Sanitária no processo de reorganização da saúde mental. Elementos básicos como participação

popular, formação de um Sistema Único de Saúde, descentralização do atendimento e a reversão do modelo hospitalocêntrico através da priorização de estruturas alternativas eram absorvidos enquanto propostas a serem viabilizadas. O papel do setor privado restringir-se-ia à função complementar e secundária ao setor público.

Mas, foi certamente na discussão a respeito da cidadania e legislação do doente mental, que se trouxeram à tona análises significativas quanto a um "novo olhar" do papel do doente mental na sociedade. A legislação de 1934, que caracterizava o doente mental enquanto ser tutelado pelo Estado e excluído da vida em sociedade, ainda se mantinha. Em 1940, foi incorporado um Decreto-Lei que recomendava o recolhimento ao manicômio, às casas de custódia e colônias agrícolas, indivíduos considerados perigosos, definindo assim um novo conceito, o de "periculosidade" (Marsiglia, 1988).

A I Conferência abordou a necessidade em garantir os direitos civis, sociais e políticos do doente mental, discutindo a definição do conceito de periculosidade como algo abrangente e cerceador da liberdade individual. Propôs ao Poder Público um novo papel de fiscalizador das garantias dos direitos do doente mental, criticou a internação compulsória, sugerindo, inclusive, o direito de habeas-corpus ao paciente internado involuntariamente.

As questões aprovadas no relatório final demonstravam que os setores progressistas apresentavam uma nova prática que substituiu a proposta preventivista hegemônica dos documentos oficiais e as influências da experiência italiana tornavam-se mais explícitas. Certamente, a participação de militantes do MTSM, em dezembro de 1986, no *III Encontro Latino-Americano da Rede de Alternativas à Psiquiatria*, ocorrido em Buenos Aires, contribuiu para introduzir estas influências na prática de saúde mental no Brasil.

Segundo Amarante (1996), com a I Conferência Nacional de Saúde Mental encerrou-se o segundo momento da Reforma Psiquiátrica, que ele denominou de *Trajétoria Sanitarista*, iniciando-se o terceiro momento, a *Trajétoria Desinstitucionalizante*.

Apesar de reforçar as teses defendidas pela Reforma Sanitária, esta apresentava uma análise macroestrutural que já não respondia mais às necessidades prementes de uma nova política de saúde mental proposta na I Conferência. Era preciso aproximar-se do sofrimento psíquico e lidar com a loucura transcendendo os modelos pré-estabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas e às comunidades (Amarante, 1996).

Foi nesse momento que setores da Reforma Psiquiátrica Brasileira se aproximaram das propostas emanadas do modelo italiano de desconstrução do aparato manicomial, construindo uma nova prática de relações, entendendo a questão teórica da assistência psiquiátrica, que sempre foi o ponto fundamental das discussões políticas, absorvia um novo elemento de análise; a cidadania do doente mental e a dívida social que o Estado teria com estes, devido aos longos anos de exclusão e privação impostos³⁸

Estava lançada a proposta da *Desinstitucionalização*. Não certamente na conceituação da experiência do modelo norte-americano de desospitalização, mas em uma concepção mais ampla:

³⁸Birman demonstra a necessidade de se entender a reforma psiquiátrica não apenas no aspecto assistencial, mas através de outras formas de intervenção no espaço social. "Vale dizer, a problemática colocada pela reforma psiquiátrica insere a questão da assistência psiquiátrica como um dos seus temas e mesmo como um tema privilegiado, mas certamente a transcende, pois o que está em pauta de maneira decisiva é delinear um outro lugar social para a loucura na nossa tradição cultural. Parece-nos mesmo que é por esta maior abertura teórica do campo da saúde mental e da transcendência da indagação sobre um outro locus para a loucura que podemos reencontrar de forma rigorosa o outro pólo constitutivo deste debate: a questão da cidadania" (Birman, 1992 p72).

"a construção de modelos assistenciais que não tenham como ponto de partida e sustentação, necessariamente, a formatação de instituições, mas que considerem, de princípio, a possibilidade de engendramento de outras formas de agenciamento e estabelecimento de relação terapêutica não mediada por estruturas formais e burocráticas que possam sobrepujar os objetivos propriamente assistenciais e de cuidado" (ABRASCO, 1992, p37).³⁹

A segunda metade da década de 80 se caracterizou pela polarização desta proposta, contrapondo-se a projetos menos ambiciosos. Era preciso desinstitucionalizar o próprio movimento, levar para a sociedade esta discussão, experimentar na prática o processo de desconstrução do manicômio, de resgate da cidadania, enfim, superar as discussões teóricas e a inércia do oficialismo estatal para realmente modificar algo.

Tal experiência estava sendo vivenciada pelo próprio MTSM que, apesar de ter conseguido aprovar um documento progressista na I Conferência Nacional de Saúde Mental, não possuía qualquer garantia de viabilização das propostas pela DINSAM. Mas, se as dificuldades externas ao movimento se apresentavam de forma clara, internamente o MTSM vivia um momento de conflitos, que certamente se arrastavam desde a sua origem. Com a realização do *II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo*, ocorrido em outubro de 1986, as divergências se tornaram bastante tensionadas.

De um lado, estavam os participantes do movimento, comprometidos com cargos na administração pública e de outro, os setores que entendiam a necessidade do MTSM ter total independência da administração pública, imprimindo propostas radicalmente alternativas ao movimento. Estes sofriam forte influência da Rede Alternativa à Psiquiatria, que tinha como mentores figuras expressivas como Felix Guatarri, Robert Castel e Franco Rotelli, continuador da obra de Basaglia. Surgiu assim uma nova tendência do MTSM, denominada *Plenária de Trabalhadores em Saúde Mental*.

Não há de se estranhar a criação desta nova tendência, pois os conflitos existentes quanto à participação ou não de integrantes do MTSM na administração pública eram constantes, refletindo posições antagônicas dentro da própria esquerda no Brasil, provocando, muitas vezes, dificuldades em avançar propostas mais abrangentes. Bezerra Jr., em tom bem humorado, resumia a discussão do MTSM afirmando:

³⁹ A respeito desse conceito de desinstitucionalização, Delgado chama a atenção que a substituição do hospital por serviços alternativos que tenham como característica principal "deter o fluxo de internações" em uma concepção técnico-administrativa não garante em absoluto o sucesso do processo, pois a questão crucial da desinstitucionalização não é meramente técnico-administrativa, mas da comunidade assumir a responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos. Para o autor, *"a internação psiquiátrica é um ato complexo, envolvendo vários fatores, e do qual participa como força importante a ideologia do isolamento do doente mental. A reversão de tal tendência implica a subversão de um conceito ampla e longamente difundido pela própria psiquiatria. Não aceitar a delegação, como recomendava Basaglia, significa estabelecer um novo tipo de contrato com a população atendida, onde o psiquiatra, que agora passa a recusar-se a acolher passivamente o paciente/desviante, tem que construir um novo papel social para si próprio"* (Delgado, 1990, p185).

"Se a discussão esquentava, isso significava ser revolucionário ou reformista. Se a temperatura subia demais, os argumentos eram afugentados pelas acusações de 'obreiristas' ou 'corporativos' " (Bezerira Jr, 1994, p177).

Apesar dos conflitos, o MTSM decidiu ser o momento de viabilizar o *II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental*, que aconteceu em Bauru, interior do Estado de São Paulo, nos dias 3 a 6 de dezembro de 1987.

O encontro realizado em Bauru, com a participação majoritária da "Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental", trouxe propostas inovadoras, rompendo com a perspectiva de um projeto de transformação pelas vias institucionais e de aliança com o Estado, bem como de modernização da psiquiatria, optando por uma intervenção vigorosa na sociedade, contra a exclusão e a discriminação. O próprio lema - *POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS* - reafirmava o novo rumo em que se propunha discutir a questão da loucura, para além do limite assistencial (Amarante, 1996).

O Documento final do Congresso definia as estratégias de ação:

"Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes de exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada" (Amarante, 1996, mimeo).

Eram propostas inovadoras, todavia refletiam o pensamento de uma vanguarda localizada em uma estrutura de saúde mental ainda bastante heterogênea no resto do país. Mas, se o MTSM tentava avançar politicamente com suas propostas progressistas, o Ministério da Saúde, por seu lado, buscava a viabilização das emendas aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde que desencadeou na implantação do *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS*.

A criação do SUDS fortaleceu a estrutura de planejamento das ações de saúde que havia começado com as AIS, favorecendo significativamente as esferas estaduais e municipais. Com o novo sistema, a União ficaria encarregada das ações normativas, enquanto os estados e municípios teriam a responsabilidade de planejar e executar as ações e serviços de saúde.

As diretrizes do SUDS reafirmavam as propostas majoritárias da VIII Conferência, baseadas nos princípios da universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários e desenvolvimento de instituições colegiadas e gestoras. A política financeira enfatizava o repasse de recursos para estados e municípios, através de critérios técnicos objetivos (Noronha & Levicovitz, 1994).

Em relação à saúde mental, a DINSAM havia se fortalecido politicamente, através da definição do seu papel enquanto órgão responsável pela elaboração, normatização e promoção da

Política de Saúde Mental no país. Esta função fora definida pela Comissão Interministerial de Planejamento - CIPLAN - que abrangia os Ministérios da Saúde, Previdência, Educação e Trabalho, significando, na prática, que as orientações da DINSAM teriam abrangência interministerial (Ministério da Saúde, 1988).

Após a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a DINSAM lançou um documento normatizador a nível nacional, denominado *Manual de Orientação para Funcionamento e Supervisão dos Serviços de Saúde Mental*, em 1988. O Manual foi elaborado por uma comissão de técnicos e depois, encaminhado, para ser avaliado, aos serviços próprios da DINSAM, associações nacionais de categorias integrantes da equipe de saúde mental, departamentos de psiquiatria das principais universidades brasileiras e programas estaduais de saúde mental.

Na introdução, o Manual trazia um relato histórico da Política de Saúde Mental do Brasil, afirmando ser aquele período estratégico para se discutir o direito de cidadania do doente mental, buscando um modelo assistencial compatível e garantindo uma prática interdisciplinar. Criticava a opção política pela ativação da rede privada, em detrimento dos hospitais públicos abandonados e sucateados (Ministério da Saúde, 1988).

Os conceitos políticos apresentados no Manual refletiam as propostas aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Saúde Mental. Algumas proposições políticas devem ser destacadas, como:

- *A identificação da doença mental não pode servir de pretexto para a expropriação dos direitos humanos e civis básicos do cidadão adoecido*

- *Os pressupostos anteriores convergem no momento para a organização de um Sistema Único de Saúde, público, hierarquizado, regionalizado, estabelecido sobre a rede básica não hospitalar, que intervem globalmente sobre a saúde individual e coletiva, planeja cuidados de modo participativo, a partir das necessidades sociais e do perfil epidemiológico.*

- *Após processo de consulta técnica (epidemiologia, demografia, sociologia, etc.) e política (aspiração e decisão das comunidades locais), a normatização das ações de saúde se dará a nível federal, cabendo ao estadual, e principalmente, ao municipal, a função de organizar as diversas forças e operacionalizar as ações competentes e norteadoras da nova estrutura sanitária.*

- *Reverter a tendência hospitalocêntrica, priorizando um sistema extra-hospitalar e interdisciplinar como referência assistencial.*

- Definir quantitativo de leitos psiquiátricos que deverão ser assumidos progressivamente pelo poder público, e que se distribuam por hospitais gerais ou em hospitais especializados de pequeno e médio porte, o que possibilita saudável tensão conflitual entre propostas teóricas

- O conceito de leito deve ser relativizado pelo conceito de vaga, para estímulo às formas de internação parcial, nos casos em que a internação seja indicada.

- A emergência psiquiátrica não deve ser um serviço especializado, na medida em que se preconiza uma política de saúde mental integral e integrada com os serviços de saúde como um todo, de modo que a comunidade entenda a doença mental como um acontecimento normal dentro do contexto do adoecer.

- À população de crônicos, cronificados e abandonados sociais deve ser oferecida assistência médica e social adequada, sem confundir abrigo institucional com enfermagem psiquiátrica.

- Repensar os pressupostos preventivistas e educativos em saúde mental, no sentido de impedir a disseminação de práticas de controle social pela impregnação ideológica do saber. A construção social do processo saúde / doença recomenda prudência na caracterização de alternativas comportamentais com doença mental, e obriga ao não uso de técnicas médico-psicológicas para a prática da discriminação" (Ministério da Saúde, 1988, pp. 6, 7 e 8).

Os conceitos políticos apresentados no Manual, como relatado anteriormente, sofreram influência significativa das propostas aprovadas na I Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM. Alguns dos conceitos acima foram transcritos quase que integralmente do relatório final da Conferência, porém nota-se que as propostas tinham concepções finais diferenciadas quanto à política de saúde mental a ser implantada.

Enquanto o relatório final da I Conferência indicava pontos básicos como a participação popular, em nível decisório na elaboração, implementação e controle da política de saúde mental, inclusive com papel fiscalizador nos estabelecimentos de prestação de serviço, o Manual da DINSAM caracterizava a decisão política da comunidade local como uma consulta a ser feita, ou seja, teria uma função consultiva e não deliberativa.

O relatório final da I CNSM expunha uma postura claramente estatizante, dando ao poder

público o direito de intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada, no intuito de se alcançar os objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS, chegando a propor a estatização da indústria farmacêutica. Apesar de afirmar a luta pela implantação do SUS, o Manual da DINSAM não assumia essa postura claramente estatizante.

Quanto ao modelo assistencial, os relatórios concordavam com os pressupostos de reverter a tendência hospitalocêntrica hegemônica, priorizando um sistema extra-hospitalar e interdisciplinar. Porém, enquanto a I CNSM propunha o não credenciamento, nem a instalação de leitos em hospitais psiquiátricos, e a proibição da construção de novos hospitais, o Manual da DINSAM optava por definir a quantidade de leitos psiquiátricos que seriam assumidos pelo poder público, não descartando a possibilidade da existência de hospitais especializados de pequeno e médio porte,

"o que possibilita saudável tensão conflitual entre propostas teóricas" (Ministério da Saúde, 1988, p. 7).

Os dois documentos afirmavam a necessidade de garantia dos direitos básicos de cidadania ao doente mental, apesar do relatório da I CNSM abranger as questões referentes à periculosidade e internação compulsória, elementos não discutidos no Manual da DINSAM.

Apesar de menos enfático quanto à política desinstitucionalizante, o Manual da DINSAM buscava garantir avanços no modelo assistencial psiquiátrico, propondo de forma bastante detalhada uma estrutura de organização do sistema de cuidados psiquiátricos. Elaborado nos conceitos da hierarquização, universalização e regionalização dos serviços, conforme proposta da Reforma Sanitária, o Manual apresentava um modelo de atendimento assim delineado:

1- Terapêutico Ambulatorial:

Este nível compreenderia Centros de Saúde que abrangeriam uma população de cerca de 50.000 habitantes, com uma equipe mínima composta por um psiquiatra, psicólogo e assistente social.

Para cada quatro Centros de Saúde, ou seja, para uma população estimada em 200.000 habitantes, haveria um Ambulatório de Saúde Mental que, além de supervisionar as equipes dos Centros de Saúde da área, receberia, para atendimento, os casos mais complexos e com poder de encaminhar pacientes para internação. A equipe do Ambulatório seria composta por dois psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, visitantes social, um enfermeiro e um terapeuta ocupacional.

2 - Terapêutico Emergencial:

Funcionaria como espaço terapêutico para atendimento imediato, em função da gravidade do caso. Prioritariamente a emergência psiquiátrica deveria estar integrada a um Pronto Socorro geral, público ou filantrópico, regionalizado em um módulo populacional de 600.000 habitantes (12 distritos sanitários) e funcionando ininterruptamente. Esse serviço teria a função de estabelecer uma Central de Vagas, com a responsabilidade de controlar a emissão das Autorizações de Internações Hospitalares -AIHs.

O Manual propunha a existência de leitos de retaguarda, indicando seis leitos de observação por um período máximo de 12 horas, e cerca de dez leitos para internação entre 3 a 5 dias.

Apesar do Manual afirmar a prioridade do serviço de emergência psiquiátrica estar acoplado a um Pronto-Socorro Geral, não inviabilizava a possibilidade do serviço estar ligado a um hospital especializado.

3- Terapêutico Hospitalar:

O Manual compreendia este modelo enquanto uma estrutura de atendimento mais longa

que a emergência psiquiátrica, para pacientes em crise. Deveria estar principalmente em enfermarias de hospitais gerais, com um tempo médio de permanência de cerca de 30 dias, porém não impedia a existência de leitos em hospital especializado. Caso fosse possível, dever-se-ia indicar internação parcial em estruturas como hospital-dia e hospital-noite.

Quanto ao número de leitos, a relação era de 1 leito para 2.000 habitantes, isto é, a necessidade de 300 leitos para um módulo populacional de 600.000 habitantes.

O Manual recomendava evitar a internação integral de crianças e adolescentes, priorizando a internação parcial. Caso fosse necessária, dever-se-ia internar em enfermarias de pediatria e em unidade clínica de adolescentes.

4-Reabilitador:

O Manual chamava a atenção no sentido de não caracterizar leito psiquiátrico como os ocupados por crônicos ou abandonados sociais, pois estes estariam enquadrados como "casos sociais". Para eles, propunha-se a criação de abrigos protegidos e lares abrigados, desenvolvendo-se um trabalho de ressocialização.

O Manual também discutia a respeito dos recursos humanos, recomendando para a região rural e municípios pequenos (até 20.000 habitantes) o treinamento de médicos generalistas e pessoal de enfermagem. Para municípios de médio e grande portes, recomendava a estrutura delineada, contra-indicando a existência de serviço hospitalar psiquiátrico com mais de 200 leitos (Ministério da Saúde, 1988).

Apesar de manter uma postura menos "progressista" ao relatório final da I CNSM, o Manual da DINSAM certamente refletia uma postura mais "realista" quanto ao desenvolvimento da saúde mental no país, pelo menos no que tange aos referenciais teóricos predominantes nos setores psiquiátricos de então. Mantinha o hospital psiquiátrico na estrutura hierarquizada de atendimento, apesar de enfatizar a prioridade aos serviços extra-hospitalares. Propunha uma estrutura de parâmetros assistenciais e de recursos humanos que refletia uma postura tecnicista baseada em modelos preconizados pela OMS. Número de atendimentos, tempo de consulta, percentual de internações, tempo médio de permanência, reinternações, tipos de profissionais necessários por serviço eram amplamente discutidos no Manual, seguindo os referenciais do preventivismo caplaniano.

Para Amarante (1992), no entanto, esta estrutura de planejamento em saúde mental baseada nos princípios preventivistas, concebe planos e programas comunitários que tentam detectar precocemente os transtornos emocionais da população, criando mecanismos alternativos de atendimento que retiram do hospital psiquiátrico o seu papel central, tornando-o último recurso quando os outros recursos assistenciais se tornaram ineficazes. Sem dúvida, este princípio foi um significativo avanço em relação ao modelo clássico organicista - hospitalocêntrico. Porém, o autor afirma que o preventivismo não conseguiu romper com o modelo anterior pois, na verdade, apenas modernizou as relações de tratamento e estruturas de atendimento, mantendo intacta a linearidade no processo saúde/doença, baseado no marco teórico da História Natural das Doenças de Leavell e Clarck.

"Por isso mesmo é que os parâmetros de avaliação dos planos preventivistas orientam-se regularmente por indicadores burocráticos de desempenho, tais como diminuição de tempos médios de internação hospitalar, taxas de ocupação, índices de reinternação, e assim por diante, ou quando as metas dos planos de saúde mental estão direcionadas à ampliação da oferta de consultas, ambulatorios, recursos extra-hospitalares (hospitais dia/noite, pensões protegidas, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais etc.), ou ainda quando as estratégias para o êxito das transformações são centradas em atos normativos, manuais, cartilhas, e todo esse tipo de coisas.

Em resumo, esta prática de planejamento em saúde mental, por exercitar, quase que exclusivamente, procedimentos e meios normativos, correcionais, e por desenhar suas imagens-objetivo com base nos modelos psiquiátricos clássicos e preventivistas, sem questionar os conceitos de saúde/enfermidade mental que reproduzem e administram, não obteve êxito nem mesmo em acordo aos seus próprios propósitos" (Amarante, 1992, p113).

Apesar desta contundente crítica ao preventivismo, o autor ressalta sua importância na evolução do modelo assistencial psiquiátrico, afirmando:

"Mas não pretendemos jogar fora a criança junto com a água suja: o preventivismo possibilitou um degrau importante na crítica à psiquiatria como instrumento técnico-científico de poder, ao totalitarismo da instituição asilar, assim como abriu caminho para a construção de experiências relevantes, dentre elas a de Franco Basaglia e da Psiquiatria Democrática Italiana" (Amarante, 1992, pp113 e114).

Evidente que a proposta elaborada pela DINSAM, apesar das críticas, tornou-se um referencial importante na Política de Saúde Mental, pois se baseou nos conceitos da Reforma Sanitária que a própria Constituinte viria normatizar. Era o momento de fortalecer o Sistema Único de Saúde e privilegiar os estados e municípios na prestação de serviços.

O fortalecimento dos estados, e principalmente dos municípios, não ocorreu por acaso. O ano de 1988 foi marcado por eleições para prefeito, com a vitória de candidatos progressistas em municípios importantes do país. Assim, houve o fortalecimento político do *Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS* - que imprimiu uma atuação incisiva na garantia dos preceitos constitucionais.

Os municípios tinham sob sua responsabilidade o papel de nortear as questões referentes à assistência psiquiátrica. Se na maioria deles mantinha-se o perfil de atendimento com características hospitalares, algumas experiências foram se tornando referências obrigatórias quanto a um novo tipo de postura assistencial: São Paulo, Campinas, Penápolis, São Lourenço do Sul, Porto Alegre, enfim, vários municípios com propostas inovadoras, baseados principalmente em conceitos teóricos que se aproximavam da experiência basagliana. Mas foi a experiência de Santos que se transformou em um marco no processo da Reforma Psiquiátrica do Brasil.

Importante cidade localizada no litoral paulista, com cerca de 500.000 habitantes, Santos possuía, quanto à assistência psiquiátrica, um hospital privado com capacidade para 290 leitos e uma quantidade média de 450 pacientes internados.

Este hospital tinha uma estrutura tradicional, com celas fortes, superlotação, taxa de mortalidade altíssima, inexistência de programas terapêuticos e déficit de funcionários. Após uma série de denúncias, em 3 de maio de 1989, a prefeitura interveio na instituição de forma radical, tendo como objetivo fundamental o processo de desconstrução manicomial e a implantação de um modelo substitutivo (Lancetti & Kinoshita, 1992).

Este processo se iniciou através de transformações no interior do hospital. Em primeiro lugar, priorizou-se o treinamento e a capacitação dos profissionais para uma nova prática baseada nos direitos dos pacientes enquanto cidadãos. Ao mesmo tempo, foi feito um trabalho de sensibilização da opinião pública através da imprensa, em relação à deplorável situação em que se encontrava a instituição. Os pacientes começaram a desenvolver projetos de reabilitação e ressocialização que extrapolavam os muros do hospital. Dentre esses projetos, um se tornou bastante conhecido: o programa radiofônico "Rádio Tan-Tan", produzido e apresentado pelos próprios pacientes.

As enfermarias do hospital foram inicialmente divididas em setores, e os pacientes agrupados pelas regiões de moradia, preparando-se assim, para um processo gradativo de transferência para as regiões de referência. Com isso, as unidades do hospital seriam desativadas e descentralizadas, abarcando não só os pacientes egressos, como toda a população da região que necessitasse de atendimento de uma forma integral, criando-se os *Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS*.

Os NAPS, que muito se assemelham aos Centros de Saúde Mental italianos, têm como função básica o acolhimento de todas as pessoas da região em que estão localizados, com sofrimento mental, inclusive emergências psiquiátricas. Funcionam ininterruptamente, dispoendo de seis leitos para atender os pacientes que requeiram assistência contínua, com uma equipe multiprofissional, desenvolvendo diversas atividades, como grupos terapêuticos, terapias familiares, acompanhamentos individualizados, visitas domiciliares, ressocialização e atendimento médico (Lancetti & Kinoshita, 1992).

O espaço institucional do hospital psiquiátrico foi gradativamente se transformando, criando-se unidades de triagem, com leitos para tratamentos de curta permanência, hospital-dia, ambulatório, oficinas de ressocialização e um Centro de Convivência, o qual objetiva modificar as relações sociais, promovendo a aproximação da população com os pacientes.

A experiência de Santos, pela sua proposta de modificar as estruturas da assistência psiquiátrica, buscando a consolidação de uma nova forma de agir ante o sofrimento mental, tornou-se um importante pólo de aglutinação no movimento de Reforma Psiquiátrica do país. Não há como negar, no entanto, que este projeto só foi possível avançar na sua radicalidade, graças ao respaldo político da administração municipal da época, que ousou o enfrentamento que era preciso.

Acima de tudo, essa experiência era a concretização da possibilidade de

desinstitucionalizar a assistência psiquiátrica, conforme o modelo italiano. O lema "Por uma sociedade sem manicômios" estava sendo vivenciado, ao menos em Santos. Mas, por que não no resto do país?

Fazia-se necessária uma atitude legal para viabilizar esta experiência de uma forma mais amplificada. Era o momento de buscar a alternativa política institucional, como fora feito na Itália dos anos 70 por Basaglia e seus companheiros, com a aprovação da Lei 180. O Congresso Nacional era, a partir daquele momento, o espaço de atuação que deveria ser privilegiado pelos setores progressistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, com o encaminhamento de um projeto que, seguindo a inspiração da lei italiana, extinguisse progressivamente os manicômios, substituindo-os por outros recursos assistenciais, e regulamentasse a internação psiquiátrica compulsória.

Em setembro de 1989, o Deputado Federal mineiro, Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores, sociólogo de formação e irmão de um dos teóricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Pedro Gabriel Delgado, apresentou no Congresso Nacional o Projeto-Lei 3657/89 que ficou conhecido como "*Lei- Paulo Delgado*", assim elaborado:

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - Fica proibido, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Parág. 1 - Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do dispositivo no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

Parág. 2- Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual.

Art. 2º - As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital - dia, hospital - noite, bem como para a progressiva extinção dos leitos de características manicomial.

Parág 1 - As administrações regionais disporão do tempo de 1(um) ano, a contar da data da aprovação desta lei, para apresentarem às comissões de saúde do poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma da implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

Parág 2 - É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomiais em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

Parág 3- As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual Psiquiátrico, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, o poder público, a Ordem dos Advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.

Art 3º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

Parág 1 - Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela sem o expreso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

Parág 2 - Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.

Parág 3- A Defensoria Pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá à auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art.4º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art.5º - Revogam-se as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934" (Projeto - Lei 3657/89)

O Projeto-Lei apresentava, na sua justificativa, elementos que tentavam caracterizar o

hospital psiquiátrico como um recurso inadequado para o atendimento de pacientes portadores de distúrbios mentais, devendo-se privilegiar novas formas de serviços alternativos.

A justificativa relatava os efeitos danosos da Política de Saúde Mental no Brasil, predominantemente nos anos 60 e 70, que resultou no crescimento desmesurado das instituições privadas, mesmo com o surgimento de planos de saúde mental que buscavam disciplinar a rede privada, sem no entanto lograr êxito.

Finalmente, o documento discutia a questão central da liberdade e cidadania dos doentes mentais e as internações compulsórias, alertando a respeito da complexidade da questão psiquiátrica devido às interfaces existentes com outras áreas, como a Justiça, o Direito, a Filosofia e a Liberdade, caracterizando-se como uma lei "*quase conservadora*":

"Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar - da única forma possível - o atendimento psiquiátrico à população que depende do estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos"(Delgado, P, 1992, p.81).

Este Projeto-Lei intitulado "cauteloso e quase conservador", mas não foi o que pareceu, pelas fortes e apaixonadas reações que provocou não só na comunidade científica, como na própria sociedade. Deve-se ressaltar que inicialmente o Projeto não teve repercussões mais significativas. Apenas quando da sua aprovação na Câmara Federal, através do acordo de lideranças, no final de 1990, que começou a haver uma forte mobilização, tanto dos opositores como daqueles que o apoiavam, para a votação definitiva no Senado .

Vários debates, textos e documentos foram escritos, questionando ou apoiando o Projeto. No entanto, vale analisar dois textos que se contrapõem, levantando argumentos bastante emblemáticos da polarização existente quanto ao tema. Analisaremos o pronunciamento do Dr. Salomão Rodrigues Filho, no Seminário "*Atenção à Saúde Mental no Brasil*", ocorrido no Senado Federal, em junho de 1991 e o texto de Pedro Gabriel Delgado "*Reforma Psiquiátrica e Cidadania: O debate legislativo*", relatado na revista "Saúde em Debate" de julho de 1992,

O artigo 1º proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, bem como a contratação e o financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Rodrigues Filho (1991) contesta este artigo afirmando que o projeto, ao mencionar "*hospitais psiquiátricos*", estaria atribuindo a estes o mesmo sentido do vocábulo "*manicômio*", caracterizando-os como instituições ligadas a justiça ou asilares, como se definiriam os últimos. Também contesta a proibição da contratação e construção de novos hospitais psiquiátricos, não levando em conta a insuficiência ou inexistência de leitos psiquiátricos em algumas regiões do país.

Delgado (1992), expõe que o projeto proíbe a *EXPANSÃO* da rede de leitos financiados pelo Estado, sem no entanto desativá-los ou impedir as internações. Frisa que, quando necessário, os pacientes serão internados em serviços extra-hospitalares. Após, o autor faz um relato da experiência de Santos, demonstrando que a própria necessidade de internação em hospitais gerais estava sendo questionada por alguns técnicos que entendiam ser aquele espaço, mesmo aberto, de exclusão social, fato que só poderia ser rompido com o atendimento integral na comunidade.

O artigo 2º versa a respeito da instalação e funcionamento de recursos extra-hospitalares como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, bem como a progressiva

extinção dos leitos de características manicomialis.

Para Rodrigues Filho (1991), os recursos extra-hospitalares e o hospital psiquiátrico não competem entre si, mas se completam, pois os serviços extra-hospitalares devem estar ligados ao hospital psiquiátrico enquanto um sistema de apoio. No seu entender, é o psiquiatra o único profissional qualificado para indicar o tipo de serviço a oferecer para o paciente.

Rodrigues Filho chama a atenção que determinadas patologias mentais necessitam de internação integral:

"A desativação de leitos psiquiátricos determinará a condenação dos doentes mentais à indigência nas ruas, reforçando a mendicância e aumentando a população carcerária" (Rodrigues, 1992, p99).

Delgado (1992) enfatiza a necessidade de que estes novos modelos, além de englobarem a questão da democracia interna dos serviços, universalização e equidade, como a Reforma Sanitária propõe, devem ter como premissa fundamental a questão da cidadania do doente mental, implicando na verdadeira ruptura do paradigma manicomial.

O artigo 3º regulamenta a internação psiquiátrica compulsória que deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local.

Rodrigues Filho (1991), sustenta que a hospitalização é necessária quando implica uma situação de perigo para o paciente ou para os demais, mesmo que o paciente não a deseje. Esta decisão deveria ser tomada pelo psiquiatra. O autor enfatiza que a influência da "antipsiquiatria" no Projeto de Lei, rejeita a psiquiatria médica, transparecendo o ato médico do psiquiatra como sendo decorrente do seu "poder de seqüestro". Finaliza afirmando:

"Isto agride o saber e a honra dos psiquiatras brasileiros, pois na verdade, o ato psiquiátrico não se distingue dos demais procedimentos médicos e seus objetivos são também comuns: diagnóstico, tratamento e reinserção social de pacientes, sempre que possível"(Rodrigues, 1992, p5).

Para Delgado (1992), este artigo trata de uma medida elementar da defesa do direito político de ir e vir de qualquer cidadão. O autor declara que a própria Constituição de 1934 já se preocupava com essa questão, instituindo uma "Comissão Inspetora" composta de um Juiz de Direito, um curador e um psiquiatra da Divisão de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental .

A questão, segundo Delgado, não significa apenas internar, compulsoriamente ou não, um paciente, pois muitas vezes esta se faz necessária; mas se o serviço apresentaria uma qualificação técnica insuficiente que não conseguiria promover uma adesão voluntária do paciente ao tratamento. Termina a argumentação, afirmando:

"Não existe qualquer conflito com a internação compulsória necessariamente executada, criteriosa nos casos psicóticos de difícil manejo, entretanto, o artigo tem servido para que o adversário orgânico do projeto de lei, a Federação Brasileira de Hospitais, instrumentalize a oposição corporativa de alguns psiquiatras, apesar do apoio enfático de seu órgão de representação, como a Associação Brasileira de Psiquiatria"(Delgado, 1992, p84).

A década de 80 terminou com um saldo significativo para a Reforma Psiquiátrica no Brasil. O Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado trouxe o acirramento de posições. Se de um lado havia os defensores da proposta, principalmente setores ligados ao MTSM, serviços públicos, militantes de partidos de esquerda, associações, conselhos e sindicatos de classe, alguns movimentos de familiares e pacientes e poucos departamentos de psiquiatria de escolas de medicina, do outro lado estavam setores contrários ao Projeto, como a Federação Brasileira de Hospitais, algumas associações de familiares de doentes mentais e um número significativo de psiquiatras e professores de psiquiatria .

A pauta de discussão no início dos anos 90 foi, sem dúvida, o futuro da saúde mental com a aprovação ou não do Projeto. Para os favoráveis ao projeto, o objetivo havia sido conquistado, que era o avanço de uma prática de saúde mental menos hospitalocêntrica e mais inserida na sociedade, rompendo gradativamente com a cultura manicomial e respeitando o direito às diferenças, elementos fundamentais para uma verdadeira Reforma Psiquiátrica, como relata Bezerra Jr.:

"O verdadeiro desafio da Reforma Psiquiátrica não é a ingênua (e politicamente perigosa) utopia de um mundo de homens 'mentalmente saudáveis'. Sempre haverá aqueles para quem a vida é mais difícil, o sofrimento mais penoso, e a necessidade de ajuda mais constante. O alvo da reforma é curar instituições, práticas e conceitos que nos permitam lidar com essas pessoas sem descrevê-las negativamente; que possibilitem o exercício da solidariedade sem o recurso à piedade "(Bezerra Jr.,1994, pp 187).

CAPÍTULO III

O ESTADO DE SÃO PAULO: AS MUDANÇAS NECESSÁRIAS

A Política de Saúde predominante na década de 70 caracterizou-se pelo crescimento vertiginoso da medicina privada de cunho assistencial e individual em detrimento das medidas de saúde coletiva. Apesar do *Decreto-Lei-200*, de fevereiro de 1967, atribuir ao Ministério da Saúde a competência em formular a Política Nacional de Saúde, na prática era o INPS, com sua política previdenciária de contratação de serviços da rede privada, que detinha a hegemonia no campo da assistência médica. Este fato era facilmente observável ao analisarmos o orçamento global da União, em que o Ministério da Saúde a cada ano perdia recursos financeiros, chegando ao patamar de 1,07% do orçamento no ano de 1973, enquanto o INPS crescia seus gastos em cerca de 95,3% no mesmo período (Braga & De Paula, 1981; Oliveira & Teixeira, 1986; Merhy, 1994)

O Ministério da Saúde atuava basicamente nos denominados "*Programas Campanhistas*", com campanhas voltadas para as populações carentes, buscando a profilaxia e a erradicação das grandes endemias, como a malária, tuberculose, hanseníase, etc. Esta política de saúde, determinada pelo poder federal, norteava as ações das secretarias estaduais de saúde que também encampavam os programas. Na época, a saúde pública, tanto federal como estadual e municipal, tinha o perfil preventivista, sendo que o modelo curativista era exclusivo da assistência médico-hospitalar.

O setor saúde na primeira metade da década de 70 era tão caótico que, em uma mesma cidade, havia serviços dos Governos federal, estadual e municipal, além de entidades filantrópicas, beneficentes e lucrativas, atuando sem qualquer coordenação, planejamento e, na maior parte das vezes, de forma ineficiente (I CES, 1991).

No Estado de São Paulo, a situação não era diferente do resto do país, tendo a *Secretaria Estadual de Saúde* uma estrutura verticalizada, com departamentos autônomos e sem nenhuma integração. A Secretaria era dividida em Departamentos, como o de Lepra, Tuberculose, Malária, Criança, Profilaxia, Centros de Saúde etc, desenvolvendo ações restritas às suas áreas, acarretando enorme dispersão de recursos e baixa eficácia dos programas desenvolvidos. (Pró-Assistência, FLACSO, UNICAMP, 1984; I CES, 1991; Cecílio 1992)

No final da década de 60, mais especificamente em 1968, o Secretário de Saúde, Walter Leser, iniciou um processo de reforma administrativa, no intuito de integrar os diversos órgãos sob um comando único, através da regionalização e descentralização das ações de saúde, tendo nos Centros de Saúde a estrutura assistencial fundamental do projeto. Foi a partir desse processo que surgiu o *Decreto 50192*, de 13 de agosto de 1968, que propunha uma reforma administrativa, tendo como eixos básicos a estruturação adequada das unidades de prestação direta de serviços e a regionalização das atividades em níveis Central, Regional, Distrital e Local. Os Departamentos até então existentes foram transformados em Coordenadorias: Saúde da Comunidade, Assistência Hospitalar, Serviços Técnicos e Saúde Mental .

A *Coordenadoria de Saúde Mental - CSM* - recém criada, substituiu o Departamento de Assistência aos Psicopatas - DAP - que, desde 1947, respondia pelas ações assistenciais psiquiátricas no Estado de São Paulo. Seria redundante frisar que, naquele período, o modelo assistencial era predominantemente hospitalar, tendo no Hospital do Juqueri, o exemplo mais acabado desta política (Giordano Jr., 1989).⁴⁰

⁴⁰É importante observar que em São Paulo o modelo hospitalocêntrico seguiu a mesma tendência do resto do país, ou seja, a década de 50 e o início dos anos 60 se caracterizaram pelo processo de superlotação dos hospitais públicos. A

O surgimento da Coordenadoria de Saúde Mental buscou a reorganização dos trabalhos desenvolvidos em todo o Estado, mas com uma estrutura organizacional que se mantinha verticalizada e burocratizada. Somente no início da década de 70 que a CSM encontrou um novo perfil, certamente influenciada pelos princípios da psiquiatria preventiva, que se tornou uma tendência de forte contraposição à prática hospitalar privatista, principalmente nos meios acadêmicos, como na recém-criada Associação Brasileira de Psiquiatria.

Exatamente em 1970, na cidade de São Paulo, ocorreu o *I Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, sendo lançada a "*Declaração de Princípios de Saúde Mental*", em que podemos observar a concepção sócio-comunitária existente. A Declaração apresentou 10 itens:

1) Direito e responsabilidade: A saúde mental é um direito do povo. A assistência ao doente mental é responsabilidade da sociedade.

2) Integração: A doença mental, fazendo parte do ciclo vital da saúde e doença, impõe que os serviços de assistência psiquiátrica modelados às necessidades do indivíduo, se insiram e se integrem na rede de recursos de saúde da comunidade.

3) Reorganização: A integração dos fatores físicos, psicológicos e sociais na gênese e na eclosão das doenças mentais, na terapêutica e na recuperação dos doentes mentais, é elemento importante na caracterização das necessidades regionais, na mobilização de recursos e na implantação de serviços.

4) Recursos de todos para todos: Os recursos técnicos, administrativos e financeiros da saúde mental da comunidade devem ser integrados e estruturados de modo a oferecer o uso racional e global a todos os indivíduos e grupos.

5) Prevenção: Os serviços de saúde mental devem promover a proteção e a assistência ao homem, desde o nascimento, e serem orientados no sentido preventivo.

6) Conscientização: A educação do público, seja através da escola, seja através dos veículos de comunicação deve ser efetivada no sentido de seu esclarecimento a respeito das doenças mentais e de sua assistência.

partir do final da década de 60, ocorreu o surgimento dos hospitais psiquiátricos privados com características supostamente mais humanitárias e terapêuticas. Vale salientar que em 1965 o Hospital do Juqueri chegou a ter 14.393 pacientes internados.

7) *Formação de pessoal: Programas de recrutamento, formação e treinamento de pessoal técnico devem ser mantidos para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais.*

8) *Hospital Comunitário: Os hospitais devem ser reestruturados no sentido de promover a pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo - lhe serviços diversificados e um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização.*

9) *Serviços extra-hospitalares: As técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar.*

10) *Pesquisa: As pesquisas básicas e sobretudo as aplicadas fundamentalmente para o contínuo aperfeiçoamento da técnica, devem ser estimulados por todos os meios"(Giordano Jr.,1989, pp141 e 142).*

Esta Declaração de princípios trazia no seu bojo a postura que o Ministério da Saúde e, por um curto período, a Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo tentariam implantar quanto à assistência psiquiátrica. É certo que as mudanças do rumo da Política de Saúde Mental tanto no Estado de São Paulo como a nível nacional, no início da década de 70, tiveram em Mário Machado de Lemos, um importante aliado. Para Cerqueira, o então Secretário da Saúde do Estado de São Paulo podia ser definido como:

"... um raro sanitarista com alma de psiquiatra"(Cerqueira,1984, p259).

Esta definição se justificava pois o Secretário havia, no ano de 1971, criado um Grupo de Trabalho para definir uma nova proposta de Política de Saúde Mental para o Estado.

O Grupo de Trabalho era composto pelos Professores Henrique Marques de Carvalho, Edmundo Maia, Jorge Armbrust Figueiredo, Antero Barata, Amadeu Aga, João Caetano da Silva Júnior, Luiz Bevilacqua e Eugenio Mariz de Oliveira Neto.

Em agosto de 1971, o Grupo apresentou, como proposta, a criação de 77 Centros Comunitários de Saúde Mental, sendo 51 na Grande São Paulo e 26 no interior do Estado. Também foram propostas outras medidas, como descentralização dos macro-hospitais, atividades extra-hospitalares e aumento dos recursos humanos(Cerqueira,1984).

O projeto de criação de Centros Comunitários não chegou a ser efetivado, mas em 1972, a Secretaria de Saúde firmou um convênio inédito no país com as 15 Faculdades de Medicina do Estado de São Paulo, mais a Faculdade de Saúde Pública e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, ambas da USP. O convênio tinha como objetivo a promoção e o desenvolvimento de modelos assistenciais, pesquisa epidemiológica, capacitação de recursos humanos e implantação de Centros Comunitários de Saúde Mental (Giordano Jr,1988)

Sem dúvida que era um plano ousado, buscando incorporar as escolas médicas em uma prática que ampliava suas ações meramente acadêmicas. É certo que algumas escolas, como Ribeirão Preto, Marília, Escola Paulista e Santa Casa, já desenvolviam experiências em alguns

Centros de Saúde, porém o Convênio possibilitou a criação e/ou expansão de novos modelos de trabalho e ensino, baseados na perspectiva da psiquiatria comunitária, procurando respeitar as características próprias dos Departamentos de Psiquiatria das instituições envolvidas, como afirma Cerqueira:

"Ao aceitar o programa, com detalhado plano de aplicação concertado entre as partes, a Faculdade tem garantido o respeito à autonomia universitária, por cláusula contratual, de tal modo que tanto kleisteanos como kleineanos, por exemplo, podem trabalhar tranqüilos" (Cerqueira, 1984, p243).

Este Convênio teve seu apogeu, como o modelo preventivo-comunitária, em 1973, quando Luiz Cerqueira assumiu a Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo.

Figura proeminente da psiquiatria social brasileira, Cerqueira foi certamente o "*mentor intelectual*" dos vários documentos e propostas que tentavam, ao menos oficialmente, dar diretrizes claras à Política de Saúde Mental do Brasil.

Definido como "*alguém que possuía dupla vocação: semeador de transformações nas instituições assistenciais e também das novas atitudes entre os profissionais*"(E.1), Cerqueira teve uma passagem curta (praticamente um ano) e desgastada na Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo.

Na sua gestão, dividiu as ações da Coordenadoria em quatro atividades básicas:

- 1- Programa de assistência extra-hospitalar ;
- 2- Programa de formação de pessoal ;
- 3- Programa de produção de medicamentos ;
- 4- Programa de assistência hospitalar.

No Programa de assistência extra-hospitalar, sua ação foi enfática, com um significativo aumento das consultas ambulatoriais. Para termos uma idéia, no ano de 1972, ocorreu no Estado de São Paulo um total de 66.623 consultas, sendo que, apenas no período de janeiro a setembro de 1973, as consultas já haviam ultrapassado a cifra de 87.000, demonstrando um crescimento vertiginoso neste tipo de atendimento.

No mesmo período, foi criado o Serviço de Emergência Psiquiátrica, localizado em São Paulo, que funcionou por apenas dois meses, devido às fortes resistências de setores governamentais e da iniciativa privada, como veremos adiante.

A experiência do Convênio com as Faculdades de Medicina apresentava os primeiros resultados. Serviços como hospital-dia, enfermagem de psiquiatria em hospital geral e assistência psiquiátrica comunitária regionalizada começavam a surgir. Mas o convênio não se restringia apenas às questões assistenciais, sendo estimulados os cursos de extensão, a residência médica e a participação de um Assessor Permanente para Psiquiatria da OPAS/OMS, o professor Juan Carlos Negrete, que desenvolveu no Estado vários cursos integrados multidisciplinares para a formação de agentes em saúde mental.

Mas, se por um lado havia uma proposta de crescimento de modelos extra-hospitalares e criação de uma nova cultura que contrapusesse à mentalidade asilar, na prática, observava-se o aumento vigoroso dos hospitais privados, baseado em um discurso que demonstrava a falência inexorável dos macro-hospitais públicos, tendo no Juqueri o exemplo real da ineficiência estatal.

Quando Luiz Cerqueira assumiu a Coordenadoria de Saúde Mental em 1973 optou pela interrupção de novas internações no Juqueri, porém não conseguiu suportar por muito tempo as

pressões existentes, sendo destituído do cargo de Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo no final daquele ano. Certamente, Cerqueira era um obstáculo à política de privilegiamento do setor privado, como ele relata :

"Após o Primeiro Encontro de Técnicos de Saúde Mental do Estado de São Paulo, que realizamos em 1973, com o apoio do Ministro Machado de Lemos, consagrando os princípios da psiquiatria comunitária, eles foram ao Secretário Getúlio (não sei de que, desculpem) e pediram minha cabeça. Eu não melhorara os convênios, iniciados por meu antecessor, grande empresário da saúde. Fui sucedido por outro idem, idem. Pelo menos em 1973 eles não tiveram vez no Estado"
(Cerqueira, 1984, pp47e 48).

Sem dúvida, estava havendo um recuo na abordagem da psiquiatria comunitária, não só em São Paulo, como no país, visto que o *"Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica"* aprovado em julho de 1973 pela Secretaria de Assistência Médica do INPS não saiu das intenções. Este Manual, também conhecido como *"Manual do Cerqueirinha"*, devido a forte influência deste na elaboração das propostas, privilegiava a assistência psiquiátrica comunitária, através de recursos extra-hospitalares, baseando-se nos conceitos administrativos da integração, regionalização, descentralização e aperfeiçoamento de pessoal.

O refluxo das propostas preventivo-comunitárias se dava pelo crescimento e privilegiamento dos setores conveniados, através da compra de serviços pela Previdência Social.

A Coordenadoria de Saúde Mental também se adaptava a esta realidade e o Convênio criado em 1973 junto às Faculdades de Medicina foi submetido a restrições orçamentárias importantes, vindo praticamente a desaparecer em 1976.

Estas restrições não ocorreriam apenas no campo acadêmico, mas também no assistencial, pois a Coordenadoria de Saúde Mental, através de Documento lançado na época, limitava sua atuação nas atividades do campo psiquiátrico, desenvolvendo apenas *"orientação técnica"* a nível primário e secundário, nos serviços próprios da Coordenadoria de Saúde da Comunidade - CSC - órgão da Secretaria de Estado da Saúde responsável pelos Centros de Saúde e Ambulatórios.

No Documento, era prevista a construção progressiva de hospitais no município de São Paulo, com capacidade para 300 leitos e a contratação de 2.000 leitos conveniados, perfazendo o total de 8.000 no Estado de São Paulo. Giordano Jr. assim definiu este Programa:

"Embora permeado de termos comunitários e preventivistas, o Programa é de cunho médico estrito, centrado na hospitalização e no isolamento como meio de reabilitação, configurando-se como oposto às proposições de 1972/1973"
(Giordano Jr, 1989, p148).

Havia algumas propostas que buscavam criar uma certa coerência e integração nos serviços da Secretaria da Saúde. O próprio Secretário Walter Leser estimulava esse tipo de integração, sendo que as *Coordenadorias de Saúde Mental e da Comunidade* elaboraram uma minuta na qual definiam os objetivos e as competências das respectivas pastas. Quanto à Coordenadoria de Saúde Mental, o grande avanço desta minuta foi a viabilização da criação da

Divisão de Ambulatórios (Giordano Jr, 1989).

Em 17 de maio de 1977, através do *Decreto 9802/1977*, foi criada a *Divisão de Ambulatórios da Coordenadoria de Saúde Mental*. O decreto apresentava como finalidades da Divisão de Ambulatórios:

- 1- Operar uma rede de ambulatórios para a assistência ao doente mental;
- 2- Promover a saúde mental junto às instituições públicas e privadas;
- 3- Elaborar laudos e perícias psiquiátricas;
- 4- Desenvolver atividades relacionadas à prevenção de toxicomanias.

O trabalho a ser desenvolvido nos ambulatórios seria através de equipes multiprofissionais de atendimento, com as seguintes atribuições:

- 1- Diagnosticar e tratar doentes mentais;
- 2- Efetivar o seguimento médico e social de pacientes após a alta;
- 3- Executar atividades de promoção da saúde mental junto às instituições públicas e privadas;
- 4- Elaborar laudos e perícias psiquiátricas forenses" (Giordano Jr, 1989, pp152 e 153).

O *Decreto 9802* propunha a criação de 12 ambulatórios na Grande São Paulo e 11 nas sedes das regiões administrativas do interior do Estado. Três anos depois, um outro Decreto estadual criava mais 8 ambulatórios na Grande São Paulo. Na prática, porém, dos 31 ambulatórios propostos para o Estado, apenas 18 se viabilizaram.

Desde a Reforma Administrativa do final da década de 60, esta foi praticamente a primeira vez que as duas Coordenadorias conseguiram viabilizar uma proposta em que delimitavam seus espaços próprios e, ao mesmo tempo, buscavam algum tipo de integração. Na sua origem, a Coordenadoria de Saúde Mental coordenava os trabalhos desenvolvidos no Complexo Hospitalar do Juqueri, alguns hospitais próprios (Ribeirão Preto, Botucatu, Lins, Água Funda, Vila Mariana, Pínel) e o Serviço de Higiene Mental, precursor da Divisão de Ambulatórios. A Coordenadoria de Saúde da Comunidade apresentava uma divisão bem mais abrangente, estruturada em regiões administrativas divididas em distritos sanitários, que tinham nos Centros de Saúde sua peça fundamental (I CES, 1991).

O objetivo básico era a integração da saúde mental como um sub-programa que poderia ser desenvolvido nas redes de Centros de Saúde, vinculados à CSC. Não que eles tivessem condições de atendimentos mais específicos em psiquiatria, pois isto seria função dos Ambulatórios de Saúde Mental, mas seriam introduzidas ações preventivas para crianças, gestantes, adultos, idosos, baseados em dados epidemiológicos aplicados na região administrativa estudada, sob a responsabilidade da Coordenadoria de Saúde da Comunidade. A psiquiatria começava a ser integrada em uma ação mais ampla:

"Ao atribuir à C.S.C. o estabelecimento do sub-programa e a fixação de normas e diretrizes, retira a psiquiatria de seu campo exclusivo, incluindo-a como saúde mental às demais programações de saúde"
(Giordano Jr, 1989, p151).

Mas, se por um lado buscava-se o incremento de práticas ambulatoriais, a assistência hospitalar oficial vivia a já crônica situação de penúria. Em 1978, após várias denúncias através da imprensa quanto à situação de abandono em que se apresentava o Complexo Hospitalar do Juqueri, a Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo criou uma *Comissão Especial de Inquérito - CEI* - formada pelos deputados Jairo Maltoni (MDB), Augusto Toscano (MDB), João Gilberto Sampaio (MDB) e Pinheiro Júnior (ARENA). Após meses de trabalho, a Comissão apresentou um relatório final, denunciando a situação encontrada.

Os fatos levantados relatavam a falta de médicos e funcionários em praticamente todas as Colônias, descuido com a higiene dos pacientes, regalias de alguns funcionários privilegiados e a existência de um "mercado negro" de psicotrópicos. Certamente, estes dados em nada diferiam de outras sindicâncias realizadas a cada quatro anos, ou seja, a cada novo governo estadual (1963, 1967, 1971, 1974), em que os governantes "exigiam medidas enérgicas para modificar a situação existente".

Tomemos alguns pontos do relatório final da CEI:

- "A umidade, o desasseio, o odor, a sujeira eram uma constante em quase todas as dependências visitadas, aliás, infestadas de moscas, mosquitos, pernilongos, havendo até numerosos corvos nas cercanias".

- "Existe uma pequena parcela de funcionários privilegiados, que não atingem sequer a um por cento do total, aos quais cabem os postos de comando. Gozam de várias regalias como residir em casa do Hospital com as respectivas famílias, não pagando aluguel, luz, água, telefone, recebendo dele até serviços de jardinagem e todos os gêneros alimentícios."

- "Constantemente se tem notícias de roubos, os mais diversos, ocorridos nas dependências do D.P.II, sob a impassibilidade incompreensível dos responsáveis pela guarda e segurança do Hospital. Elevadas são as quantidades de material e gêneros alimentícios que desaparecem, os quais só poderiam ser transportados através de veículos. Causa espécie esta circunstância, já que durante o dia e a noite os porteiros fiscalizam a entrada e saída de veículos anotando suas placas; como poderia ter saído, por exemplo, a mercadoria 'roubada' em 21 de novembro de 1977, já que este roubo compreende, além de outros materiais, mais de 4.000 metros de fio elétrico plástico, que, em virtude de seu peso e volume, não poderia ter sido tirado pelo telhado?" (Rádice, 1978, n. 7, pp. 24 e 25)

O Juqueri não possuía qualquer tipo de controle de entrada e saída de medicamentos, causando erros grosseiros em relação a eles. Alguns exemplos detectados pela Comissão:

- "O livro de controle de medicamentos apresenta um saldo de 29.021 cápsulas de Sinequan, tendo a contagem física resultado em 24.110 cápsulas no estoque, faltando portanto 4.911 unidades. Na folha 64, um novo tipo de erro: de uma receita só de 500 ampolas de diazepam 10mg, foi dado baixa duas vezes no saldo, ocasionando uma falta (ou desvio) de 500 unidades. Quatro páginas depois, uma entrada de 12.000 comprimidos de Haldol foi lançada na coluna de saída e deduzida do saldo, ocasionando uma falta (ou extravio) de 24.000 unidades. Na página 73, foi omitida uma entrada de 20.000 comprimidos de tofranil, e assim por diante. Se no livro 14 constatou-se a falta de 4.186 ampolas e 493.157 comprimidos, no livro 15 as coisas não correram melhor: dos cinco tipos de medicamentos considerados no período de um mês, foram obtidos os seguintes resultados: FALTAS: Gardenal 25.023 comprimidos, Anatensol 101.120, Amplictil 23.606, Diazepam 44.811, Haldol 120.848. TOTAL: 315.462 comprimidos. Falta ou extravio?" ("Rádice", 1978, n.7 pp24,25 e 29).

Quanto à Clínica Psiquiátrica Infantil, o relatório afirmava:

- "No pavilhão, crianças imundas e abandonadas vivem num ambiente de promiscuidade total. Algumas delas estão amarradas aos bancos e outras simplesmente estiradas no chão sujo. A poucos metros fica o pátio, mais crianças apinhadas, nenhum sanitário e um insuportável mau cheiro. Enquanto isso, no pavilhão, um doente mental não se importa com a chegada de estranhos e continua espancando um desses menores." ("Rádice", 1979, n.8, p4).

Esta situação de total descuido com a assistência psiquiátrica hospitalar não era "privilégio" apenas das instituições públicas. Os Hospitais particulares e conveniados, de forma mais sutil por não permitirem sindicâncias alegando serem propriedades privadas, também apresentavam suas aberrações. A Comissão Especial de Inquérito conseguiu penetrar em alguns destes hospitais, encontrando situação semelhante ao Juqueri. Um exemplo, é o relato da CEI, em visita ao Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi, em Catanduva, interior de São Paulo:

"Foram encontrados oito doentes completamente despídos no pátio, enquanto chovia copiosamente. Os banhos são raros, tendo chegado a ser coletivos e procedidos no pátio através de mangueiras com esguicho, não sendo fornecidas toalhas aos doentes para se enxugarem... Laborterapia e recreação não existem no hospital: procede-se ali uma terapia ocupacional 'sui generis', que consiste em distribuir serviços pesados de limpeza aos pacientes, para suprir falta evidente de pessoal do hospital, sendo que o paciente que se recusar, ou não tiver condições para se desincumbir da tarefa que lhe foi destinada, sofre admoestação e é castigado."
(*"Rádice"*, 1979, n.8, p4).

A situação em instituições psiquiátricas infantis conveniadas também se mostrava inaceitável, conforme Gabriel Figueiredo, no livro *"O Príncipe e os Insanos"* (1988), no qual relatou a experiência ocorrida na Clínica de Repouso Congonhas Ltda, hospital privado, conveniado exclusivamente com o INAMPS, que recebia menores de 6 a 17 anos, do sexo masculino. A instituição no final de 1974 era caótica, com sessenta menores internados, em sua maioria com quadro de oligofrenia, totalmente abandonados, sem nenhuma atividade lúdica e com apenas um aparelho de televisão. Como inicialmente a Clínica fora projetada para receber pacientes adultos, as camas, mesas, cadeiras e sanitários eram maiores do que a população internada necessitava.

A contratação de dois médicos psiquiatras, com o posterior ingresso de mais dois, criou a possibilidade de modificação do quadro ali existente. Foi solicitado um supervisor institucional, sendo aceito, apesar da resistência inicial dos donos da Clínica.

As transformações se iniciaram, tendo como referencial teórico o modelo da Comunidade Terapêutica. Várias mudanças ocorreram e cerca de três anos depois, um novo modelo de assistência se consolidava, com a participação efetiva da equipe técnica, funcionários, pacientes e familiares, nos destinos da instituição.

No entanto, pouco tempo depois, os proprietários da Clínica Congonhas, justificando contenção de despesas, *"intervieram"* na instituição, levando à demissão de praticamente toda a equipe técnica existente. A direção chegou a acionar o Departamento Estadual de Ordem Política e Social - DEOPS - para impedir qualquer tentativa de atitude contrária dos funcionários e familiares dos pacientes. Figueiredo definiu esta situação, afirmando:

"Um confronto entre proprietários de hospital e membros de uma equipe técnica representava uma correlação de forças favorável aos primeiros. O sistema de saúde estava baseado na força empresarial. O Governo autoritário do país montou uma lógica que os favorecia sob todos os pontos de vista"(Figueiredo, 1988, p155).

Em 1979, a Clínica Congonhas, após uma série de reportagens denunciando sua situação, foi descredenciada pelo INAMPS, provocando o fechamento da instituição.

A força da imprensa refletia um novo momento político no país. João Baptista Figueiredo

estava assumindo o poder, o AI-5 havia sido revogado, a Lei de Segurança Nacional revista, enfim o Brasil começava a buscar suas raízes democráticas.

Na área da Saúde Mental esta situação também se manifestava. Movimentos articulados a partir do *Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES* - e do *Movimento de Renovação Médica - REME*, desencadearam uma série de discussões e práticas político-sociais de contestação ao regime vigente e ao modelo assistencial predominante na época. Era o início da Reforma Psiquiátrica em nosso país, que teve em São Paulo um importante espaço de articulação.

O *I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental*, ocorrido em janeiro de 1979, no Instituto Sedes Sapientiae, no bairro de Perdizes, município de São Paulo, foi um marco na luta do recém-criado *Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM*, que ratificava a crítica veemente ao modelo asilar hegemônico. Era um momento de efervescência, com amplas e frutíferas discussões, criação de associações classistas, conquista de sindicatos por chapas de oposição e enfrentamento constante aos setores mais conservadores da sociedade.

Mas o próprio governo militar de Figueiredo percebia a necessidade de mudanças e com a crise da Previdência Social, propostas racionalizadoras defendidas por setores progressistas como o CEBES começavam a ser absorvidas pelo sistema. Vale lembrar que não apenas as idéias, mas importantes personagens ligados tanto ao CEBES, como ao MTSM, foram gradativamente ocupando espaços de participação efetiva e decisória nas instituições públicas.

Nessa época, surgiram propostas inovadoras, como a Portaria Conjunta 1369/79 dos Ministérios da Previdência Social e Saúde, propondo alternativas à grave situação em que se apresentava o sistema de saúde mental no país. Desta Portaria, viabilizou-se a experiência da "*co-gestão*", em alguns macro-hospitais públicos, principalmente no Rio de Janeiro. Vale lembrar que este tipo de experiência se tornou o embrião para propostas mais elaboradas e abrangentes, como o *PREV - SAÚDE*, que não chegou a ser implantado e o *Plano CONASP*.

Era um momento de modificações importantes e o modelo psiquiátrico, tradicionalmente hospitalar, começava a sofrer de forma incisiva a oposição de um novo referencial, o "*modelo de saúde mental*", apoiado não só por setores progressistas, como do próprio interior da estrutura estatal.:

"Não podemos negar a ocorrência de um processo de atualização, no sentido de transformar a 'pesada' prática psiquiátrica asilar em algo menos grotesco. Mas, ao mesmo tempo, não podemos esquecer que esse momento marca a emergência de políticas sociais no interior de um Estado de autoritarismo. É de se supor que as crescentes reivindicações, ao lado de uma política econômica de caráter concentracionista, tenham propiciado um aumento do nível de politização dos movimentos operários, bem como uma modificação na qualidade das reivindicações"(Giordano Jr, 1988, p92).

A própria Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo reafirmava a proposta de incrementar os atendimentos ambulatoriais, como estratégia para diminuir as internações e reinternações. No ano de 1978, a Coordenadoria, juntamente com o Ministério da Saúde, através da DINSAM, assinou um convênio com a Faculdade de Saúde Pública da USP para a criação de um

curso de formação de profissionais em Saúde Mental. O curso se iniciou em janeiro de 1979 e teve a duração de cinco meses. No entanto, os profissionais que completaram o curso só foram absorvidos nos Centros de Saúde do município de São Paulo cerca de um ano depois, após longo movimento reivindicatório (Pitta, 1984).

No ano de 1979, a Coordenadoria de Saúde Mental, através do seu Programa anual, voltava a propor um novo Curso de Saúde Mental em convênio com a Faculdade de Saúde Pública da USP. Enfatizava a necessidade de práticas comunitárias, como a construção de novos ambulatorios, a criação de um Pronto-Socorro Psiquiátrico na capital e a diminuição dos pacientes do Juqueri por meio da contratação de mais 1.200 leitos conveniados no Estado (Giordano Jr, 1989).

No entanto, se era cada vez mais presente a necessidade de alternativas extra-hospitalares, o que havia de concreto era uma situação que parecia inexorável, ou seja, havia um número crescente de pacientes que se perpetuavam em um processo crônico de internações no emergente sistema hospitalar psiquiátrico. Para termos uma idéia, em 1980, o Estado possuía 121 hospitais psiquiátricos, com um total de 39.122 leitos. Destes hospitais, 112 eram particulares, com 28.030 leitos e 9 eram públicos, com 11.092 leitos (Pitta, 1984).

O índice de leitos por habitante se apresentava em parâmetros bastante razoáveis (1,56 leitos por 1000 habitantes), porém não expressava uma distribuição homogênea, já que em regiões como Bauru, chegava a haver 4,1 leitos por 1000 habitantes, enquanto o Vale do Ribeira não possuía nenhum leito disponível. Ferraz definiu assim a situação existente:

"Com isso podemos observar que áreas com intensa concentração de leitos exigia internações e, outras, carentes, encaminhavam pacientes transformando esses locais em 'exportadores' ou 'importadores' de pacientes, desvirtuando até mesmo as ambulâncias das prefeituras que, de um agente prestador de serviço de emergência, se convertia em um veículo de transporte" (Ferraz, 1984, p12).

A situação da Política de Saúde Mental no país era motivo de críticas contundentes, tornando-se objeto de discussão da grande imprensa. Em janeiro de 1980, o jornal "Folha de São Paulo" publicou a reportagem "A crise da psiquiatria brasileira", em que vários profissionais de postura progressista denunciavam a situação calamitosa da saúde mental no Brasil (Figueiredo, 1988).

Uraci Simões, professor do Departamento de Medicina Preventiva da USP, sustentava que no Estado de São Paulo, de cada 100 pacientes consultados em ambulatorios de psiquiatria, 34 eram internados; enquanto em Minas Gerais esta cifra chegava a 50%. Osvaldo Di Loreto, Presidente da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil, declarava que "o hospital psiquiátrico particular é uma empresa que trabalha com uma mercadoria, o louco". Marcos Toledo Ferraz, professor da Escola Paulista de Medicina, denunciava que mesmo não tendo nada contra o uso de medicamentos em psiquiatria, em certas ocasiões, eles poderiam ser utilizados como instrumentos de poder (Figueiredo, 1988).

Com a crise da Previdência, no entanto, a situação deveria ser revertida. Não só os setores progressistas, baseados em uma concepção ideológica, buscavam modificar o quadro hospitalocêntrico, como o próprio governo federal, prevendo um déficit inadministrável para o ano de 1981, lançava mão de medidas racionalizadoras que rompessem com a estrutura crônica de compras de serviços privados, custos elevados, fraudes constantes e um serviço público ineficiente.

Como previra Cerqueira, a respeito da Política Previdenciária da época:

"Enfim, a displiscência e a fraqueza do governo são tantas que parece ser a Previdência mantida não para ajudar os previdenciários, mas as casas de saúde lucrativas. A voracidade destas parece determinada pela certeza de uma breve liquidação da Previdência. Terminarão matando a galinha dos ovos de ouro" (Cerqueira, 1984, p236).

Em setembro de 1981, o governo federal criou o *Conselho Consultivo de Administração Previdenciária - CONASP*, órgão consultivo que teria como função propor medidas racionalizadoras quanto à assistência à saúde da população previdenciária. Estas medidas foram lançadas em agosto de 1982, através do Plano de Reorientação de Assistência à Saúde, conhecido como "*Plano CONASP*".

Em dezembro de 1982, o CONASP lançou um Plano específico para a Assistência Psiquiátrica, enfatizando as linhas gerais da Previdência e propondo, como eixos básicos, uma prática descentralizada, hierarquizada e regionalizada, com predomínio das ações extra-hospitalares e multiprofissionais. O documento priorizava o serviço público, transformando o serviço privado em complementar.

Evidente que os órgãos representativos do sistema privado, como a Federação Brasileira dos Hospitais "*não via com bons olhos*" tais propostas, pois retirava o modelo hospitalar do centro das ações assistenciais psiquiátricas, fato que certamente resultaria na perda de recursos.

Dentre as propostas do Plano CONASP, aquela que melhor refletia a perspectiva de mudanças concretas no sistema de saúde era a denominada *Ações Integradas de Saúde - AIS*. As AIS visavam o fortalecimento dos estados e municípios através da descentralização administrativa e financeira. As Ações se baseavam na unificação do planejamento de assistência à saúde, tanto para os prestadores públicos como para os privados; a criação de colegiados interinstitucionais que seriam responsáveis pelo planejamento e gestão regionais de saúde, e por fim, a implantação de um processo de repasse de recursos do governo federal para os governos estaduais, e destes, para os municípios.

Estas propostas configuravam um momento importante na relação de poder existente no país, que apresentava uma nova situação política, em que a federação, através de um governo débil, tornava-se um elo enfraquecido ante os estados que se preparavam para as primeiras eleições diretas para governador, desde o ano de 1965, polarizando a expectativa de um momento político mais democrático.

O Estado de São Paulo tornara-se foco das atenções nas eleições de 1982, não só por ser a grande potência econômica do país, como por ter vários candidatos de influência política nacional.

O PDS, partido do governador Paulo Maluf, lançou o Secretário Estadual de Obras Viárias, o engenheiro Reinaldo de Barros, de pouca expressão política, porém com o apoio da máquina estadual e dos seguidores políticos do seu tio, Ademar de Barros.

O PTB lançou o ex- presidente Jânio Quadros, que cassado pelo governo militar, voltava à política com o seu tradicional personalismo, entusiasmando seu eleitorado e podendo seduzir aqueles que não o conheciam.

O PT, partido recém-organizado, trazia como candidato Luiz Inácio da Silva, Lula, líder sindical que se tornara a mais importante figura política surgida desde o golpe militar. Com propostas claramente de esquerda, Lula e seu partido conseguiam sensibilizar setores organizados

da classe média e os movimentos populares.

Já o PMDB, tradicional partido de resistência aos governos militares, indicava o senador Franco Montoro.

A eleição expunha um espectro político, em que os setores conservadores se dividiam na tradição janista e no neo-direitismo malufista. A esquerda também se fracionava, com a emergente figura de Lula que mobilizava setores marxistas, trotskistas e socialistas, e os militantes ligados ao Partido Comunista Brasileiro que apoiavam o candidato peemedebista.

O Senador Montoro conseguiu articular uma frente de apoio desde a esquerda marxista clássica, até setores liberais da sociedade, que entendiam ser necessário, naquele momento, garantir as conquistas políticas que não ameaçassem o frágil processo de democratização do país. O Senador certamente preenchia este perfil.

Esta articulação também era vivenciada na preparação do Plano de Governo do candidato. A sede da campanha de Montoro se localizava em uma ampla casa na rua Madre Deodora, na qual técnicos, intelectuais, militantes e simpatizantes se reuniam para preparar as propostas do futuro governo. Pela alta capacidade técnica de vários participantes das reuniões, o local era chamado pela imprensa de "*Sorbonne*", em alusão à tradicional universidade francesa.

Dentre os vários grupos existentes, havia o da Saúde Mental, que iniciou com algumas poucas pessoas, em sua maioria técnicos, que foram viabilizando uma proposta para a área, independente de serem ou não partidários de Montoro. O grupo tinha, como característica, o desenvolvimento de práticas de enfrentamento ao modelo asilar vigente. Um dos integrantes do grupo, assim relata os trabalhos:

"Começou-se a trabalhar em uma frente ampla, tendo peemedebistas, petistas, pedetistas, etc. Não se perguntava na Madre Deodora em quem iria votar, mas se você tinha alguma coisa importante a dizer. Era hora de levantar e catalogar dados, ter acesso a dados oficiais e criar prioridades"
(E.2).

A primeira fase do trabalho foi elaborar o diagnóstico da situação no Estado. Uma pesquisa desenvolvida na época, sobre "*Morbidade e Transtornos Mentais*", realizada pela Faculdade de Saúde Pública da USP, constatava que cerca de 17,2% da população adulta e 8,4% da população de menores de 15 anos apresentavam, no município de São Paulo, alguma sintomatologia mental passível de algum tipo de atenção (Pitta, 1984).

A rede hospitalar, como relatada anteriormente, apresentava um número cada vez mais significativo de leitos contratados e os leitos governamentais continuavam totalmente inoperantes, tendo no Complexo Hospitalar do Juqueri, o reflexo do abandono e descaso das autoridades públicas na época.

Quanto ao serviço ambulatorial, o Estado possuía apenas 18 ambulatórios, com a maioria desenvolvendo uma prática puramente medicalizante, encaminhadora de pacientes para hospitais psiquiátricos e inexistência de atividades multidisciplinares.

Era necessário modificar a situação e o Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho de Saúde, na área de Saúde Mental, afirmava:

"No que diz respeito ao sistema de assistência em saúde mental, procurar-se-á investigar a tendência à desintegração dos serviços que compõem o sistema hoje, com ênfase excessiva na hospitalização, movida pelo interesse de lucro e sob um regime de baixa qualidade de atendimento. Nesse sentido: a) será incentivada a terapêutica multiprofissional no tratamento das doenças mentais; b) serão realizados novos investimentos e adotadas outras medidas que permitam reestruturar os níveis secundários e terciários, bem como e, principalmente, formalizar a assistência primária em saúde" (Ferraz, 1985, pp12 e 13).

Franco Montoro foi eleito governador do Estado de São Paulo, para um mandato de quatro anos. Sua proposta se baseava em três eixos básicos, que prenunciavam as metas a serem atingidas pela oposição a nível nacional: *Descentralização, Municipalização e Participação*. Essas metas se faziam necessárias, ao menos na área da saúde, pois dos 572 municípios paulistas, 250 não possuíam sequer um médico (Cecilio, 1992).

Montoro indicou para Secretário da Saúde o médico João Yunes, que nomeou para a Coordenadoria de Saúde Mental, Marcos Toledo Ferraz.

Professor de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina e então Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, Marcos Ferraz era um importante crítico ao modelo hospitalocêntrico. Sua postura quanto à Política de Saúde Mental era clara ante a necessidade não apenas de desospitalizar os doentes mentais, mas de criar modelos que dessem sustentação a este processo. Ferraz representava um importante segmento de profissionais que se caracterizavam por uma postura progressista, tendo em Luiz Cerqueira um dos seus mais importantes referenciais. Em agosto de 1980, na Conferência de Abertura do VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, alertava:

"Atualmente, colegas, por um imperativo das forças vivas da sociedade, fala-se em um tratamento mais humano a doentes mentais e em um esvaziamento progressivo dos hospitais. A ABP alerta nossos representantes que se isso não for precedido de uma total reestruturação da rede ambulatorial, com maior investimento público em ambulatórios distribuídos regionalmente; da criação de pequenas unidades psiquiátricas ligadas aos hospitais gerais, tudo isso será jogado fora, pois teremos somente um esvaziamento do hospital público com o aumento conseqüente dos hospitais empresas, de tal maneira que a única mudança real será que agora o paciente produzirá lucros" (Ferraz, 1980, p161).

Ao assumir a Coordenadoria de Saúde Mental em março de 1983, Ferraz encontrou uma

situação em que definiu desta forma:

"uma verdadeira caixa pagadora de hospitais psiquiátricos" (Ferraz, 1985, p13).

O Estado de São Paulo possuía 8.500 leitos próprios, enquanto o INAMPS detinha cerca de 15.000 leitos conveniados. Não havia nenhum tipo de regionalização e alguns hospitais governamentais se caracterizavam por receber apenas determinados pacientes.⁴¹

A questão da cronificação dos pacientes também era um problema extremamente grave, pois na época 85% dos pacientes internados tanto em hospitais públicos como privados tinham mais de seis meses de internação, sendo que 41,3% destes estavam há mais de cinco anos internados (Ferraz, 1984).

Em relação ao atendimento ambulatorial, a Coordenadoria de Saúde Mental contava com 18 ambulatórios e 46 Centros de Saúde com algum tipo de atendimento em Saúde Mental, de um total de 848 Centros de Saúde existentes em todo o Estado.

Esta situação distorcida também se refletia na destinação de recursos, com a rede hospitalar assegurando 91% do orçamento, enquanto a rede ambulatorial detinha apenas 4%, 2% eram destinados aos convênios existentes com algumas escolas médicas e 3% para a administração central (Ferraz, 1984).

Com a situação que se apresentava, Ferraz e sua equipe delinearão quatro prioridades a serem executadas:

a) *Implantar ações de Saúde Mental em Centros de Saúde, com uma equipe mínima composta por psicólogo, psiquiatra e assistente social;*

b) *Ampliar a rede ambulatorial;*

c) *Recuperar os leitos próprios;*

d) *Promover a regionalização, hierarquização e integração dos serviços.*

Essas prioridades, seguiam as normas do Manual de Assistência Psiquiátrica do INAMPS de 1973 e de Planos mais recentes como o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, oficializado no final de 1982 pelo CONASP. A tendência ao fortalecimento de serviços extra-hospitalares, comunitários, regionalizados, universalizados e multiprofissionais, no entanto, sempre esbarrava em uma prática diametralmente oposta, com a hegemonia do modelo hospitalocêntrico.

Através da assinatura do Convênio AIS - *Governo do Estado de São Paulo*, foi possível à Coordenadoria de Saúde Mental iniciar um processo de implantação de Ambulatórios e Centros de Saúde em todo o Estado, notando-se um rápido crescimento numérico destes serviços. Em 1983, o Estado de São Paulo possuía 18 Ambulatórios de Saúde Mental e 46 Centros de Saúde, com equipe mínima de saúde mental. Em agosto de 1985, chegou a 28 Ambulatórios e 106 Centros de Saúde, embora muito desses Centros de Saúde não tivessem a equipe mínima completa - psiquiatra, psicólogo e assistente social - (Ferraz, 1985).

Mas o ponto fundamental do crescimento desses serviços não se deu apenas pela questão quantitativa, que não garantia em absoluto a competência do programa. A Diretora da *Divisão de Ambulatórios da Coordenadoria de Saúde Mental*, professora Ana Pitta, ao assumir suas funções, detectou a profunda desarticulação existente entre os profissionais que operavam na rede de atendimentos. A função básica da maioria dos ambulatórios era fornecer constantes receitas de psicofármacos e preencher guias para internações psiquiátricas.

Era necessário criar uma nova realidade para os ambulatórios e foi, então, instituído um

⁴¹O Hospital Psiquiátrico de Santa Rita do Passa Quatro, por exemplo era referência para doentes mentais que apresentavam quadro de tuberculose associado; O Hospital Clemente Ferreira de Lins recebia aqueles com graves defeitos físicos; os Hospitais Pínel e Vila Mariana, na capital, recebiam apenas mulheres, enquanto o Hospital da Água Funda apenas homens (Ferraz, 1984).

Grupo de Trabalho, formado por profissionais com experiências alternativas na área de saúde mental que, durante quatro meses, desenvolveu um documento que propunha modificar a atenção psiquiátrica pública vigente. Em outubro de 1983, foi lançado o Documento "*Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios*" (Pitta, 1984).

Na apresentação, o Documento enfatizava a proposta básica da Política de Saúde Mental na época, através da ruptura ao modelo hospitalocêntrico.

"Precisamos testar a curto prazo que o adoecer psíquico, à semelhança dos demais adoeceres, é passível de atenção numa rede básica de serviços, regionalizada, hierarquizada e integrada. Rompe-se assim o clássico ciclo onde a doença mental tem o hospital psiquiátrico como único destino" (Pitta, 1984, p120).

O Documento enfatizava que os Ambulatórios e Centros de Saúde se transformassem em espaços de contenção, discussão e reflexão do sofrimento psíquico, intermediadas por uma técnica a serviço da facilitação do encontro, do contato dos técnicos com a população e dos indivíduos entre si.

Privilegiava-se o enfoque grupal, não apenas por uma questão econômica, mas sobretudo pela possibilidade de coletivizar as dificuldades e estimular a condução, pelo próprio grupo, de soluções para os impasses existentes (Pitta, 1984).

O Documento propunha que a funcionalidade do serviço evidenciasse uma dinâmica que não só as consultas agendadas fossem contempladas, mas que também houvesse o atendimento emergencial, principalmente para as crises psicóticas agudas (Pitta, 1984).

O Documento definia o *Ambulatório* como espaço de prestação de atenção secundária, sendo atendidas, preferencialmente, pessoas comprometidas psiquicamente. A equipe para trabalhar no Ambulatório de Saúde Mental era composta por 5 psiquiatras, 5 psicólogos, 3 assistentes sociais, 1 enfermeiro, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoaudiólogo, 1 farmacêutico, 4 visitantes domiciliares, 6 atendentes de enfermagem e pessoal administrativo. Quando necessário, a equipe deveria ter condições de atender pacientes em programas de maior intensidade, até cinco vezes por semana e na impossibilidade do paciente se deslocar ao ambulatório, previa-se o atendimento domiciliar. (Pitta, 1984).

Um dado importante a respeito do programa proposto era o estímulo às reuniões entre as equipes e a supervisão institucional. Não que houvesse necessariamente uma proposta única de desenvolvimento institucional ou um modelo predominante, ao contrário, estimulavam-se os vários referenciais teóricos e experiências que os supervisores pudessem apresentar.

"Havia supervisores institucionais que transitavam pela psiquiatria institucional francesa, outros sofriam influência da escola inglesa, alemã; alguns já eram partidários das propostas basaglianas e havia aqueles que exerciam uma boa psiquiatria clínica, sem terem vinculações maiores com qualquer grupo" (E.1).

Em relação aos *Centros de Saúde*, também denominado de Unidades Básicas, o Documento propunha que a equipe mínima atuasse tanto no desenvolvimento de ações de recuperação específica da saúde mental, como em práticas extra-murais dirigidas à comunidade

como um todo. Era estimulada a implantação de grupos com outros serviços, tais como idosos, hansenianos, tuberculosos, gestantes etc. (Pitta,1984).

No entanto, este Plano apresentava um entrave de ordem prática a ser resolvido: a falta de profissionais. Com a verba das AIS, foi possível contratar profissionais para os Ambulatórios e Centros de Saúde. Nos quinze primeiros meses da gestão Montoro, foram contratados 61 psiquiatras para os Centros de Saúde e 37 para os Ambulatórios. Algum tempo depois, foram preenchidas vagas de Assistente Social, Enfermeiro, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional e Auxiliar de Enfermagem (Ferraz,1985).

Todavia, a maioria dos profissionais contratados era totalmente despreparada para atuar em serviço público. A saída encontrada foi a criação de convênios com instituições universitárias, tais como a Faculdade de Saúde Pública da USP, Escola Paulista de Medicina, Instituto Sedes Sapientiae, entre outros, no intuito de desenvolver cursos que pudessem viabilizar as práticas assistenciais.⁴²

Um dos pontos mais importantes das propostas apresentadas pela Coordenadoria de Saúde Mental versava a respeito da necessidade em recuperar os leitos próprios, ou seja, os hospitais psiquiátricos ligados à Coordenadoria. Era clara a política hospitalocêntrica privada existente no Estado de São Paulo e a crítica ao Complexo Hospitalar do Juqueri já se tornara matéria rotineira na imprensa.

Franco Montoro, ao assumir o governo do Estado, empenhou-se em privilegiar a política dos direitos humanos. Evidentemente, não seria admissível conviver com uma instituição que, devido aos desvios e descuidos, representava o que havia de mais inaceitável em um governo sensível a estas questões: o desrespeito à dignidade humana em uma instituição pública. O Juqueri se tornaria um símbolo no processo de uma política de humanização social; o Juqueri teria que ser transformado.

O *Complexo Hospitalar do Juqueri* recebia verbas significativas do governo estadual, porém havia um processo crônico de má administração, inviabilizando qualquer tipo de modificação de rumo na história da instituição. O alto número de pacientes internados (cerca de 3.500), a falta de profissionais e setores enclausurados no poder institucional dificultavam qualquer possibilidade de reforma. Todavia, dois fatos promoveram o início das modificações estruturais do Juqueri. O primeiro foi a morte de uma paciente queimada no pátio da Primeira Colônia Feminina; e o segundo foi o suicídio de um paciente trancafiado em uma cela forte nas dependências do hospital.

Esses dois fatos repercutiram intensamente na imprensa e as entidades de direitos humanos exigiram medidas drásticas para modificar definitivamente aquela situação. Montoro necessitava tomar uma atitude, optando por ir até lá inteirar-se da situação. Um dos mais importantes interlocutores na época, assim relata o episódio:

" Este foi um momento muito complicado, pois o Juqueri exigia investimentos imensos. Ai ocorreu um evento pavoroso, que foi a morte de uma paciente queimada. Naquela época o Juqueri estava sendo acompanhado pelo pessoal da Comissão de Justiça e Paz da Arquidiocese de São Paulo e comissões de Direitos Humanos. A trágica morte desta paciente veio à tona e o governador Montoro resolveu ir até lá para tomar ciência da situação.

⁴²Alguns anos mais tarde, estes convênios se estenderiam a algumas escolas do interior, como a PUCCAMP.

O Yunes me colocou no helicóptero e eu fui explicando para o governador, para o Serra e ao próprio Yunes, o que estava acontecendo. O Montoro viu toda a extensão do problema e o Serra, como Secretário do Planejamento, colocou a questão de forma muito clara; o dinheiro que se gastava no Juqueri não seria suficiente se não houvesse gerenciamento" (E.2).

O resultado da visita foi a criação de uma Comissão designada para gerar um projeto de reformas, denominado de "*Projeto Intervenção*" ou "*Projeto Juqueri*". Após alguns meses, a Comissão concluiu seu relatório, apresentando a necessidade de reformulação em três âmbitos: reforma da estrutura administrativa, reforma física e contratação de recursos humanos.

A antiga diretoria foi substituída por um novo grupo de profissionais, sob a coordenação do Dr. Cid Pimentel, que propôs a transformação substancial do Complexo Hospitalar. Houve um investimento significativo por parte do Estado, viabilizando a contratação de profissionais de diversas áreas para a instituição. Quanto à reforma da estrutura física, criaram-se pequenas enfermarias e novos programas terapêuticos começaram a ser desenvolvidos, destacando-se o *Lar Abrigado*, inaugurado em fevereiro de 1984.

Ocupando um edifício de dois pavimentos, ao lado do Hospital Central e atendendo inicialmente um grupo de 48 pacientes hospitalizados há cerca de oito anos, o *Lar Abrigado* foi uma das primeiras experiências realmente inovadoras realizadas no Juqueri. Palladini conceituou este modelo assistencial como:

"uma unidade pequena, descaracterizada em seus aspectos hospitalares, onde se procura, através da convivência, formas dignas de existência com recuperação da autonomia, das relações sociais, participação nas decisões, da cooperação no trabalho, do estímulo para perceber e pensar a própria condição" (Palladini, 1984, p64).

Outros projetos começaram a ser desenvolvidos, como a criação de um *Serviço de Urgência Psiquiátrica no Hospital Central Dr. Raul Malta*, que buscava racionalizar as internações do Complexo Hospitalar.

Criado em dezembro de 1984, inicialmente com 14 leitos para internações de até 72 horas, este serviço de emergência conseguiu, em curto espaço de tempo, diminuir o volume de internações e a média de permanência na instituição. A prioridade que a Coordenadoria de Saúde Mental deu à regionalização do atendimento psiquiátrico e a suspensão da transferência de pacientes de outros hospitais do Estado para o Juqueri foram fatores que muito contribuíram para a diminuição de pacientes internados (Berto, 1985).⁴³

Mas as questões referentes à Saúde Mental também apresentavam avanços importantes em outras áreas, sendo o *Projeto Zona Norte* um dos exemplos mais marcantes da possibilidade de se implantar um programa, embasado nas propostas defendidas pelo CONASP e pelas AIS.

⁴³Dois dos hospitais que mais encaminhavam pacientes para o Juqueri antes do processo de regionalização, os Hospitais Psiquiátricos de Vila Mariana (feminino) e Água Funda (masculino), ambos na capital, mais adiante criaram seus serviços de urgência psiquiátrica.

Naquela época, o prefeito de São Paulo, indicado pelo governador Montoro, era Mário Covas. De linhagem progressista, Covas convidou o professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, José da Silva Guedes, para assumir a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Este indicou para coordenar a área de saúde mental do município, o professor Antonio Carlos Cesarino.

Cesarino, com uma equipe formada por profissionais oriundos da Secretaria Estadual de Saúde, INAMPS e da Escola de Medicina da Santa Casa, desenvolveu o Projeto Zona Norte. Este projeto surgiu da necessidade de ampliação do *Projeto de Integração Docente Assistencial - PIDA* - da Faculdade de Medicina da Santa Casa. Inicialmente, atingindo a região do Distrito Sanitário de Nossa Senhora do Ó, com uma população de cerca de 500.000 habitantes, o projeto foi se ampliando gradativamente, chegando a atingir uma grande área da região norte do município de São Paulo, com uma população de um milhão de habitantes, abrangendo bairros predominantemente operários e populosos, como Tucuruvi, Freguesia do Ó, Parque Peruche, Perus, Pirituba entre outros (Cesarino et al., 1985).

A proposta se baseava em aplicar na região as linhas gerais da Política de Saúde Mental reformadora, definindo em quatro pontos básicos as ações a serem desenvolvidas:

1- *Constituir nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, um programa integrado e regionalizado de Saúde Mental consoante com uma concepção totalizadora do fenômeno mórbido;*

2- *Prevenir internações psiquiátricas desnecessárias;*

3- *Criar procedimentos terapêuticos não cronificadores;*

4- *Abrir espaço na rede pública de atendimento para ser utilizado na formação de pessoal especializado em Saúde Mental, dentro dessa nova ideologia.*

Tais propostas coadunavam com a política traçada pela Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, a ponto de uma das coordenadoras do projeto, Darci Neves dos Santos ter sido "*cedida*" para a prefeitura, no intuito de colaborar na sua implantação e viabilização.

Antes de iniciar o Projeto Zona Norte, a região apresentava as mesmas características de outras áreas do município, contando com apenas dois Centros de Saúde do Estado, apresentado equipe mínima de Saúde Mental, e três Postos de Atendimento Médico - PAM - da Prefeitura, com serviço de Psicologia. Em relação ao nível secundário, havia apenas um Ambulatório de Saúde Mental estadual (Cesarino et al., 1985).

Na atenção terciária, a região era atendida pelo Hospital Psiquiátrico Pinel (estadual), no bairro de Pirituba, exclusivamente feminino, com cerca de 320 leitos, na sua quase totalidade de pacientes crônicas, estando muitas delas internadas na instituição há mais de quinze anos (Cesarino et al., 1985).

Com a implantação do Projeto, modificações importantes começaram a ocorrer, não apenas quanto ao crescimento numérico de serviços, mas principalmente no modelo proposto, através da integração, racionalização e regionalização, com um enfoque multiprofissional e comunitário. Buscava-se a contraposição enfática ao modelo hospitalocêntrico, criando estruturas assistenciais impeditivas de internações psiquiátricas tradicionais, como as emergências psiquiátricas, além de um trabalho desinstitucionalizante no Hospital Psiquiátrico de referência.

Cerca de um ano e meio após a implantação do Projeto Zona Norte, a região contava com 12 equipes de Saúde Mental em *Unidades Básicas de Saúde* (Centros de Saúde e Postos de Atendimento Médico). A abordagem do atendimento primário se dava em uma concepção multiprofissional, multiprogramática (interconsultoria, triagem conjunta, grupo de grávidas, hipertensos, hansenianos, etc.) e regionalizada.

Em relação à atenção secundária, cinco novos *Ambulatórios de Saúde Mental* foram viabilizados, modificando gradualmente o perfil do atendimento ambulatorial como serviço especializado de função meramente repassadora de receita médica e encaminhadora para internação psiquiátrica, para um serviço de alta complexidade, capaz de oferecer tratamento especializado, muitas vezes de assistência intensiva, no intuito de evitar a internação asilar.

"Com uma rede de atenção primária e secundária funcionando, investiu-se na criação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica junto a um dos três Prontos-Socorros gerais da região. Inicialmente, o serviço foi implantado no Pronto-Socorro do Hospital Municipal de Pirituba, que fechou em poucos meses. Mais tarde, foi viabilizada a Emergência Psiquiátrica no Hospital do Mandaqui, que foi inaugurada em julho de 1985" (E.3).

O Serviço de Emergência Psiquiátrica do Pronto Socorro do Mandaqui possuía, desde o seu início, plantonista de psiquiatria em tempo integral e três leitos para observação, por um período de até 72 horas. Além de atender os pacientes encaminhados de outros serviços, o P.S. recebia pacientes de demanda espontânea e trazidos pelo Serviço de Resgate, que era feito por ambulâncias com técnicos treinados ou pela Polícia Militar (Cesarino et al., 1985).

Por fim, desenvolveu-se um intenso trabalho junto ao *Hospital Psiquiátrico Pinel*. No começo foi proposto o encaminhamento de algumas pacientes para hospitais próximos às suas cidades de origem; depois, estimulou-se o processo de democratização institucional, através da elaboração de programas assistenciais, multidisciplinares e reformadores. Em pouco tempo, modificações importantes ocorreram, como a criação de enfermarias de agudos de ambos os sexos, redução significativa no tempo médio de permanência e aumento no número de altas hospitalares (Cesarino et al., 1985).

Vale destacar que um dos pontos mais significativos do Projeto foi que, através dos recursos financeiros provenientes das AIS, criaram-se condições para o desenvolvimento da integração de serviços de diferentes complexidades, contando com um sistema de referência e contra-referência eficaz. Esta integração não se deu apenas entre os serviços de saúde, mas também envolvendo outros recursos da comunidade, como escolas, creches, fábricas, polícia e centros esportivos (Cesarino et al., 1985).

Se na capital alguns projetos avançavam, no interior do Estado, devido a sua heterogeneidade, os resultados eram mais lentos:

"No interior, a situação era mais difícil, pois a cultura dos hospitais psiquiátricos era muito forte junto às prefeituras. Era comum representantes de municípios procurarem a Coordenadoria de Saúde Mental para solicitar a criação de hospitais psiquiátricos de 200, 300 leitos nas suas cidades. O prefeito entendia que isto geraria empregos.

A nossa tarefa era ir até o município para conversar com o prefeito e vereadores, demonstrando que construir hospitais psiquiátricos não era solução, mas problema, pois eles iriam receber doentes mentais de diversos lugares do Estado e, certamente, quando da alta, muitas vezes os doentes não seriam buscados pela sua cidade, ficando assim perambulando pelas ruas, ou internado definitivamente no hospital.

Mostrando por esta óptica, conseguimos frear a idéia da construção de hospitais psiquiátricos e então propunhamos a viabilização de um ambulatório de saúde mental no município" (E.2).

A partir da VIII Conferência, alguns avanços começaram a ocorrer. Em 1986, praticamente todos os municípios do Estado de São Paulo haviam assinado o convênio AIS. As comissões de saúde (CIS, CRIS, CIMS) tinham um importante papel na consolidação de uma política de saúde participativa e na região da Grande São Paulo, o *Programa Metropolitano de Saúde* tornava-se uma experiência viável que poderia ser aplicada em todo o Estado (FUNDAP, 1987).

O *Programa Metropolitano de Saúde* começou a ser esboçado no início da década de 80, quando o então Secretário Estadual da Saúde, Professor Adib Jatene, idealizou um grande projeto de expansão da rede de Centros de Saúde, visando à cobertura total da população das áreas periféricas da Grande São Paulo. Além dos Centros de Saúde, seriam construídos vários hospitais gerais. Em 1983, foi aprovado um empréstimo do governo estadual junto ao Banco Mundial para a implantação do Programa (I CES, 1991).

A região metropolitana de São Paulo foi dividida em cinco sub-regiões:

1) Itaquera, Guaianazes; 2) Freguesia do Ó; 3) Caieiras, Franco da Rocha, Francisco Morato, Mairiporã e Cajamar; 4) Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra; 5) Cotia.

O Programa começou a funcionar efetivamente em 1985, tornando-se uma experiência inovadora, através de um modelo de gerenciamento integrado, traduzindo-se na criação de módulos de saúde. Esses módulos tinham estruturas hierarquizadas e regionalizadas que promoviam a atenção integral à população assistida, com Unidades Básicas de Saúde- UBS - Ambulatórios de Especialidades, Pronto-Socorro e Hospital Geral, sob uma gerência unificada, eliminando os entraves de encaminhamento para a clientela (FUNDAP, 1987).

Na prática, o Programa propunha um sistema articulado, com níveis de complexidade crescente. As Unidades Básicas de Saúde teriam a responsabilidade de oferecer serviços de atenção primária para cerca de 20.000 habitantes. Quatro UBS constituiriam um módulo que deveria contar com infraestrutura para prestar atenção secundária, oferecendo atenção ambulatorial especializada, serviço de Pronto-Socorro e um Hospital Geral de 150 a 200 leitos. A reunião de um determinado número de módulos constituiria uma área, onde haveria uma retaguarda a nível terciário (Pitta, 1984).

Este modelo bastante simples, regionalizado e integrado, tornou-se o exemplo de uma prática eficaz que poderia ser viabilizada em todo o Estado. A Secretaria do Estado de Saúde iniciou, com a colaboração da *Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP* - um

amplo estudo no intuito de promover uma reforma administrativa que desse à Secretaria uma concepção organizacional mais moderna, adequando-se às diretrizes da regionalização, hierarquização e descentralização administrativa. Desse estudo, surgiu a idéia básica da criação do *Escritório Regional de Saúde - ERSA* (FUNDAP, 1987).

Através dos Decretos 25.519 de 17 de julho de 1986 e 25.609 de 30 de julho de 1986, o governador Franco Montoro criou o ERSA, cuja proposta inicial baseava-se em uma estrutura administrativa central, de dimensão reduzida, que gerenciaria, planejaria e coordenaria todo o setor saúde da área de abrangência, incluindo os órgãos federais, estaduais e municipais, públicos e privados. O ERSA estaria subordinado à coordenação de uma macrorregião administrativa, vinculada à Secretaria de Saúde (FUNDAP, 1987).

Seguindo as diretrizes das AIS e da VIII Conferência Nacional de Saúde, João Yunes viabilizou, no Estado de São Paulo, um modelo regionalizado e descentralizado, que permitisse uma verdadeira integração de serviços, tornando o ERSA uma unidade de gerenciamento e transformando a CRIS em um órgão coordenador. Para isto, algumas modificações foram feitas e a mais significativa foi a ampla reforma administrativa com o desaparecimento das quatro grandes Coordenadorias, entre elas a Saúde da Comunidade e Saúde Mental.⁴⁴

Os 17 Departamentos Regionais de Saúde - DRS - foram transformados em 62 ERSAs, sendo 47 no interior do Estado e 15 na Região Metropolitana de São Paulo. Os ERSAs estavam subordinados a 5 coordenadorias de macrorregiões, a saber: Grande São Paulo, Marília, Ribeirão Preto, Campinas e Santos (FUNDAP, 1987).

A criação do ERSA foi o primeiro movimento concreto no processo de descentralização administrativa e regionalização da Saúde. Porém, o nível central da Secretaria de Saúde manteve razoável capacidade de intervenção nas estruturas locais, certamente devido à necessidade de viabilizar um projeto que seria o esboço de um Sistema Único de Saúde.

A VIII Conferência Nacional fornecera os parâmetros necessários para a implantação deste novo projeto a nível nacional, definindo claramente o processo de descentralização das ações da esfera federal aos estados e municípios, através da transferência de recursos humanos, físicos e financeiros. Este sistema deveria visar à adesão pública estadual e municipal de maneira organizada e planejada, para um atendimento não mais por parte da rede privada, contratada e conveniada, mas universalizado a toda a população. Assim, em 20 de julho de 1987, foi criado o *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS*.

O SUDS surgiu como um aperfeiçoamento das AIS, definindo de forma clara as atribuições de cada esfera governamental. A União ficaria encarregada das ações de caráter normativo, enquanto os Estados e Municípios seriam responsáveis pelo planejamento e execução de ações e serviços de saúde.

As diretrizes do SUDS reafirmavam os princípios básicos da Reforma Sanitária, através da universalização, equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade nos cuidados assistenciais, descentralização, regionalização, integração de serviços, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras, enfim, uma série de propostas que modificariam substancialmente o perfil da Saúde Pública no país.

Na prática, o processo de estadualização das ações de saúde enfraquecia as Superintendências Regionais do INAMPS, fortalecendo as secretarias estaduais de saúde, através de seu órgão representativo, o *Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS*.

⁴⁴ Até a criação do ERSA, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo possuía as Coordenadorias de Saúde da Comunidade, Saúde Mental, Hospitalar e Assistência Técnica.

No Estado de São Paulo, o governador eleito no final de 1986, Orestes Quécia, indicou para Secretário Estadual da Saúde, o Professor Doutor José Aristodemo Pinotti.

Professor Titular do Departamento de Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, onde foi Reitor, Pinotti era reconhecido internacionalmente como brilhante pesquisador em sua área de atuação. Ao assumir o cargo de Secretário de Estado, desencadeou rápido processo de estadualização, transferindo o gerenciamento de todas as unidades do INAMPS, para a Secretaria Estadual de Saúde.

Para Vecina Neto, este rápido processo de estadualização,

"foi cheio de acertos e erros, que sem dívida desembocou em um caminho sem volta e graças a ausência do Ministério da Saúde em São Paulo e da tímida presença do Ministério da Educação (apenas o Hospital São Paulo), o Estado de São Paulo tornou-se o primeiro Estado da Federação a controlar efetivamente (via esfera estadual ou municipal) toda a sua rede pública de serviços de saúde" (Vecina Neto, 1991, p80).

Na verdade, o processo de incorporação pela Secretaria Estadual de Saúde de novas atividades que estavam no âmbito do INAMPS ocorreu sem que a estrutura do ERSA estivesse consolidada, provocando algumas dificuldades gerenciais, como servidores públicos exercendo muitas vezes as mesmas funções, em um único ambiente, com salários e cargas horárias diferentes (ICES, 1991).

Apesar das dificuldades inerentes a um novo processo político na área da Saúde, o SUDS apresentava um importante saldo no que tange à participação da sociedade civil no planejamento e gestão do sistema e à universalização do atendimento de todos os cidadãos às agências prestadoras de serviços de saúde, tanto públicos como privados contratados (Vecina Neto, 1991).

O surgimento do SUDS trouxe reflexos na Saúde Mental. Já não existia mais a Coordenadoria de Saúde Mental e com a reforma administrativa ocorrida no final do governo Montoro, foi criada a *Assessoria de Saúde Mental*, tendo como titular, o médico psiquiatra Joaquim Alho Filho.

Esta Assessoria lançou o documento *"Proposta da Política de Saúde Mental para o Estado de São Paulo no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)"* (1987), que procurava delinear um programa assistencial em vista à implantação deste Sistema.

O Programa se caracterizou pelo aprimoramento das propostas traçadas na gestão anterior, porém com uma nova realidade: a saúde mental inserida em um contexto mais amplo de saúde pública, através do ERSA.

As propostas apresentadas no Programa foram:

1- A entrada do paciente no sistema de saúde mental será feita pelos Prontos-Socorros de hospitais gerais, pelas Unidades Básicas de Saúde, ou por órgãos da Promoção Social.

Serão instalados leitos de curta permanência nos hospitais gerais e equipes de saúde mental serão introduzidas nos diversos serviços, particularmente Prontos-Socorros.

2- A política de desospitalização será mantida. Procura-se com tal medida evitar a cronificação. Normas técnicas serão estabelecidas para disciplinar a entrada de pacientes no sistema de saúde mental.

3- Os médicos generalistas poderão ser treinados com noções de psicopatologia e psicofarmacologia nas regiões onde não houver psiquiatras. A Assessoria de Saúde Mental dará orientação técnica para capacitar o generalista a dar o atendimento ou então encaminhamento dos portadores de doença mental.

4- Os U.B.S., P.S., PAM e hospitais gerais deverão dar atendimento ambulatorial com equipe de saúde mental.

5- As atuais emergências dos Hospitais Psiquiátricos serão gradativamente desativadas na medida em que o item 1 seja implantado.

6- Os ambulatórios de saúde mental serão expandidos.

7- Os hospitais públicos serão remodelados a fim de se atingir a máxima capacidade operacional, barateando-se o custo.

8- O Hospital do Juqueri servirá de hospital de retaguarda. Deverão ser criadas condições para a reabilitação dos pacientes de longa permanência. A capacidade dos lares abrigados deverá ser aumentada.

9- As instituições prestadoras de serviço em saúde mental serão recadastradas para se conhecer o tipo e o número de profissionais necessários.

10- Os pacientes reabilitados em hospitais e necessitados de amparo serão transferidos para a Promoção Social.

11- Os leitos psiquiátricos da Promoção Social passarão para o SUDS.

12- Os ambulatórios de saúde mental darão atendimento de hospital-dia ajustando-se às características regionais.

13- Serão formadas equipes de resgate compostas de um motorista e um atendente, (e possivelmente um médico). Essa equipe dará o primeiro atendimento onde estiver o doente.

14- Serão elaboradas normas técnicas com a finalidade de organizar os hospitais e definir suas ações na prestação de serviços aos SUDS (S.E.S., 1987, pp. 12 e 13).

O Programa enfatizava alguns aspectos que caracterizavam o momento da Política de Saúde Mental da época. Em primeiro lugar, a política de desospitalização seria mantida, embora este processo tivesse ocorrido de forma tímida, no governo anterior. Ao observarmos o número de leitos psiquiátricos, notaremos que em 1982 havia 39.817 leitos, sendo que em 1985 este número diminuiu para 37.543 leitos. Porém, como ocorrera no Brasil no início dos anos 80, no Estado de São Paulo houve um decréscimo de 2.274 leitos, às custas dos leitos estaduais (diminuição de 3.494 leitos no período), enquanto os leitos particulares (lucrativos e não lucrativos) tiveram um aumento de 1.220 leitos (Pitta, 1984; Dalgallarrondo, 1990).

Outro ponto enfatizado no Programa lançado referia-se aos serviços extra-hospitalares, particularmente as emergências psiquiátricas. Importante ressaltar que este modelo assistencial estava sendo implantado em alguns Prontos-Socorros de hospitais gerais, sendo que a própria CIMS, desde 1985, buscava formular uma política para o Estado, relacionada às emergências psiquiátricas.

No último ano do governo Montoro, foi criado o *Programa de Implantação de Emergências Psiquiátricas no Estado de São Paulo*, sob a coordenação do médico psiquiatra Elias Monteiro Lino. O Programa de Saúde Mental, no seu item-5, reforçava a necessidade de desativar gradativamente os Serviços de Emergências existentes nos hospitais psiquiátricos.

Mas não era apenas a emergência psiquiátrica foco de atenção do Programa. Salientava-se a estratégia de expansão dos Ambulatórios de Saúde Mental podendo estes serviços terem um papel mais intensivo, caracterizando-se como Hospital-Dia. Preconizava-se também a necessidade de treinamento de médicos generalistas na área de saúde mental, em regiões onde não houvesse psiquiatras.

O Hospital do Juqueri se restringiria como serviço de retaguarda, propondo-se o aumento da capacidade de leitos dos Lares Abrigados.

Se este documento apresentava conssonância com as propostas oficiais a nível nacional relativo à assistência psiquiátrica, algumas experiências surgiam no Estado de São Paulo, apontando para uma postura diferenciada de atenção ao doente mental. Era necessário criar unidades de tratamento intensivo que apresentassem alternativas verdadeiramente antimanicomiais, através de uma prática desinstitucionalizante. No dia 12 de março de 1987, foi inaugurado o *Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira - CAPS*.⁴⁵

Localizado próximo à Avenida Paulista, região nobre de São Paulo, no antigo casarão anteriormente ocupado pela Divisão de Ambulatórios da Coordenadoria de Saúde Mental, o CAPS surgiu como uma proposta de atendimento diferenciada, funcionando como um serviço

⁴⁵ Naquele momento, a experiência italiana já influenciava alguns setores da psiquiatria nacional, principalmente após o III Encontro Latino-Americano da Rede de Alternativas à Psiquiatria, ocorrido em Buenos Aires no final de 1986.

intermediário entre a hospitalização, com seus riscos de cronificação e segregação, e o pleno exercício da cidadania (Pitta, 1992).

A proposta do CAPS era ser um serviço de intensidade máxima, através do acolhimento de pessoas com dificuldades de relacionamento e inserção social. Propunha-se inicialmente, funcionar cinco dias da semana, com regime de oito horas diárias. O modelo assistencial não se caracterizava como médico, havendo a perspectiva de um trabalho multidisciplinar, através de programas psicoterápicos, socioterápicos, artísticos e terapia ocupacional.

Inicialmente, o CAPS se apresentava mais como um Hospital-Dia, com critérios excludentes de admissão, atividades preferencialmente grupais, com perfil predominantemente técnico e profissionais com formação ligada à área de saúde mental (CAPS, 1987).

Com o passar do tempo, o serviço foi adquirindo um novo perfil, ampliando o atendimento, com uma equipe formada não apenas por técnicos ligados à saúde mental, mas também por diretor de teatro, músico, marceneiro e artista plástico. Três núcleos básicos foram criados: Núcleo de Ensino e Pesquisa, Núcleo de Atividades Intensivas e o Núcleo de Projetos Especiais.

Alguns projetos começaram a se desenvolver através do Núcleo de Projetos Especiais, como o *Projeto de Acompanhantes Terapêuticos*, estimulando os pacientes a iniciar o seu retorno às atividades do cotidiano, tendo no acompanhante um referencial na organização de sua vida objetiva.

Também foi criado o *Projeto Trabalho*, com uma Cooperativa, que desenvolveu inicialmente uma marcenaria, uma copiadora e a comercialização de alimentos.

Para a viabilização financeira do projeto e manter as características da Cooperativa, fundou-se a *Associação Franco Basaglia*, com a participação de usuários, familiares, trabalhadores e pessoas da sociedade civil (Fischetti, 1992).

O CAPS Luiz Cerqueira, que iniciou suas atividades com uma característica de serviço intermediário tradicional, foi modificando seu perfil, tornando-se um serviço de complexidade cada vez maior, possibilitando a abrangência de um trabalho desinstitucionalizante.^{46 47}

O CAPS Luiz Cerqueira representou um novo modelo que fugia das propostas tradicionais da psiquiatria comunitária, ainda marcante nos documentos oficiais, tanto no país como no Estado de São Paulo. Mas não foi o CAPS a única proposta diferenciada na segunda metade da década de 80 no Estado. No pequeno município de *Penápolis*, cidade localizada a mais de 500 km da capital, surgiu um modelo experimental de saúde mental bastante significativo.

Em 1984, com o estímulo da Coordenadoria de Saúde Mental, montou-se uma equipe mínima de saúde mental no Centro de Saúde daquela cidade. O serviço abrangia uma região de cerca de onze municípios, com população estimada em 90.000 habitantes. O trabalho proposto pela equipe era desenvolver programas que evitassem o processo de hospitalização, basicamente com populações de risco, como alcoolistas, psicóticos e egressos de hospitais psiquiátricos.

Com o surgimento do SUDS, a equipe foi ampliada com outros profissionais, como psicólogo, terapeuta ocupacional, agente de saúde e um vigilante.

Logo, detectou-se a necessidade de treinamento dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde da região, para melhoria dos encaminhamentos e conhecimentos sobre a doença mental.

⁴⁶ Cerca de quatro anos e meio depois da sua criação, a equipe do CAPS discutia a possibilidade de ampliar mais ainda o serviço, com funcionamento ininterrupto e possuindo alguns leitos para atendimentos de emergência (Fischetti, 1992).

⁴⁷ Sem dúvida, este modelo lembra os Centros de Saúde Mental existentes na Itália, em que tais serviços apresentam uma complexidade máxima e integral. O próprio modelo de cooperativa vem da experiência italiana, com o desenvolvimento da denominada "Empresa Social" (Rotelli, 1992).

Também foi criada uma Oficina Abrigada, que começou a desenvolver trabalhos de reabilitação e profissionalização dos pacientes da região.

Em 1988, efetivou-se a criação de um *Consórcio Intermunicipal de Saúde* e a área de saúde mental encontrou condições de ampliação de seu trabalho, através da contratação de novos profissionais. Um Ambulatório de Saúde Mental foi inaugurado, passando a controlar as internações hospitalares e o atendimento de egressos.⁴⁸

A experiência de Penápolis traz duas reflexões importantes quanto à situação da saúde geral, e especificamente da saúde mental, no país.

Em primeiro lugar, uma situação que vivemos até os dias atuais, refere-se ao fato de que a maioria dos municípios não possui nenhum tipo de serviço em determinadas áreas, encaminhando seus pacientes para municípios vizinhos que tenham equipamento de atendimento, sobrecarregando-os e não contribuindo, sob qualquer aspecto, na manutenção e melhoria deles. O Consórcio, particularmente para cidades pequenas, torna-se um sistema bastante interessante, como forma de dividir as responsabilidades e despesas entre os municípios, não sobrecarregando apenas um deles.

Em segundo lugar, a possibilidade de um serviço, no caso de Penápolis, o Ambulatório de Saúde Mental, possuir o controle efetivo no processo de internação psiquiátrica, principalmente quando existem propostas substitutivas de internação integral.

A Política de Saúde Mental no governo Quércia, apesar de buscar o aprimoramento de propostas extra-hospitalares, teve resultados de certa forma tímidos quanto a uma ação mais eficaz em relação à prática antimanicomial. Um interessante estudo feito por Rios & Jabes (1992), analisando as internações psiquiátricas no Estado de São Paulo, no período compreendido entre 1986 e 1989, através do Registro Central de Internações, desenvolvido no Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde, apresentou alguns dados epidemiológicos importantes da época:

1- Como era de se esperar, os diagnósticos mais freqüentes nos Hospitais Psiquiátricos foram Alcoolismo(38,17%) e Psicose Esquizofrênica (23,48%);

2- Quando avaliado pelo sexo, o diagnóstico de alcoolismo elevou-se para 51,69% entre os homens. Já no sexo feminino, a predominância foi de esquizofrenia, com 29,71%.

3- A maior parte dos pacientes internados encontrava-se na faixa etária de 30 a 59 anos (62,6% dos homens e 56,7% das mulheres)

4- Especificamente no ano de 1986, o estudo demonstrou que 35,42% dos pacientes estavam sendo internados pela primeira vez em hospital psiquiátrico. Em contrapartida, 33,04% dos pacientes tinham mais de quatro internações psiquiátricas.

⁴⁸ Segundo dados apresentados, em um período de três anos houve uma queda de 20% para 2% nas internações psiquiátricas.

5- No período de 1986 a 1988, 78,0% das mulheres e 89,5% dos homens permaneceram internados até 90 dias.

6- Em relação aos óbitos ocorridos no período de 1986 a 1989, cerca de 48,5% dos pacientes encontravam-se internados em instituições psiquiátricas há mais de cinco anos (Rios & Jabes, 1992, pp. 12 e 13).

As autoras finalizam o texto, confirmando dados do perfil da clientela nos Hospitais Psiquiátricos, ou seja, essas instituições se caracterizaram por internarem predominantemente alcoolistas, do sexo masculino, em faixa etária produtiva, com várias episódios de reinternações e por um período aceitável pelo INAMPS, para não "glosar" estas internações.⁴⁹ Este estudo demonstrou que, apesar dos esforços oficiais, a clientela características dos Hospitais Psiquiátricos mantinha-se imutável.

Já a nível nacional, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília em março de 1987, sob forte influência do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, preconizava uma postura mais progressista, buscando a substituição do modelo preventivista por um novo modelo de influência basagliana, denominado de desinstitucionalizante. Era preciso desconstruir o aparato manicomial, criando-se uma nova prática de relações, não só através da assistência psiquiátrica, mas principalmente, resgatando os valores de cidadania do doente mental.

O II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido na cidade paulista de Bauru, reforçava esta tendência desinstitucionalizante, lançando o lema "*Por uma Sociedade Sem Manicômios*", reafirmando a necessidade de levar a discussão da loucura para fora do aparato psiquiátrico - institucional.

Em contrapartida, a DINSAM lançava em 1988 o "*Manual de Orientação para Funcionamento e Supervisão dos Serviços de Saúde Mental*", reafirmando conceitos políticos predominantes tanto na VIII Conferência Nacional de Saúde, como na I Conferência Nacional de Saúde Mental, porém de forma menos enfática quanto à proposta desinstitucionalizante.

No final de 1988, ocorreram as eleições municipais e São Paulo elegeu, para a prefeitura, Luiza Erundina, do PT, com um perfil claramente de esquerda, que buscou viabilizar uma nova postura em relação à saúde pública do município, refletindo efetivamente na saúde mental.

Erundina indicou para Secretário Municipal de Saúde, o médico sanitarista e deputado federal, Eduardo Jorge, que criou a *Assessoria do Programa de Saúde Mental*. Pouco tempo depois, a Assessoria lançava o Documento "*Política de Saúde Mental Democrática e Popular*", com as diretrizes básicas do programa a ser implantado.

Baseado nas propostas defendidas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e da Plenária de Trabalhadores em Saúde Mental, o Documento fazia uma defesa intransigente à prática desinstitucionalizante, reafirmando os preceitos propostos pela experiência italiana de atuação da saúde mental no campo político-social. Na introdução, o Documento afirmava:

⁴⁹Em estudo realizado em um Hospital Psiquiátrico conveniado no interior do Estado, com 595 leitos, no período de maio de 1987 a abril de 1988, encontramos resultados semelhantes aos apresentados pelas autoras. Na instituição analisada havia um predomínio de pacientes do sexo masculino com diagnóstico de alcoolismo(63,4%) e entre as mulheres a psicose esquizofrênica ocorria em 44% dos casos. Quanto à média de internação, constatou -se que 53% dos pacientes ficaram mais de 50 dias internados (Paulin & Zaidan, 1989).

"Uma Política de Saúde Mental deverá ser democrática e submetida ao controle popular e sindical, em todos os seus níveis de decisão e execução; deverá ser vinculada às políticas no campo econômico e social, no combate às formas de exploração, de dominação e de discriminação social. Por isto deverá ser consequência da própria mobilização dos trabalhadores, das mulheres, negros, homossexuais, jovens e outros grupos que lutam por sua emancipação e por uma sociedade justa, Socialista" (Pref. Mun. S.P., 1989, p3).

Dentre os objetivos a serem alcançados, destaca-se:

- *Incentivar e reconhecer a formação de Conselhos Populares de Saúde em todos os serviços de saúde mental;*

- *A Política de Saúde Mental deverá, a médio prazo, reverter o modelo hospitalocêntrico e manicomial hegemônico, através da conscientização popular, do combate dos interesses privados do setor, e de uma política ambulatorial que crie condições para a desospitalização;*

- *Priorizar o espaço de discussão junto à população nos bairros e às organizações populares e sindicais, visando desmistificar a loucura e o transtorno mental na reflexão de seus determinantes sociais;*

- *Reconhecer e valorizar as novas propostas de política de saúde mental que sejam elaboradas a partir da discussão das práticas cotidianas dos Trabalhadores de Saúde Mental, organizados autonomamente*

- *Investir na expansão de serviços de saúde mental segundo uma política ambulatorial e de saúde pública, que considere os critérios estabelecidos pela OMS, implantando:*

a) Uma equipe mínima em Unidade Básica de Saúde para cada 50.000 habitantes; uma unidade mista (Ambulatório-Hospital-Dia) para cada 250.000 habitantes; 5 a 10% dos leitos dos Hospitais Municipais para internação psiquiátrica; em todos os PSs Municipais, serviços de Urgência Psiquiátrica com retaguarda de leitos de alta rotatividade, de no máximo 72 horas de permanência;

b) Estes serviços deverão ser integrados regionalmente e dotados de recursos materiais e humanos adequados, constituindo-se como porta de entrada às UBS, com as retaguardas ambulatoriais e hospitalares;

c) As unidades mistas (Ambulatório - Hospital - Dia) devem se caracterizar pelo atendimento a pacientes em crise, servindo como alternativa à internação e estimulando a integração destes na comunidade;

d) Os serviços de saúde mental deverão ter seus dirigentes escolhidos em processo democrático de eleição, através de seus funcionários e usuários.

- A hospitalização psiquiátrica, seja em Hospital Público ou Privado, será rigorosamente fiscalizada, não devendo ultrapassar 15 dias de internação, retornando o paciente à família e ao acompanhamento ambulatorial, próximo ao seu bairro de moradia;

- Criação de Lares Abrigados, para ex-psiquiatrizados cronificados pelo sistema de saúde vigente, distribuídos regionalmente, auto-geridos administrativamente pelos usuários, como suporte financeiro e técnico oficial, como forma de promover a desospitalização.

- Redimensionar a Política de Saúde Mental Municipal na medida da organização, participação e contribuição dos Movimentos Sindicais, Populares e dos Trabalhadores de Saúde Mental, incluindo o reconhecimento de organizações de psiquiatrizados e ex-psiquiatrizados" (Pref. Mun SP, 1989, pp3, 4e5).

Esta proposta poderia se caracterizar como uma "reciclagem" dos modelos vigentes, certamente com uma visão progressista em relação à participação popular. Porém, fazia-se

necessária uma postura mais abrangente de atuação. A proposta afirmava a necessidade de criar um novo modelo assistencial, embasado em um tripé de sustentação:

- 1- *Combate à Cultura Manicomial;*
- 2- *Criação de um Modelo Assistencial em Saúde Mental que torne desnecessária a internação psiquiátrica asilar;*
- 3- *Confronto político do poder público contra a Instituição Psiquiátrica Manicomial Asilar" (Pref. Mun. SP, 1989, p17).*

O texto definia a *Cultura Manicomial* como:

"um conjunto complexo de representações e comportamentos coletivos sobre as relações entre os indivíduos, destes com as instituições, sobre a loucura, sua determinação e o modo de proceder da sociedade/instituições com a loucura" (Pref.Mun.S.P., 1989, p18).

Na verdade, a *Cultura Manicomial* se caracterizava pela visão impregnada, não apenas da população, como pelos próprios setores médicos, em que a única forma para se "*tratar*" os doentes mentais estava condicionada à necessidade de internação no Hospital Psiquiátrico. É evidente que essa *Cultura* se alicerçou com os anos, tanto pelo modelo clássico pineliano do espaço próprio para aqueles que sofriam da "*desrazão*", como pela falta de alternativas extra-hospitalares eficazes, tornando-se modelos realmente substitutivos ao hospitalocêntrico.

O combate à *Cultura Manicomial* deveria acontecer através de um programa de Educação Popular em Saúde, em que a população pudesse ter acesso às práticas alternativas em Saúde Mental, através de filmes, exposições, museus, etc. (Pref.Mun.S.P., 1989).

Quanto à criação de um novo modelo assistencial que tornasse desnecessário o Hospital Psiquiátrico, o Documento afirmava ser preciso muito mais que a prática de expansão de serviços extra-hospitalares.

"Preocupa-se fundamentalmente em oferecer respostas a nível da resolutividade dos problemas mais graves (psicose, alcoolismo, deficiência mental, situações de crise, etc); em agir sobre as condições ambientais e institucionais geradoras destes problemas; em evitar uma ação individualizadora que funcione como mecanismo potencial de controle social; e em oferecer serviços cuja complexidade possibilite trabalhar as tensões familiares, conter as demandas por reinternações e libere a mão de obra ativa responsável pela sobrevivência familiar" (Pref.Mun.SP, 1989, p20).

A proposta apresentava um modelo assistencial em que o Hospital Psiquiátrico iria gradativamente perdendo sua função, sendo substituído por novos equipamentos. Seria criada uma *Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral*, composta por Emergência Psiquiátrica com leitos de

observação de 72 horas; Enfermaria Psiquiátrica com permanência de no máximo 15 dias; interconsultoria e psicologia médica. Haveria um Hospital-Dia, com a função de oferecer atenção intensiva aos pacientes em crise, sem excluí-los do convívio familiar e social. O Hospital-Dia seria uma referência à Unidade Hospitalar.

A *Unidade Básica de Saúde* seria composta por uma equipe multiprofissional de saúde mental integrada à equipe geral, tendo um papel integrador das ações necessárias ao perfil epidemiológico da região em que atuaria.

Tanto os usuários da UBS, como os do Hospital-Dia, teriam no *Centro de Convivência e Cooperativa* um espaço de reintegração social e produtiva, através de atividades culturais como teatro, música, artesanato, esportes, com a participação da população geral.

Por fim, o Documento propunha o confronto com a Instituição Psiquiátrica manicomial e asilar,

"cabendo ao sistema municipal de saúde exercer seu papel de poder público em benefício da população, promovendo uma ação sanitária normatizadora e fiscalizadora do parque hospitalar, impedindo sua expansão, exigindo o respeito à cidadania dos pacientes e, principalmente, reintegrando socialmente uma expressiva parcela dos 'pacientes' internados nos hospitais psiquiátricos na condição de moradores, oferecendo temporariamente uma possibilidade de reintegração social e produtiva, através dos Lares Abrigados e Cooperativas"(Pref.Mun.S.P.,1989, p 24).

No período de dezoito meses, a administração municipal de São Paulo apresentou avanços, ao menos no que diz respeito à criação de serviços, ocorrendo um aumento de 31 Unidades Básicas de Saúde, com presença de equipe mínima de saúde mental. Foram criadas mais 4 emergências psiquiátricas, uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral com 7 leitos; 5 Hospitais-Dia, 8 Centros de Convivência, além da contratação de um número significativo de profissionais da área.

Em 1992, ano do término da gestão Erundina, o município de São Paulo havia diminuído seu parque asilar com o fechamento de sete Hospitais Psiquiátricos e 1.228 leitos, correspondendo a 27,15% do total do município (Daúd,1995).

A experiência de São Paulo abria um novo campo de atuação na área de Saúde Mental, criando-se a perspectiva de uma sociedade sem manicômios. Porém, nas eleições municipais de 1992, Paulo Maluf venceu, e uma pergunta ficava no ar: "Será que a Política de Saúde Mental implantada no governo Erundina teria conseguido criar raízes sólidas o suficiente para não ser desmantelada?" O tempo se incumbiria de responder.

CAPÍTULO IV

ALGO SOBRE CAMPINAS

IV .1 - SAÚDE PÚBLICA:

No início do Século XX, Campinas contava com quase 70.000 habitantes, com uma população predominantemente rural, empregada basicamente nas fazendas de café. Aos poucos, a população operária urbana foi crescendo com a vinda de estabelecimentos fabris, principalmente do setor têxtil - algodoeiro.

Os setores operários tornavam-se cada vez mais politizados, sofrendo forte influência socialista e anarquista dos imigrantes espanhóis e italianos. Em 1917, ocorreu o primeiro movimento grevista por melhorias salariais, e a forte repressão policial resultou na morte de quatro operários (Battistoni Filho, 1996).

A década de 20 se caracterizou pelo auge da produção cafeeira da cidade, tornando-se a maior produtora do país. Além disso, o município se destacava na produção de cana e algodão. Porém, com o "crack" da Bolsa de New York, em 1929, os barões do café perderam suas propriedades rurais, vendendo a preços irrisórios para os imigrantes alemães e italianos (Ribeiro, 1994).

Na área da saúde, aquele período se caracterizou pelo avanço de instituições hospitalares especializadas. Surgiram, na época, o Instituto Ophthalmico (1920), fundado pelo médico João Penido Burnier; a Associação Protetora à Infância - Hospital Álvaro Ribeiro; a Clínica Santo Antônio; e os Hospitais Psiquiátricos Bierrembach de Castro e Hospício de Dementes (1924), depois denominado Sanatório Cândido Ferreira (L'Abbate, 1990).

No mesmo período, foram criadas duas entidades que funcionariam como defensoras intransigentes do papel liberal do profissional médico: a Sociedade de Medicina e Cirurgia (1925) e o Sindicato dos Médicos (1929).

Com a crise do café, a prefeitura de Campinas ofereceu isenção de impostos, por dez anos, para as indústrias se instalarem na cidade. Surgiram assim a Rhodia, 3M, Swift, Dako, Laticínios Leco, entre outras, promovendo o crescimento vertiginoso da população operária e a expansão da cidade para a periferia.

O perfil industrial tornou-se mais significativo na década de 50, com a vinda de outras multinacionais de grande porte, como a Singer, Dunlop, Merck Sharp e Dohne, Bosch e General Eletrics. No final dos anos cinquenta, Campinas tornara-se o principal pólo industrial do Estado de São Paulo, com a população chegando, em 1960, a 180.000 habitantes.

A infra-estrutura da cidade atingia níveis muito acima da média nacional, no que se referia ao saneamento básico, como em índices de mortalidade infantil e alfabetização da população total.

A assistência médica apresentava-se claramente diferenciada. Os setores sociais mais abastados procuravam os consultórios e hospitais privados, enquanto a classe média e o operariado eram atendidos nos serviços médicos das empresas e fábricas. Caso fosse necessário internação, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) haviam formalizado convênios com os hospitais privados do município para atendimento de seus associados. Assim, os industriários eram atendidos na Casa de Saúde e Maternidade Campinas; os ferroviários na Clínica Santo Antônio; os comerciários no Hospital Vera Cruz; e os funcionários dos transportes coletivos na Beneficência Portuguesa (L'Abbate, 1990).

Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões no INPS, em 1967, o sistema

de assistência médica que se apresentava de forma adequada, logo encontrou dificuldades quanto ao pagamento, transformando-se gradativamente em uma estrutura burocrática, fraudulenta e ineficiente.

Era o início do processo de "*Privilegiamento do Produtor Privado*", com o INPS optando por uma política de contratação dos serviços de saúde da rede privada. No entanto, a grande maioria dos médicos perdia a clientela que os Institutos de Aposentadoria garantiam através dos convênios. Os valores pagos pelo INPS por serviços prestados foram se deteriorando. Surgiu, então, um novo tipo de relação trabalhista, a Medicina de Grupo, que transformou o médico em empregado dessas empresas, fazendo a categoria médica de Campinas procurar alternativas que lhes garantisse a preservação da prática liberal. O caminho encontrado foi a criação da *UNIMED* (L'Abbate,1990).

Criada em 1967 na cidade de Santos, a *UNIMED* se caracterizava como uma Cooperativa Médica que se opunha à perda de controle da assistência médica pública através do INPS e a mercantilização da medicina através da Medicina de Grupo. Em 1970, com o pleno apoio da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas - SMCC - surgiu a *UNIMED* - Campinas, como relata L'Abbate:

"... Os médicos da Sociedade de Medicina e Cirurgia sabiam que algo deveria ser feito, porque seria inevitável a vinda das empresas médicas, dada a força como estavam crescendo, sobretudo no estado de São Paulo. Tal entendimento somado à decepção com o INPS, porque com a unificação dos IAPs, o Estado passa a intervir 'mais do que devia', impedindo que os médicos mantenham o mesmo controle sobre o sistema, levam a SMCC a criar a UNIMED, organizada em forma de cooperativa, aceita pelos cânones da Associação Paulista de Medicina-APM e sobretudo pela Associação Médica Brasileira - AMB- entidades às quais a SMCC estava filiada. E há uma conclamação geral para que os médicos se reúnam em torno da UNIMED e uma atuação junto aos empresários para assinarem convênios com a Cooperativa"(L'Abbate,1990, p218).

Esta "conclamação"se fazia necessária, pois somente através de empresas fortes, a *UNIMED* conseguiria barrar a entrada das empresas de grupo na cidade. Apenas dois anos depois, a *UNIMED* conseguiu fazer seu primeiro convênio, com a empresa de autopeças alemã Bosch.

A *UNIMED*, depois de vinte anos, tornou-se o segundo sistema de assistência médica de Campinas, menor apenas que o sistema público, atendendo cerca de 30% da população da cidade e 770 empresas. O surgimento e fortalecimento dessa cooperativa deveram-se principalmente pelo processo de falência do serviço público, que se transformou em um referencial de atendimento àqueles que não conseguiram se inserir no mercado formal de trabalho, não possuindo assim os direitos à assistência médica conveniada.

Campinas, na década de 70, começava a viver esta contradição de forma mais intensa. A implantação de indústrias de alta tecnologia atraiu mão-de-obra especializada, levando a um

processo de urbanização extremamente dinâmico. A população atingia quase 400.000 habitantes e a cidade se verticalizava com a construção de centenas de edifícios. O mercado imobiliário vivia uma fase de grande expansão, bem como o setor comercial e cultural; no entanto, Campinas sentia o reflexo de sua rápida expansão.

O processo migratório se tornou o maior do país, trazendo para a cidade uma população trabalhadora não especializada, que foi sendo segregada na periferia. No início da década de 80, a qualidade de vida de quase 20% da população estava abaixo da linha de pobreza e as carências de transporte, emprego, moradia e saúde eram cada vez mais presentes. Para esta população, havia a necessidade do setor público arcar ao menos com as responsabilidades mínimas de saúde (L'Abbate, 1990).

A situação da Saúde Pública em Campinas na década de 70 poderia ser dividida em dois momentos distintos: o primeiro, que vai até 1976, em que poderíamos denominá-lo de incipiente; e o segundo momento, iniciado em 1977, com a implantação de uma assistência à saúde, sob o prisma comunitário.

Este quadro, na verdade, refletia o perfil da Saúde Pública no país. O início da década de 70 no Brasil se caracterizou pela deterioração econômica e política do Ministério da Saúde, responsável pelas ações de saúde pública. Esta situação provocava o surgimento de grandes epidemias como a meningite; o aparecimento de endemias tipicamente rurais nos centros urbanos, como a Doença de Chagas; o reaparecimento de doenças como a tuberculose; além dos altos índices de desnutrição e mortalidade infantil.⁵⁰ Viviam-se o momento predominante de uma política privatista da Previdência, com a produção de serviços basicamente hospitalares e o aumento de beneficiados.

A crise do sistema econômico, refletindo no sistema previdenciário a partir de 1974, trouxe à tona uma série de Planos no intuito de reverter a situação. As medidas normatizadoras, com o objetivo de disciplinar e organizar a prática médica vinculada à Previdência Social, não conseguiam modificar o perfil privatista que se apresentava.

Campinas, como no resto do país, adaptava-se aos novos Planos, sem contudo mudar a característica de assistência predominantemente hospitalar e privada. O *Plano de Pronta Ação*, por exemplo, criado em 1974, que propunha a desburocratização do atendimento das emergências para os segurados da Previdência e seus dependentes, nos hospitais e clínicas conveniadas, provocou um crescimento vertiginoso deste tipo de atendimento, levantando suspeitas de fraudes promovidas por algumas instituições de saúde. Em Campinas, se em 1975 ocorreram 9,2% de atendimentos de urgência no total de atendimentos hospitalares e ambulatoriais, dois anos depois, este percentual subiu para 40,6%, demonstrando um claro desvio no sistema de saúde (Possas, 1981).

A situação começou a se modificar, com a eleição, em 1976 do prefeito Francisco Amaral, do MDB, que indicou, para Secretário de Saúde, o cirurgião Sebastião de Moraes.

Pertencente ao corpo clínico de um dos mais tradicionais hospitais da cidade, a Casa de Saúde e ligado a setores progressistas da Igreja Católica, Sebastião de Moraes se alinhava ao perfil que o prefeito eleito propunha para sua gestão: obter o "máximo benefício social" através de um modelo de Medicina Comunitária (L'Abbate, 1990).

O perfil de Campinas era semelhante ao resto do país em 1976. Os gastos de serviços do INAMPS com hospitais e ambulatórios privados eram da ordem de 84%. O custo da consulta

⁵⁰Para termos uma idéia da situação dramática quanto à mortalidade infantil, apresentaremos dados de Yunes & Rochenzel, citado por Possas, que indicava o Brasil como o país das Américas com maior índice de mortalidade infantil no início da década de 70. A cada mil crianças nascidas, 108,7 morriam com menos de um ano de idade, enquanto na Venezuela o índice era de 50,2 por mil; nos Estados Unidos, 19,2 por mil e no Canadá, 17,5 por mil (* Yunes & Rochenzel, apud Possas, 1981).

ambulatorial de um serviço privado contratado correspondia a quatro vezes mais o valor de uma consulta em um serviço próprio. Os serviços existentes localizavam-se basicamente nas áreas central e intermediária da cidade (Merhy, 1994).

Na época, a cidade possuía 15 hospitais, sendo 12 contratados pelo INAMPS; um Centro de Saúde I e 7 Centros de Saúde II, vinculados à Secretaria Estadual da Saúde; 4 Postos de Saúde ligados à Secretaria Municipal de Saúde, e 1 Posto da Secretaria de Promoção Social (Merhy, 1994).⁵¹

Apesar de apresentar numericamente uma boa estrutura de serviços, Campinas privilegiava, mesmo quanto aos serviços públicos, os setores médios da população, deixando os setores periféricos desassistidos.

" A periferia da cidade era praticamente desassistida. Havia um atendimento incipiente para a população mais carente, que recebia a visita do médico ou dentista em datas determinadas através de um serviço de atendimento volante: veículos da prefeitura transportavam médicos e dentistas para realizarem as consultas da região" (E.4)

Baseado na *Lei do Sistema Nacional de Saúde*, lançada em julho de 1975 pelo governo federal, que reordenava a estrutura assistencial através da priorização de uma ação médico-sanitária, com o surgimento de propostas de universalização, regionalização e hierarquização do atendimento, Sebastião de Moraes buscava implementar este novo modelo para o município.

"Invocando a Lei do SNS, de 1975, o secretário afirmava que era obrigação do município manter os serviços de interesse das populações locais, e entendia que este era o aumento dos serviços de saúde a serem oferecidos (extensão da cobertura), além de ser necessário articular os vários planos (federal, estaduais e municipais) e os vários serviços (privados, públicos...).

Continuava afirmando que os serviços a serem criados deveriam fazer consultas às pessoas doentes nos seus lugares de moradia, além de controlarem as doenças e suas causas através de uma vigilância epidemiológica" (Merhy, 1994, p90).

Este foi o caminho delineado pelo governo municipal na época. É certo que vários fatores contribuíram para a opção política da medicina comunitária, priorizando a formação de Postos de Saúde municipais na periferia. Em primeiro lugar, devemos notar a sensibilidade política do governo municipal que, vinculado a um partido de oposição, buscava diferenciar-se ideologicamente dos governos estadual e federal que, tendo apostado fortemente no modelo de concentração capitalista-monopolista, conviviam com uma crise econômica de forte intensidade. Não devemos esquecer que as crises econômicas provocam tensões sociais intensas, principalmente nos setores periféricos da população, impondo ao

⁵¹O Centro de Saúde I é uma unidade mais complexa, que desenvolve a totalidade dos Programas previstos pela S.E.S., com uma equipe numerosa e materiais mais sofisticados. O Centro de Saúde II possui uma complexidade intermediária.

governo municipal respostas imediatas às suas necessidades. A industrialização de Campinas estava bastante avançada e a cidade se tornou um centro de vanguarda na organização da sociedade civil, que exigia respostas concretas de seus governantes, particularmente na área da saúde.

Além disto, setores acadêmicos como a UNICAMP, através do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, vinha desenvolvendo atividades de atendimento integrado junto à comunidade, buscando a formação do denominado "médico generalista", que tivesse uma competência mínima para a prática de uma medicina integral. Este tipo de trabalho era desenvolvido pelo *Laboratório de Educação Médica para a Comunidade - LEMC*.⁵²

Outro fator decisivo para a viabilização de uma prática comunitária, foram os movimentos populares que, com uma postura incisiva, de caráter reivindicatório, exigiam melhorias da qualidade de vida da comunidade quanto ao saneamento básico, transportes coletivos, habitação e saúde. Este processo de mobilização, sob forte influência das Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica, viabilizou a "*Assembléia do Povo*", movimento que aglutinou setores populares nas questões referentes à saúde (Medeiros, 1994).

Na área político-institucional, a *Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde*, promovida pela Organização Mundial de Saúde, em Alma-Ata, na União Soviética, no ano de 1978, foi um importante passo no desenvolvimento de programas de saúde baseados em uma assistência sanitária essencial, através de métodos e tecnologias simplificadas. Influenciados por experiências positivas em alguns países africanos e latino-americanos, a OMS procurou, nesta Conferência, implantar uma rede básica de serviços, calcada nos princípios de Atenção Primária à Saúde (L'Abbate, 1990).⁵³ Estavam lançadas as condições necessárias para a criação de um novo modelo assistencial público em Campinas.

O governo municipal implantou cerca de 34 Postos de Saúde com verbas próprias, praticamente sem auxílio do Estado ou da Federação. Os profissionais contratados eram quase todos provenientes das experiências comunitárias promovidas pelo LEMC e a participação popular era intensa, critério exigido para instalação de Postos em determinadas regiões da cidade. Reuniões com os profissionais dos Postos e com o próprio Secretário de Saúde, tornaram esta experiência algo democrático quanto ao modo de fazer política de saúde pública.

Mas, certamente o avanço mais significativo foi a criação da função de "*auxiliares de saúde*". Membros da própria comunidade, escolhidos pela população e pela Comissão de Seleção, Treinamento e Reciclagem da Secretaria Municipal de Saúde, eram treinados para desempenharem procedimentos de atenção à saúde, dispensando, em algumas situações, a presença do médico.

O Documento "*Política Municipal de Saúde*", lançado em 1978, assim definia o objetivo da existência dos "auxiliares de saúde":

⁵²Destas experiências comunitárias, emergiram discussões em vários setores da saúde, fundando o CEBES de Campinas, que se transformou em um importante referencial teórico para a divulgação do pensamento médico social e posterior surgimento do movimento sanitarista.

⁵³No Brasil, a Conferência de Alma -Ata foi de forte impacto na Política de Saúde do governo federal, sendo "Serviços Básicos de Saúde" o tema central da VII Conferência Nacional de Saúde convocada para 1980, com a participação do diretor geral da OMS.

"O objetivo principal é despertar no auxiliar e, por extensão, na comunidade, a noção de que problemas ditos de saúde não necessariamente precisam da intervenção médica e que, no dia a dia, as intercorrências banais que se manifestam por alterações episódicas do funcionamento normal do organismo podem ser passíveis de 'cura' apenas com o conhecimento adequado de medidas simples e, ao mesmo tempo, eficazes"(Pró-Assistência, FLACSO, UNICAMP, 1984, p15)

O começo da década de 80 em Campinas caracterizou-se por uma divisão distinta no setor saúde: a "medicina de pobres", com Postos de Saúde periféricos atuando em um modelo de saúde comunitário; setores médios da população beneficiados por Cooperativa Médica (UNIMED) e empresas de medicina de grupo (SAMCIL e MEDICAMP); e setores privilegiados atendidos pelo ainda forte sistema privado hospitalar e de consultórios médicos (L'Abbate, 1990).

Campinas vivia, quanto ao serviço público, a mesma dicotomia do sistema de saúde a nível nacional, sem nenhum tipo de integração, tornando-o dispendioso e ineficaz. No começo dos anos 80, vários órgãos públicos atuavam no município:

1- Ministério da Saúde: Atuação restrita ao Sistema de Vigilância do Aeroporto Internacional de Viracopos.

2- Ministério da Previdência e Assistência Social: Rede de 3 Postos de Assistência Médica (PAMs) e convênios com hospitais credenciados, perfazendo um total de 1331 leitos. Possuía também serviços próprios e conveniados complementares (radiologia, odontologia, psicologia etc.). Na época, o MPAS, através do INAMPS apresentava ainda outra modalidade de compra de serviços através do credenciamento de profissionais para atendimento em seus consultórios particulares. (cerca de 52 médicos naquele período)

3- Secretaria Estadual de Saúde: Possuía 1 Centro de Saúde I, 4 Centros de Saúde II e 2 unidades periféricas, além de um laboratório regional e um ambulatório de saúde mental.

4- Secretaria Municipal de Saúde: Possuía uma rede de 31 Postos Médicos Comunitários, 4 Mini-Postos, serviços de vigilância sanitária, controle de zoonoses e um ambulatório de saúde mental.

5 - *Hospital Mário Gatti: Serviço predominantemente de Pronto-Socorro com 406 leitos.*

6- *Universidades:*

6.1.- *UNICAMP: Na época o Hospital das Clínicas encontrava-se em fase de construção, sendo que a Santa Casa de Misericórdia de Campinas funcionava enquanto Hospital-Escola.*

6.2- *PUCCAMP: Apesar de ser uma instituição privada, sempre se caracterizou como uma instituição de perfil eminentemente público. Possuía um Hospital Universitário com capacidade de 305 leitos, ambulatórios especializados, clínica de psicologia, odontologia, fisioterapia e 4 Postos de Saúde-Escola.*

Campinas era uma cidade privilegiada em termos de serviço público, mas com pouca integração. Este quadro começou a se modificar no final de 1981, quando o governador Paulo Maluf, atendendo a uma suposta proposta do então Reitor da UNICAMP, Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, apresentou um projeto de integração entre as Universidades e os setores públicos, denominado de *Pró-Assistência*, que mais tarde serviria de modelo daquela que foi a proposta mais ousada e reformadora do modelo sanitarista: as Ações Integradas de Saúde - AIS (L'Abatte, 1990).

Faziam parte do Pró-Assistência instituições prestadoras de assistência: Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde, PUCCAMP, UNICAMP e INAMPS.

Como era de se esperar, em 1982, os serviços públicos de Campinas tinham como porta de entrada ao sistema de saúde o INAMPS que, através de seus serviços próprios e contratados, detinha 47,8% do total de consultas realizadas mensalmente. A UNIMED era responsável por 14,7% do atendimento, enquanto a Rede Básica, através dos Postos de Saúde do município, Estado e PUCCAMP, era responsável conjuntamente por 14,4%. Os Hospitais Universitários da UNICAMP e PUCCAMP respondiam por 13,3% do atendimento.

A partir daquele momento, as forças políticas públicas apresentaram um perfil mais homogêneo quanto à concepção de sistema público de saúde. Na esfera municipal, com a eleição de Magalhães Teixeira para prefeito em 1982, foi nomeado *Secretário Municipal de Saúde*, o médico sanitarista Nelson Rodrigues dos Santos.

Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, tendo sido coordenador da Secretaria Técnica do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS - do Ministério da Saúde, além de ter dirigido o Centro de Saúde-Escola de Paulínia no período de 1978 a 1982, Nelsão, como era conhecido, tinha livre trânsito nas áreas de atuação da saúde pública em vários níveis decisórios.

Sua gestão se caracterizou pela implementação de propostas iniciadas na administração anterior, porém de uma forma mais produtora. Era necessário construir Postos de Saúde com planta própria e em local escolhido pela Secretaria e pela comunidade. Não era possível mais ocorrer situações, como na gestão anterior, em que os Postos funcionavam em casas alugadas e na renovação do aluguel, devido ao alto preço solicitado pelos proprietários do imóvel, havia muitas vezes a necessidade de se mudar de local.

Foram firmados convênios com o Ministério da Saúde e OPAS no intuito de equipar os

Postos de Saúde, além dos auxiliares de saúde terem sido gradativamente substituídos por enfermeiras de nível superior. A proposta de atuação da Secretaria Municipal de Saúde enfatizava a necessidade dos Postos investirem em uma melhor qualificação no atendimento, através de um modelo mais integral de saúde.

A Secretaria Estadual de Saúde também mudava o seu perfil, com a eleição de Franco Montoro, governador do Estado de São Paulo no final de 1982. Com a indicação do médico João Yunes para o cargo de Secretário da Saúde, foi implantado um processo de descentralização e democratização dos 17 Departamentos Regionais de Saúde que abarcavam todo o Estado.

Campinas era sede do D.R.S.-5, que abrangia 83 municípios, sendo o maior do Estado de São Paulo, possuindo 113 Centros de Saúde sob sua jurisdição. Ligados à Coordenadoria de Saúde da Comunidade, a função dos Departamentos era de repassador de normas burocráticas para os Centros de Saúde (Cecílio, 1992).

Mas os ares da democratização no país também chegaram ao D.R.S.-5 e a escolha do novo diretor se deu de forma diferente da habitual. Os funcionários do Departamento se mobilizaram e, através de visitas aos prefeitos e vereadores da região, conseguiram apoio para a indicação de dois médicos sanitaristas comprometidos com o processo de Reforma Sanitária. Foi escolhido então Luiz Carlos Cecílio, diretor do D.R.S.-5, que sustentava uma proposta nitidamente progressista.

Mudanças políticas importantes também ocorriam nas Universidades. A UNICAMP, como instituição pública, refletia o novo perfil de atuação política com a vitória de um governo oposicionista no Estado. Gradativamente, setores da Universidade como Associações de Docentes, Funcionários e Diretórios Estudantis, começaram a exigir participação efetiva nos destinos da instituição, reivindicando presença paritária nos órgãos colegiados e na escolha de diretores das faculdades e até do reitor, através de eleições diretas.

Apesar dos novos rumos que a UNICAMP buscava, algumas unidades, como a Faculdade de Ciências Médicas - FCM - mantinham um perfil mais conservador, tanto politicamente, como na estrutura de ensino. Talvez, uma das dificuldades apresentadas era a FCM estar pouco integrada às outras unidades da Universidade. Como não possuía ainda seu Hospital usava, para o ensino médico, as dependências da Santa Casa que se localizava no centro da cidade.

A PUCCAMP, instituição privada, havia criado sua escola médica em 1971, para a formação de profissionais com perspectivas liberais, enfatizando as especialidades. As modificações ocorridas no início da década de 80 nesta Universidade, bem como na Faculdade de Ciências Médicas, sofrendo forte influência de setores progressistas da Igreja Católica de Campinas, refletiram no ensino médico, que passou por um processo de transformação, priorizando a formação do médico generalista.

Através da busca deste novo perfil profissional, a FCM da PUCCAMP investiu na formação de um Departamento de Medicina Social e Preventiva que viabilizasse o desenvolvimento de Postos de Saúde periféricos, organizando programas nas áreas infantil, adulto e mulheres. Em 1982, a PUCCAMP possuía 4 Postos de Saúde, além de um Hospital com capacidade para 305 leitos (Pró-Assistência, FLACSO, UNICAMP, 1984).

O INAMPS, ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, possuía no início da década de 80, três Postos de Assistência Médica, para atendimento ambulatorial clássico, com marcações de consultas pré-estipuladas. Em algumas especialidades, o médico credenciado atendia também em seu consultório, além do atendimento de urgências em Hospitais conveniados.

Como afirmado anteriormente, os serviços públicos, não só municipal como estadual, apresentavam um perfil mais homogêneo, com posicionamento político progressista. A nível federal, setores ligados ao Movimento da Reforma Sanitária ocupavam espaços importantes nos

Ministérios da Saúde e da Previdência Social, buscando encontrar alternativas que garantissem mudanças efetivas da assistência médica. Era preciso pensar e criar propostas para a crise econômica da Previdência que atingira seu ápice em 1981. Surgiu assim o CONASP que, enquanto um Plano de Reorientação, ressaltava a necessidade de racionalização do sistema, enfatizando a responsabilidade do Estado como órgão administrador de uma nova estratégia política de fortalecimento do sistema público de saúde. Dentre as propostas, o CONASP viabilizou as AIS, que pretendiam, a nível nacional, repetir experiências que começavam a surgir de forma inovadora em algumas cidades, como Londrina, Niterói e Campinas, através do Pró - Assistência.

As AIS propunham a otimização dos serviços públicos no intuito de atender uma demanda cada vez mais crescente de assistência médica através da integração e racionalização dos serviços, promovendo a modificação de relações dos serviços federal, estadual e municipal. Um ponto fundamental das AIS era o repasse de recursos financeiros do Ministério da Previdência para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, no âmbito público e universitário, sendo que o setor privado-hospitalar continuava a manter seu vínculo contratual diretamente com o INAMPS. Outro ponto importante das AIS era a criação de colegiados interinstitucionais (CIS, CRIS, CIMS e CLIS), responsáveis pelo planejamento e gestão regionais de saúde. Representantes de instituições e prestadores de serviços de saúde compunham essas comissões, tanto a nível público como privado.

Em Campinas, este processo já vinha ocorrendo através da Pró-Assistência. Em 1984, ao se tornar uma das primeiras cidades do Brasil a assinar o convênio AIS, as discussões a respeito das formas de integração entre os serviços encontravam-se bastante avançadas.

Em maio daquele ano, ocorreu o "*Seminário de Capacitação para a Gestão da Implementação dos Programas de Saúde na Rede Básica Integrada*", com a participação de representantes dos serviços públicos, Universidades e da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais-FLACSO. Este Seminário foi um marco ao definir medidas interinstitucionais de integração para a viabilização das AIS no município.

No entanto, mesmo com o início da reorganização do sistema público de saúde, os dados referentes aos custos do INAMPS com assistência médica em Campinas, em 1984, mantinham-se prioritariamente vinculados aos serviços contratados, respondendo por 77,7% dos gastos (Merhy,1994).

Com a criação do SUDS, avançava-se para uma postura de privilegiamento dos órgãos públicos, dando aos estados e municípios a gestão dos serviços de saúde quanto ao repasse de verbas, planejamento e execução. O setor privado, ao menos teoricamente, perderia sua quase total autonomia em relação ao setor público.

A partir de então, as transferências de recursos se baseariam em referenciais técnicos e normatizadores, seguindo os princípios do SUDS quanto à universalização, integralidade, regionalização e hierarquização dos serviços.

Todavia, no município de Campinas, a iniciativa privada mantinha uma situação privilegiada em relação ao setor público, pois, com a implantação do SUDS, os representantes do setor privado tiveram "assento" na CIMS, com direito a voz e voto. O regulamento interno da CIMS estabelecia que cada hospital privado ou filantrópico contratado pelo SUDS passaria a ter um voto na Comissão. Como existiam na cidade 6 hospitais contratados, estas instituições tinham direito a 6 votos, enquanto a prefeitura, por exemplo, tinha direito a apenas dois votos. Esta situação só viria a mudar em 1989, quando o Partido dos Trabalhadores assumiu o poder, com a vitória de Jacó Bittar no governo municipal (L'Abatte,1990).

O Partido dos Trabalhadores em Campinas apresentava um trabalho, ao menos na área de saúde, bastante avançado. Desde a sua criação no começo da década de 80, havia no PT de

Campinas, o Núcleo de Saúde, formado por profissionais ligados ao setor, que discutiam e elaboravam propostas relacionadas à área, à inserção e à participação dos movimentos popular e sindical nos órgãos responsáveis pela política de saúde municipal.

Antes das eleições, o Núcleo de Saúde já havia determinado a equipe que deveria assumir a Secretaria de Saúde, caso o PT vencesse, sendo o médico Gastão Wagner de Sousa Campos indicado Secretário da Saúde.

Professor do Departamento de Medicina Social da UNICAMP, como seu antecessor, Gastão tornara-se um dos mais importantes teóricos da saúde pública do país. Crítico do processo privatizante e neoliberal do sistema de saúde, no Documento por ele formulado para o Programa de Governo do PT nas eleições de 1988, defendia a socialização do sistema de saúde através da ampliação do papel do Estado, como forma de romper com a prática mercantilista existente.

"No caso brasileiro, é o dinheiro público que sustenta a lucratividade das empresas médicas, dos hospitais privados e dos grupos privilegiados de médicos. Desta forma, recursos que deveriam ser destinados à elevação do bem-estar coletivo são desviados para garantir o enriquecimento de grupos empresariais que investem na assistência médico-hospitalar" (Campos, 1994, p130)

No mesmo Documento, o autor demonstrava que Campinas, apesar de ser uma cidade privilegiada na questão da saúde, possuía um sistema privado muito forte politicamente, conseguindo prevalecer os seus interesses em vários níveis decisórios, a começar pela CIMS, órgão responsável pela elaboração da política de saúde da cidade (Campos, 1994).

Tal situação só poderia ser modificada a partir do momento em que se criassem mecanismos efetivos de participação popular nos destinos da política de saúde do município. Baseada nestes pressupostos, a administração petista enfatizou o fortalecimento dos Conselhos locais e o Conselho Municipal de Saúde, como órgãos gestores de uma nova prática de atuação.

Outro elemento importante de reformulação foi privilegiar a instalação de uma rede de Centros de Saúde que conseguisse, efetivamente, se transformar na principal porta de entrada do sistema local de saúde, em substituição aos Pronto-Atendimentos, responsáveis por cerca de 70% do atendimento ambulatorial da cidade.

Quanto ao sistema hospitalar, previa-se a duplicação dos leitos do Hospital Municipal Mário Gatti, transformando-o em um efetivo serviço de urgência no município.

Mais que modificações técnicas, a nova administração municipal, buscava viabilizar outra forma de gerir a saúde, com uma participação efetiva e conseqüente nos setores populares.

No entanto, o prefeito Jacó Bittar e o Partido dos Trabalhadores entraram em rota de colisão, acontecendo, em 1991, o rompimento do Partido com a administração municipal. Enquanto membro do Partido, Gastão Wagner solicitou afastamento da Secretaria, não conseguindo implementar as propostas de saúde traçadas.

IV.2 - SAÚDE MENTAL

Uma das propostas apresentadas no "*Seminário de Capacitação para a Gestão da Implementação dos Programas de Saúde na Rede Básica Integrada*", organizado pelo Pró-Assistência e pela FLACSO em maio de 1984, foi a criação de várias comissões, entre elas a de Saúde Mental, vinculadas à Secretaria Executiva do Pró-Assistência, no intuito de elaborar um Programa integrativo para a área a nível público.

A realidade da Saúde Mental em Campinas, naquele momento, não diferia muito do que ocorria a nível estadual e federal, predominando uma prática eminentemente hospitalocêntrica, com poucos serviços ambulatoriais públicos e um serviço de urgência conveniado com o INAMPS. Não havia nenhuma proposta integradora dos serviços e, com raras exceções, o único caminho para os que sofriam de distúrbios mentais era o encaminhamento para algum hospital psiquiátrico da região.

Campinas possuía, no início da década de 80, quatro hospitais psiquiátricos: um filantrópico - *Hospital Cândido Ferreira*, com 216 leitos e três conveniados com o INAMPS - *Casa de Saúde Dr. Bierrembach de Castro*, com 279 leitos, *Hospital Tibiriçá*, com 144 leitos e *Casa de Saúde Vale do Alvorada*, com 195 leitos. No total, o município possuía 834 leitos psiquiátricos, sem um atendimento regionalizado.

Na região havia vários hospitais psiquiátricos, alguns com reconhecida capacidade técnica e qualidade de hotelaria, muito procurados por famílias mais abastadas. Era comum, ao propor a internação psiquiátrica, o médico ser solicitado a encaminhar o paciente para determinado hospital onde ele "seria mais bem atendido".⁵⁴

Esta era a realidade e os poucos serviços ambulatoriais existentes apresentavam uma prática distorcida, cuja função básica era o fornecimento de receitas de psicofármacos ou preenchimento de guias para internações psiquiátricas.

Em Campinas, havia dois *Ambulatórios de Saúde Mental*, um municipal e outro estadual, sem nenhum tipo de integração. O Ambulatório de Saúde Mental municipal criado em 1977 e localizado na esquina da Rua Lauro Müller com a Avenida da Saudade tinha como proposta inicial tornar-se referência dos Postos de Saúde municipais. No início da década de 80, o governo estadual criou o Ambulatório de Saúde Mental, localizado na Avenida Senador Saraiva.

Além dos dois ambulatórios públicos, o INAMPS possuía convênio com um Ambulatório de Saúde Mental privado, com uma demanda de cerca de 3.200 consultas mensais, predominando a prática de obtenção de receitas e guias de internação.

Campinas possuía, desde 1978, um serviço de urgência psiquiátrica particular, conveniado com o INAMPS, denominado de *Unidade Psiquiátrica de Campinas - UPC*. Sua proposta era o atendimento dos quadros de urgência, com leitos de observação por até 72 horas, quando então o paciente receberia alta, ou seria transferido para internação prolongada em algum hospital psiquiátrico da região.

Apesar de uma estrutura assistencial razoavelmente montada, Campinas, como relatamos anteriormente, espelhava no início da década de 80 a Política de Saúde Mental do país, em que uma série de Projetos, Documentos e Planos esbarravam na oposição sistemática dos setores privados, que mantinham, de forma absoluta, a hegemonia hospitalocêntrica.

A situação só começou a se modificar, pelo menos no Estado de São Paulo, com a vitória

⁵⁴ Para se ter uma idéia da quantidade de leitos oferecidos na região, tomemos apenas as cidades próximas de Campinas e teremos os seguintes dados: Americana - 420 leitos; Amparo - 337 leitos; Indaiatuba - 234 leitos; Itapira - 1795 leitos.

da oposição nas eleições de 1982, quando a equipe que assumiu a Coordenadoria de Saúde Mental, comandada pelo Professor Marcos Toledo Ferraz, priorizou a necessidade de ampliar a rede ambulatorial, implantar ações de saúde mental nos Centros de Saúde, recuperar leitos próprios e promover a regionalização, hierarquização e integração dos serviços, como uma estratégia de superação ao modelo asilar predominante.

Estas propostas coadunavam com as apresentadas pelo Plano CONASP e a assinatura do convênio com o governo federal, através das AIS, possibilitou a implantação de vários ambulatórios e Centros de Saúde em todo o Estado. Mas, a ampliação de serviços extra-murais não garantia necessariamente a qualidade do atendimento, sendo preciso viabilizar uma nova prática que rompesse com *"o clássico ciclo onde a doença mental tem o hospital psiquiátrico como único destino"* (Pitta, 1984, p120).

Para modificar esta postura tradicional, a Coordenadoria de Saúde Mental, por meio de sua Divisão de Ambulatórios, lançou em 1983 o documento *"Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios"*, que enfatizava estes serviços enquanto espaços de uma nova postura de atuação assistencial, tornando possível a contenção e o acolhimento do sofrimento psíquico, através de um novo prisma, que não o da internação psiquiátrica.

Foi através desta nova política, que a *Sub-Comissão de Saúde Mental do Pró-Assistência* elaborou em 1984 um Plano de Ação para Campinas.

Este programa, denominado *"Projeto de Saúde Mental para o ano de 1985 da Comissão de Saúde Mental do Pró-Assistência"*, trazia em seu bojo proposta detalhada quanto à estrutura de funcionamento que deveria ser implantada no município, baseado nos conceitos de integração, regionalização e racionalização das ações de saúde. A proposta não se resumia às ações desenvolvidas pelos serviços públicos e Universidades, mas também buscava contemplar as instituições beneficentes, filantrópicas e privadas (Pró-Assistência, 1984)

Na introdução do Projeto, fez-se uma avaliação da assistência em Saúde Mental no município, revelando vários vieses:

"Para começar, não há integração entre os trabalhos de diversas instituições, os fluxos de pacientes não são racionais, não há critérios de regionalização e hierarquização. Isto conduz a uma situação onde existe, ao mesmo tempo, duplicação de atividades e lacunas importantes. A par disto, a falta de recursos é crônica e os recursos existentes são, com frequência, mal utilizados"(Pró-Assistência, 1984, p2).

O diagnóstico situacional se apresentava preciso e, para reverter o quadro, a *Sub - Comissão em Saúde Mental* elaborou alguns pressupostos básicos, que eram a essência do modelo de atendimento preconizado a nível federal e estadual:

"1- A atenção em Saúde Mental deve ser integrada ao Sistema Geral de Saúde, tanto quanto possível e em todos os níveis.

2- Deve ser considerada como porta de entrada no Sub - Sistema de Saúde Mental, exceto para casos de emergência, a equipe primária de Saúde.

3- Deve-se dividir o Sub - Sistema de Saúde Mental em níveis de complexidade crescente.

4- Deve-se assegurar que haja um fluxo adequado de pacientes e informações entre estes níveis, a começar por mecanismos de referência e contra-referência.

5- A prestação de serviços deve ser regionalizada de modo a haver o mínimo de deslocamento e burocracia para a população.

6- Deve-se assegurar aos diversos níveis do Sistema a terminalidade adequada de modo a serem evitadas internações e outros procedimentos sofisticados e dispendiosos.

7- O sistema deverá assegurar a continuidade dos tratamentos. (*Pró-Assistência*, 1984, pp.4e5).

Após definir os pressupostos básicos de atuação, o Documento descrevia as atividades dos diversos níveis do Sub-Sistema de Saúde Mental, dividindo as ações em três níveis:

*Nível 1 - Atividades desenvolvidas nos Centros e Postos de Saúde que deveriam ser a "porta de entrada" do sistema, possuindo uma equipe mínima composta por pelo menos um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, que responderia pelos casos mais simples da região de abrangência.*⁵⁵

Nível 2 - Referentes aos Ambulatórios de Saúde Mental que deveriam comportar uma equipe a mais completa possível, com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, neuropediatras, enfermeiros, visitantes etc.

A função dos ambulatórios seria evitar o recebimento de pacientes diretamente, sendo referência dos Postos de Saúde para casos de maior complexidade, bem como das instituições mais complexas inseridas no nível 3.

*Nível 3 - Composto por Hospitais, Pronto Atendimento, Pensões Protegidas e Oficinas Abrigadas. (*Pró-Assistência*, 1984, p6).*

Quanto a este nível, o Documento alertava para, na implantação do Projeto, a necessidade de rever os convênios com os hospitais, de tal forma que estes se adequassem à nova situação

Em relação aos *Pronto-Atendimentos*, o Documento afirmava que estavam em estudos os

⁵⁵ O documento não preconizava a necessidade de haver equipe mínima em todos os Postos, porém aqueles que a possuísem deveriam servir como referência para os outros Postos da região.

convênios com a PUCCAMP e UNICAMP.

Por fim, o Projeto definia a competência dos serviços, propondo aos *Hospitais Psiquiátricos*:

1- Receber os pacientes provenientes de outros níveis e dos pronto - atendimentos psiquiátricos.

2- Tratar os pacientes utilizando-se das terapias medicamentosas e/ou não medicamentosas adequadas, evitando-se a ênfase exclusiva na medicação e no psiquiatria.

3- Limitar, tanto quanto possível, o período de internação.

4- Fazer com que a família participe do tratamento.

5- Emitir informações assim que receber o paciente.

6- Emitir contra - referência por ocasião da alta do paciente.

7- Por ocasião da alta, se o paciente necessitar de seguimento, utilizar na escolha do local para onde será enviado, de dois critérios:

a) Tipo de tratamento necessário.

b) Proximidade em relação à residência do paciente. (*Pró-Assistência, 1984, p10*)

Estas propostas, quanto à competência dos hospitais psiquiátricos, certamente resumiam conceitos básicos de um serviço minimamente integrado ao sistema de saúde, fato que na prática não ocorria. Os hospitais psiquiátricos, por serem instituições predominantemente privadas, tinham regras próprias, apesar do governo federal, no começo da década de 80, buscar critérios normatizadores mais rígidos. No entanto, a prática rotineira dessas instituições seguia uma norma própria que, salvo raras exceções, tornou-se padrão comum, justificando a necessidade da *Sub-Comissão de Saúde Mental* em delinear a funcionalidade esperada pelos órgãos públicos, em relação aos serviços conveniados.

Algumas questões podem ser citadas como prática rotineira da maioria dos hospitais psiquiátricos privados, conveniados, não só da região de Campinas, como de todo o país:

1- *Internação direta*:

Internar pacientes diretamente, ou seja, "internar na porta", sem que tivessem sido avaliados por outros níveis de atendimento.⁵⁶

2- *Terapêutica*:

A terapêutica usada nestas instituições era basicamente medicamentosa, sem qualquer prática ressocializante ou psicoterápica. Muitas vezes, havia na instituição, profissionais não médicos de nível superior, porém a falta de proposta de trabalho multidisciplinar os compelia a uma ação meramente burocrática, sem poder intervir no tratamento do paciente.

⁵⁶ Apenas alguns anos depois, os hospitais seriam proibidos de internar diretamente, necessitando de guia de internação de ambulatórios ou Pronto-Socorro.

3- Tempo de Internação:

O tempo de internação não respondia às necessidades terapêuticas do paciente, mas às formas de pagamento do INAMPS e à taxa de ocupação mensal. Era prática comum na época manter o paciente internado por cerca de 60 dias para os quadros com diagnóstico de "psicose" e os pacientes tinham noção do tempo que faltava para receber alta, através do número de consultas feitas pelo médico assistente.

Na maioria dos hospitais a consulta médica ocorria uma vez por semana com um período de internação por volta de oito semanas. Assim, o paciente teria oito consultas, sendo este o parâmetro que o mesmo usava para se orientar.

4- Participação familiar:

Esta era uma questão delicada na internação psiquiátrica, pois a maioria dos hospitais pouco informava no momento da internação, sobre a situação do paciente e do tempo necessário para a sua recuperação.

A família era orientada de que ficaria cerca de quinze dias sem contato, como forma de "amenizar a crise". Após este período, a família poderia fazer uma visita semanal, quando receberia informações do médico a respeito do quadro clínico do paciente.

Era norma comum das instituições não permitir que os pacientes fizessem contatos telefônicos externos. Em algumas instituições, as cartas dos pacientes aos seus familiares eram lidas por um membro da equipe e, havendo críticas à instituição ou ao tratamento, elas não seriam enviadas. A justificativa para este tipo de atitude era de que o paciente pressionaria os familiares, solicitando a denominada "alta a pedido".

5- Contra - Referência:

Em muitas instituições, ao receber a alta, o paciente não tinha nenhum encaminhamento e o índice de reinternações era normalmente alto. Na verdade, além de ser uma prática corriqueira dos hospitais psiquiátricos não promover a contra - referência, faltava um sistema de atendimento ambulatorial para estes pacientes, com propostas terapêuticas que evitassem novas internações.⁵⁷

Evidente que este perfil apresentado não representava todos os hospitais psiquiátricos da região, mas era, sem dúvida, a dinâmica da maioria. A política implementada pelas instituições psiquiátricas privadas refletia uma prática cada vez mais arraigada no prisma financeiro, em detrimento de uma proposta terapêutica eficaz.

Em relação ao *Pronto-Atendimento Psiquiátrico*, o Documento preconizava:

1 - Receber os pacientes encaminhados pelos níveis 1, 2 e diretamente, e que necessitem de atendimento imediato.

2 - Efetuar cuidados de avaliação clínica e psiquiátrica.

3 - Efetuar tratamento de até 72 horas.

4 - Emitir sistematicamente informações ao receber o paciente e referência ou contra-referência ao, eventualmente, encaminhá-lo à outra instituição.

⁵⁷ Esta questão a respeito do papel dos ambulatórios foi discutida no capítulo I no que tange à clientela atendida que não era na sua maioria originária do hospital psiquiátrico, mas sim da própria comunidade.

5 - Manter o necessário contato e orientação em relação à família do paciente durante sua permanência.

6 - Após o período máximo de 72 horas, encaminhar, se necessário, o paciente para a continuação do tratamento, levando-se em conta dois critérios:

a) Tipos de tratamento necessário.

b) Proximidade em relação à residência do paciente (Pró-Assistência, 1984 pp.11 e 12).

A competência do Pronto-Atendimento se baseava em ser um novo "filtro de atendimento", a fim de evitar a internação em hospital tradicional. Este serviço teria a função de receber pacientes provenientes dos Postos de Saúde ou Ambulatórios de Saúde Mental, bem como pela demanda espontânea, funcionando ininterruptamente e buscando a estabilização da crise em um período máximo de 72 horas. Após, caso o paciente tivesse condições de alta, seria encaminhado para acompanhamento ambulatorial, ou seria transferido para internação integral, se necessário. Em Campinas, o serviço que apresentava este perfil era a Unidade Psiquiátrica de Campinas - UPC.⁵⁸

Com o advento da Nova República, o perfil progressista instalado nos Ministérios da Saúde e Previdência Social levou a um processo de aperfeiçoamento das AIS, através de modificações nos eixos básicos do modelo sanitário, que norteariam a criação do SUDS e mais adiante do SUS.

Essencialmente, as AIS modificavam o modelo de Planejamento, fortalecendo a *Programação e Orçamento Integrada - POI* - procurando integrar as secretarias estaduais, municipais e a Superintendência do INAMPS em um único instrumento de planejamento no Estado. Assim, os setores públicos e privados prestariam serviços com bases definidas regionalmente.

Com o fortalecimento da POI, as *Comissões Interinstitucionais (CIS, CRIS, CIMS e CLIS)* passariam a planejar e gerir regionalmente as ações de saúde e as comissões compostas por representantes dos serviços prestadores de saúde, tanto do nível público como do privado.

Por fim, as AIS modificavam a forma de financiamento, rompendo com a prática tradicional do repasse aos serviços contratados e conveniados, passando a trabalhar com o conceito de "necessidades de financiamento por programação do setor". A partir de então, o financiamento seria solicitado pelas necessidades regionais específicas e as prioridades seriam elencadas pelas Comissões Interinstitucionais, através de um planejamento de ações de saúde.⁵⁹

O fortalecimento das estruturas estaduais de saúde teve em São Paulo repercussões significativas, visto que a Secretaria Estadual de Saúde era norteadora por uma política bastante favorável ao processo de Reforma Sanitária. Isto ocorria na região de Campinas onde o órgão representativo a nível estadual (DRS-5), municipal (Secretaria Municipal de Saúde) e as

⁵⁸Criada na segunda metade da década de 70, a UPC era uma instituição privada conveniada com o INAMPS, atendendo também a não previdenciários e localizada no centro de Campinas. Desde a sua criação, apresentou distorções em relação à sua proposta assistencial, caracterizando-se mais como um serviço retroalimentador dos hospitais psiquiátricos da região do que como um serviço triador e racionalizador das internações psiquiátricas, encerrando seu atendimento em março de 1986.

⁵⁹Importante salientar que a adesão maciça dos municípios às AIS desencadeou, a partir de 1985, um processo de transferência das despesas do INAMPS do setor privado para o setor público, ou seja, os recursos começavam a ser drenados para os estados e municípios em detrimento daquele setor.

Universidades, apostavam no fortalecimento do modelo que se apresentava.

No entanto, apesar dos avanços no sistema da saúde pública, algumas dificuldades eram sentidas quanto à abrangência dos Departamentos Regionais de Saúde-DRS e pela estrutura verticalizada existente na Secretaria Estadual de Saúde. Associada a isto, a experiência inovadora no processo de gerenciamento integrado do Programa Metropolitano de Saúde no município de São Paulo desencadeou um amplo estudo da S.E.S. juntamente com a *Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP*, buscando promover uma reforma administrativa que adequasse o Estado de São Paulo às diretrizes da regionalização, hierarquização e descentralização administrativa. Deste estudo, surgiu o *Escritório Regional de Saúde - ERSA*, em julho de 1986.

A criação do ERSA buscava viabilizar uma estrutura administrativa central, de dimensão reduzida, para gerência, planejamento e coordenação de todo o setor saúde da sua área de abrangência, incluindo os órgãos federais, estaduais e municipais, públicos e privados, subordinado à coordenação de uma macrorregião administrativa (FUNDAP, 1987).

As modificações na estrutura política e assistencial da Secretaria do Estado da Saúde levaram ao fechamento das quatro coordenadorias, entre elas a da Saúde da Comunidade e Saúde Mental.

Antes da reforma administrativa, a região de Campinas era composta por 83 municípios sob a coordenação do DRS-5 e, com a reforma, os 17 Departamentos Regionais de Saúde do Estado foram transformados em 62 ERSAs. Campinas tornou-se sede do *ERSA-27* compreendendo além desta cidade, os municípios de Americana, Cosmópolis, Indaiatuba, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Santa Bárbara D'Oeste, Sumaré, Valinhos e Vinhedo (FUNDAP, 1987).

Ao mesmo tempo em que o ERSA era criado em São Paulo, a nível nacional implantava-se o *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde- SUDS*, que fortalecia ainda mais os estados e municípios, transformando-os em responsáveis pelo planejamento e execução das ações e serviços de saúde, enquanto a União ficaria encarregada apenas das ações de caráter normativo.

Com as modificações estruturais ocorrendo no Sistema de Saúde, o *Grupo de Trabalho de Saúde Mental da CIMS de Campinas* promoveu em junho de 1987 o *Seminário de Saúde Mental*, que avaliou a situação da nova área de abrangência ERSA-27, tanto no que tange aos recursos hospitalares, como aos extra-hospitalares.

Fazia-se necessário um diagnóstico situacional da região e algumas defasagens foram observadas. A seguir, os dados mais relevantes deste Seminário:

1- Serviços Ambulatoriais:

- Observou-se que os ambulatorios existentes na região eram insuficientes, abrangendo apenas 15% do ideal para o desenvolvimento das ações psiquiátricas a que os Ambulatorios de Saúde Mental se propunham.

- Apesar do município de Campinas possuir praticamente metade da população da região, 80% dos serviços ambulatoriais estavam situados neste município, enquanto Sumaré, Santa Bárbara D'Oeste, Monte - Mor, Nova Odessa e Cosmópolis, que detinham conjuntamente 27% da população regional, não possuíam um profissional sequer da área na rede pública.

- Quanto à forma de atendimento, predominava o tratamento psiquiátrico centrado fundamentalmente no uso de psicofármacos, enquanto o serviço de psicologia se esgotava na avaliação de crianças. O que se observou foi uma baixa resolutividade nos atendimentos, além de haver um uso inadequado dos psicofármacos, caracterizando a falta de critérios para a prescrição.

- O serviço ambulatorial privado conveniado com o INAMPS (CLINICAMP), com 20% dos profissionais, era responsável por 43% dos atendimentos da região. (Neste serviço a média de atendimento era de 6 a 8 pacientes por hora, enquanto no serviço público chegava a haver 1 atendimento a cada três horas).

2 - Serviços Hospitalares:

- Haveria na região uma relação de leitos psiquiátricos acima do preconizado pela Organização Mundial de Saúde, pois os hospitais conveniados ofereciam aproximadamente 1,3 leitos / 1.000 habitantes, com taxa de ocupação próxima a 100%. A OMS preconizava 0,5 leitos/1.000 habitantes.⁶⁰

Cerca de 60% da população internada nos hospitais psiquiátricos era composta por quadros crônicos, tais como alcoolismo, psicoses, oligofrenias e distúrbios da conduta.

- Os hospitais psiquiátricos da região trabalhavam de maneira bastante isolada, não havendo o mínimo de compatibilização entre as ações ambulatoriais e hospitalares" (CIMS - Campinas, 1987, pp3 e 4).

Em suma, podemos observar que em junho de 1987, as deficiências apresentadas no sistema de atendimento à saúde mental eram muito semelhantes ao diagnóstico feito pelo *Pró-Assistência*, dois anos antes. Os serviços ambulatoriais continuavam a exercer uma prática voltada

⁶⁰ Dalgalarro, em sua Dissertação de Mestrado " Repensando a Internação Psiquiátrica - A proposta das Unidades de Internação Psiquiátrica de Hospitais Gerais" relata que a média de leitos por 1.000 habitantes em Campinas (0,97) apresentava-se um pouco acima da existente no país (0,90), porém bem abaixo da região sudeste (1,53) e do Estado de São Paulo (1,27). Importante ressaltar que apesar de tomar como base o Documento da CIMS de 1987, os dados leito/habitante de Campinas diferiam, pois enquanto o documento da CIMS apresentava o valor de 1,3 leitos / 1.000 hab., a dissertação de Dalgalarro preconizava 0,97 leitos/ 1.000 hab. . Talvez o que possa ter provocado essa diferença numérica tenha sido a população estimada do município que, no trabalho de Dalgalarro, foi "projetada em 911.598 habitantes" (Dalgalarro, 1990).

à polifarmacoterapia e encaminhadora de internação, além de concentrados em um único município, enquanto outras cidades da região estavam totalmente desprovidas de atendimento. Outro fator que ressaltava neste diagnóstico era a forte participação de um ambulatório conveniado privado, em detrimento do atendimento público. Certamente, com uma média de atendimento/hora tão elevada, presume-se que este serviço atuava praticamente como "entrepasto de distribuição de fármacos" (Dalgalarrodo, 1990, p72).

Quanto aos serviços hospitalares, a situação pouco diferenciava do modelo hospitalocêntrico. Leitos acima do necessário, taxas de ocupação quase completas, tempo médio de permanência alto, deficiência de profissionais de nível superior e uma população de internados com perfil predominante de crônicos.⁶¹

Pode-se concluir que, apesar dos esforços do sistema público e da Coordenadoria de Saúde Mental da S.E.S. na gestão 1983-86, pouco se modificou na área de saúde mental na região. Naquele momento o SUDS estava sendo implantado. Apesar dos serviços públicos municipais e estaduais iniciarem um amplo processo de discussão referente às questões básicas de saúde, o sistema privado ainda se mantinha intacto, indiferente às propostas assistenciais que se apresentavam.

O próprio documento da *CIMS - Saúde Mental* observava tal situação e no Seminário ocorrido, definiram-se os dois objetivos principais:

- 1- *Impedir a continuidade do modelo vigente de práticas crônicas;*
- 2- *Organização dos serviços de Saúde Mental da região, segundo critérios homogêneos e racionais. (CIMS-Campinas, 1987, p6)*

Para que estes objetivos fossem alcançados, algumas ações deveriam ser viabilizadas no intuito de modificar o perfil da assistência psiquiátrica na região. Para isto, o Seminário apresentou as seguintes propostas e estratégias:

- 1- *Adequação qualitativa e quantitativa dos serviços ambulatoriais seguindo as necessidades dos pacientes internados e da população geral;*
- 2- *Bloqueio do fluxo de pacientes para os hospitais através de internações diretas;*
- 3- *Tornar a proporção de gastos entre leitos hospitalares e serviços ambulatoriais mais favorável aos últimos, assim possibilitando a ampliação de serviços ambulatoriais sem acréscimo de gastos;*

⁶¹ O município de Campinas em 1987 possuía 6 serviços de internação psiquiátrica, com um total de 886 leitos. Destes, 216 estavam localizados em uma instituição filantrópica com razoável número de pacientes moradores (Sanatório Cândido Ferreira); 618 leitos existentes em hospitais privados conveniados (Casa de Saúde Dr. Bierrembach de Castro, Hospital Tibiriçá e Casa de Saúde Vale da Alvorada); 52 leitos localizados em Hospitais Universitários (UNICAMP e PUCCAMP).

4- *Levar os atuais atendimentos em saúde mental a se tornarem programas bem especificados, ou por faixa etária ou por patologia, orientados pelo conjunto de profissionais de cada unidade ou frações deste conjunto;*

5- *Contratação de profissionais em proporção adequada à população e com distribuição geográfica racionalmente determinada;*

6- *Integrar o atendimento de saúde mental aos cuidados gerais à saúde;*

7- *Democratizar a organização dos serviços de saúde mental.*

Quanto às estratégias, propunha-se:

a) *Elaborar programas, com sua implementação simultânea, a partir de discussões dos profissionais interessados, com a presença, ou não, de outros profissionais que tenham experiência nas áreas de programação, a exemplo do que se inicia no programa de atendimento a crianças com dificuldades escolares.*

São quatro os programas em que se deve centrar esforços: de cuidados com psicóticos, de alcoólatras e toxicômanos, de oligofrênicos com distúrbio de comportamento e de crianças com dificuldades escolares.

Estes programas têm a finalidade de, na maior parte, compatibilizar os serviços hospitalares e ambulatoriais, além da organização e reciclagem dos profissionais nas patologias mais prevalentes, no momento, dentro da rede de atendimentos em saúde mental.

b) *Tornar a Unidade Psiquiátrica de Urgência e os serviços ambulatoriais próprios da rede pública as únicas vias de internação em hospitais psiquiátricos, com exceção dos leitos psiquiátricos do Hospital das Clínicas da UNICAMP, não devendo ser pagas, com verbas públicas, as internações ocorridas de outra maneira.*

c) *Formação de equipe multidisciplinar para avaliação e supervisão direta do trabalho de cada unidade, através de visitas regulares e de discussões com os profissionais que prestam atendimento.*

d) *Reuniões regulares dos profissionais da área para apresentação de trabalhos e trocas de experiências.*

e) *Ampliar o número de equipes de saúde mental em Centros de Saúde da rede, segundo os critérios:*

- *Cobertura de população igual ou superior a 50.000 habitantes;*

- *Facilidade de acesso da população;*

- *Planta física do prédio adequada à ampliação da equipe de saúde"(CIMS-Campinas,1987, pp6,7e8).*

As propostas e estratégias apresentadas seguiam o raciocínio de vários outros documentos de saúde mental que buscavam alternativas concretas à prática hospitalocêntrica existente. Com a criação do ERSA, e mais ainda com o SUDS, o processo de municipalização que se iniciava aferia aos serviços públicos uma função normatizadora e gerenciadora que não havia anteriormente. Porém, tudo dependia da correlação de forças existentes.

No final de 1988, a eleição de Jacó Bittar para prefeito e a indicação de Gastão Wagner Sousa Campos para a Secretaria Municipal de Saúde, prenunciava um novo modelo de saúde mental .

Campinas, no início de 1989, possuía uma rede de serviços em saúde mental composta basicamente de dois Ambulatórios e alguns poucos Centros de Saúde que contavam com profissionais especializados. havia também a Unidade Psiquiátrica de Urgência da PUCCAMP, então com 32 leitos; a enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, com 14 leitos; e os hospitais psiquiátricos da região, com 834 leitos.

A situação que se apresentava, apesar das propostas de mudanças, era de um serviço ambulatorial "cronificador", com quase total ausência de atendimento a psicóticos e alcoolistas, que continuavam a ser encaminhados diretamente para internação (Medeiros,1994). A UPU da PUCCAMP não conseguia se transformar em uma alternativa efetiva aos hospitais psiquiátricos e a UNICAMP mantinha um perfil estritamente acadêmico em sua enfermaria.

Nesta época, no entanto, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil esboçava projetos de mudanças, polarizando-se entre uma prática oficial menos ambiciosa de reestruturação da assistência psiquiátrica, em contraposição ao modelo preconizado por segmentos sociais, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que reivindicava uma prática desinstitucionalizante por meio da desconstrução do aparato manicomial.

Em Campinas, o modelo a ser implantado na administração petista tendia, ao menos teoricamente, às propostas da Psiquiatria Democrática Italiana que, no entanto, não se efetivaram por completo. Como afirmou uma assessora da área de saúde mental na época para Medeiros em sua Tese de Doutorado, ao comparar o modelo desenvolvido por Santos, de vertente basagliana, e o ocorrido em Campinas, definido por ela como um modelo "híbrido":

"Santos adota um modelo basicamente da psiquiatria italiana, que é diferente do nosso, embora teoricamente a gente se refira muito à psiquiatria italiana. A diferença é que Santos começou a lidar com a saúde mental (na esfera municipal), a partir de dentro de um hospital; o nosso ponto inicial e central de atuação não é esse. Tanto que nós começamos pela Rede, e isso é basicamente outro modelo"(Medeiros,1994, p90).

Destarte, ao assumir a Secretaria Municipal de Saúde, Campos observou que seria necessário viabilizar uma nova proposta que rompesse com os modelos direcionados do preventivismo, que reproduzia na saúde mental, de forma mecânica, o que era proposto na saúde geral, através de um sistema hierarquizado nas atenções primária, secundária e terciária. Acreditava ser *"equivocada a pretensão de somente criar ambulatórios de saúde mental como forma de 'situar' os hospitais psiquiátricos e, desta forma, evitar as internações"(Medeiros,1994, p84).*

Necessitava-se criar um modelo substitutivo ao apresentado, porém, mais que isto, precisava-se superar as resistências de muitos trabalhadores em saúde mental para a busca do "novo", envolvendo-os em uma política muito mais ampla que a existente naquele momento. Assim, a proposta de um *Seminário dos Trabalhadores em Saúde Mental* seria um importante espaço para discutir as práticas a serem viabilizadas naquela gestão. Em março de 1989, este Seminário foi realizado.

Com a participação de profissionais e convidados da área, o Seminário enfatizou a necessidade de mudança significativa no modelo assistencial da cidade. As propostas aprovadas ficaram assim delineadas, segundo Medeiros:

"1- Desospitalização - Como forma de combater e desincentivar o uso predominante desse recurso no âmbito da saúde mental, pois se mostrava ineficaz na resolução dos problemas da área;

2 - Atenção Descentralizada - Para distribuir os serviços e os técnicos de modo regionalizado, e como forma de combater a ineficácia e cronificação provocada pelos serviços especializados (ambulatórios), cujas ações revelavam-se incentivadoras de internações hospitalares e de medicalização;

3 - Hierarquização dos Serviços e das Ações de Saúde - Para atender a diversidade da demanda, evitar a cristalização do modelo psicoterápico - tido como técnica alienista - e evitar internações hospitalares;

4 - *Três Frentes de Atenção nos Centros de Saúde - a) Atendimento à demanda específica, com vistas a aumentar a resolutividade e a cobertura da atenção; b) Trabalho integrado com o restante da equipe de saúde, de modo a melhorar a qualidade dos atendimentos, focalizando-se aspectos emocionais dos clientes, contribuindo na dinâmica de funcionamento interno da equipe; c) trabalhos na comunidade, através de ações preventivas e educativas para evitar a internação e segregação dos doentes mentais;*

5 - *Criação de serviços intermediários entre a hospitalização e o atendimento ambulatorial" (Medeiros,1994 ,p151).*

Esses cinco pontos foram interpretados de formas diferentes e receberam críticas bastante sedimentadas quanto à política a ser adotada na gestão que se iniciava.⁶²

Não é finalidade desta tese avaliar os anos 90, porém acreditamos ser interessante uma análise das propostas delineadas no Seminário, observando alguns desdobramentos importantes que ocorreram a seguir. Para facilitar o entendimento do processo a ser estudado, dividiremos as propostas em três eixos: *Assistência Hospitalar, Assistência Extra-Hospitalar e Serviços Intermediários.*

1-Assistência Hospitalar:

Neste trabalho já discutimos várias vezes sobre as propostas desospitalizantes de muitos Documentos e Planos Reorientadores da Política de Saúde Mental. Campinas, no início da década de 90, apresentou um avanço significativo quanto à prática desospitalizante, no entanto, aferirmos que este processo fez parte de uma política desinstitucionalizante mais ampla, como ocorreu por exemplo em Santos, não seria de todo correto. Torna-se importante frisar que tanto a *Secretaria Municipal de Saúde* como a *Assessoria de Saúde Mental do ERSA -27* tiveram, em determinados momentos, ações eficazes no processo de diminuição dos leitos hospitalares da região e de modificação da prática de alguns hospitais psiquiátricos.

A Secretaria Municipal de Saúde assumiu em 1990 o gerenciamento, através de um processo de co-gestão, do mais antigo Hospital Psiquiátrico de Campinas, o *Dr. Cândido Ferreira*. Na época, essa instituição apresentava um déficit financeiro insustentável e o seu fechamento resultaria em uma situação difícil de ser administrada pelo município, pois dos 216 pacientes internados, a grande maioria era de crônicos.

Com o convênio de co-gestão, foi estabelecido um Conselho Diretor, formado por representantes da Secretaria Municipal de Saúde, ERSA-27, UNICAMP, PUCCAMP, funcionários e Associação Dr. Cândido Ferreira (entidade mantenedora).

A proposta elaborada era a transformação do modelo asilar para uma estrutura assistencial que privilegiasse a reabilitação psicossocial. Apesar de muitos problemas no início, devido às dificuldades em reorganizar uma prática inovadora, gradativamente foram sendo efetuadas reformas

⁶² No intuito de conhecer melhor as críticas levantadas, deve-se consultar a tese de Doutorado de Maria Heloisa da Rocha Medeiros "A Reforma da Atenção ao Doente Mental em Campinas: Um Espaço para a Terapia Ocupacional", 1994, pp150,151,152e153).

nas instalações físicas, bem como na maneira de gerenciar e agir daquele antigo asilo (Medeiros, 1994; Amaral, 1995).

O processo de desconstrução do modelo manicomial apresentado começou com a criação de serviços que viabilizassem uma postura claramente desinstitucionalizante. Inicialmente, foi criado, em março de 1991, o *Hospital-Dia*.

Com capacidade para até 70 pacientes diários, com trabalho predominantemente grupal, com o passar dos anos, este serviço modificou em alguns aspectos o seu perfil, atendendo também muitos pacientes provenientes da enfermaria de agudos da mesma instituição.

Foi criada também uma *enfermaria para pacientes agudos* que até o ano de 1992 possuía 55 leitos, chegando a 82 leitos e, a partir de 1993, reduzido para 46 leitos. Atualmente esta enfermaria serve de referência para serviços da região, principalmente para as enfermarias psiquiátricas da PUCCAMP e UNICAMP, com uma média de permanência de 28 dias (Amaral, 1995; Pitta et al., 1995).

Durante longos anos foi um serviço de internação de pacientes crônicos, por isso no início da co-gestão havia cerca de 130 moradores na instituição. Inicialmente, criaram-se espaços próprios de moradia, conforme o grau de autonomia dos pacientes e em 1991 foi inaugurado o primeiro *Lar Abrigado*, destinado a seis moradores da instituição (Amaral, 1995; Figueiredo & Dias, 1996).

Além desses modelos, surgiu o *Núcleo de Oficinas Terapêuticas - NOT*: espaço de recuperação da capacidade de trabalho tanto de pacientes internados como externos. A princípio, o NOT desenvolvia apenas atividades culinárias, evoluindo para outras oficinas como agrícola, artesanato e gráfica (Figueiredo & Dias, 1996).

Com o passar dos anos, o agora denominado "*Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira*" se transformou em um dos modelos mais emblemáticos de uma ação desinstitucionalizante, partindo do interior do próprio manicômio. O trabalho desenvolvido tornou-se referência de práticas antimanicomiais da Organização Mundial de Saúde.

Se por um lado a Secretaria Municipal de Saúde avançava de forma significativa na transformação do Hospital Cândido Ferreira, por outro lado, a Secretaria Estadual de Saúde, através da assessoria de Saúde Mental do ERSA-27, também buscava reverter o perfil hospitalocêntrico da região. Este processo tornou-se mais efetivo a partir de 1990, com a indicação da psicóloga Osmarina Fátima Ruiz para o cargo de assessora de saúde mental.

Vinda de Presidente Prudente, interior de São Paulo, Osmarina, em um primeiro momento, avaliou a região de Campinas e concluiu que havia muitos recursos na área, porém encontravam-se desarticulados; a quantidade de leitos psiquiátricos estava acima do necessário e havia uma má qualidade no atendimento, além dos hospitais psiquiátricos terem facilidade para internar, por possuírem os laudos de emissão de AIH.

Inicialmente, foi criada a *Comissão Interinstitucional de Saúde Mental* em que os serviços, com atendimento na área, discutiriam as propostas referentes ao setor. Desta Comissão participariam também os hospitais psiquiátricos da região.

A primeira proposta da Comissão foi a criação de uma *Central de Vagas*, cujo objetivo principal era a racionalização dos leitos psiquiátricos e a descentralização dos laudos das AIHs para os serviços que possuíssem equipes de saúde mental, retirando-os dos hospitais psiquiátricos. Desta forma, Centros de Saúde, ambulatorios e serviços de psiquiatria em hospital geral, quando necessitassem, solicitariam para a Central de Vagas a internação, que indicaria o hospital a ser encaminhado.

O hospital psiquiátrico, que antes internava diretamente por possuir as AIHs, a partir da criação da Central de Vagas, só receberia pacientes encaminhados por ela. Caso internasse

urgências, o hospital deveria informar imediatamente à Central, que poderia ou não aceitar a internação.⁶³

Mais que a questão da remuneração ou não das internações, a assessoria de saúde mental viabilizou a montagem de um sistema de controle e supervisão das instituições, garantindo uma qualidade de assistência hospitalar no mínimo razoável para a manutenção do atendimento, através do SUDS.⁶⁴

Assim, foram criadas equipes de supervisão e controle que elaboravam relatórios a respeito da situação dos hospitais psiquiátricos da região. Neste processo, observou-se que os hospitais *Bierrembach de Castro e Alvorada* mostravam problemas quanto ao espaço físico, medicamentos, alimentação, tempo médio de permanência e inexistência de um projeto técnico.

O *Hospital Bierrembach de Castro*, um dos mais tradicionais do município, localizado na região central, com capacidade de 279 leitos, possuía um corpo técnico razoável, porém sem um trabalho multidisciplinar, priorizando o uso excessivo de medicamentos, além das condições ambientais bastante deterioradas. A assessoria de saúde mental do ERSA propôs um trabalho de supervisão a fim de sanar os problemas existentes. No entanto, os donos do hospital entendiam que estava oneroso manter a instituição, devido ao baixo valor das diárias e optaram pelo fechamento do hospital. Como a maioria dos pacientes internados era alcoolista, foi feito um processo gradativo de esvaziamento que durou dois meses, e em 1991 o hospital encerrou suas atividades.⁶⁵

O *Hospital Alvorada* encontrava-se em situação caótica, com 195 leitos disponíveis. Era um hospital misto, sem banheiros diferenciados, pouquíssimos atendentes, alimentação de péssima qualidade, sem médico clínico e com predomínio de pacientes alcoolistas trabalhando em várias funções na estrutura hospitalar. A proposta do grupo de assessoria técnica foi de interromper as internações até que a situação se normalizasse; porém, a reação da direção do hospital foi de pressão para que a instituição continuasse a receber pacientes internados.

"Como a situação do hospital era crítica, a Central de Vagas parou de mandar pacientes para lá. Os donos não aceitaram e começaram a mandar telegramas para os familiares dos pacientes internados dizendo que eu havia mandado dar alta. No telegrama, foi dado o telefone de minha casa e os familiares começaram a me pressionar. Então eu propus que o hospital permitisse que os familiares destes pacientes fizessem uma supervisão juntamente com o ERSA para conhecer a situação real da instituição. O hospital não concordou" (E.5).

⁶³Na prática esta situação era desenvolvida pela Unidade de Avaliação e Controle - UAC - do ERSA, que trabalhava em conjunto com a Central de Vagas. Caso o hospital continuamente apresentasse internações de urgência, a UAC poderia ir até a instituição e avaliar a real justificativa para a emissão da AIH, sendo que se não houvesse necessidade, o SUDS não remuneraria.

⁶⁴ Não devemos esquecer que foi com o SUDS que o sistema público de saúde assumiu o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, inclusive do setor privado conveniado. Desta forma, o setor privado, a partir de então, deveria "prestar contas" de suas ações para não perder o credenciamento.

⁶⁵ Alguns anos depois, a área do Hospital Bierrembach de Castro se transformou em um conjunto de edifícios de alto padrão, em região extremamente valorizada de Campinas

Em setembro de 1991, o Hospital Alvorada foi descredenciado e uma entidade religiosa assumiu a instituição, propondo transformá-la em um serviço de internação privada para alcoolistas e drogaditos. A experiência, porém, durou poucos meses.

Ao lado do trabalho de supervisão e controle às instituições psiquiátricas, a assessoria de saúde mental do ERSA iniciou um projeto de supervisão a alguns municípios da região, no intuito de dar condições à implementação de serviços de saúde mental. Priorizaram-se os municípios que possuíam hospitais psiquiátricos e Americana, por ter dois hospitais, foi escolhida como piloto para a viabilização do projeto. A discussão referente à saúde mental envolvia não só os representantes dos ambulatórios e dos hospitais psiquiátricos, como familiares, Centros Comunitários, Alcoólatras Anônimos, Polícia, Prefeitura etc.

Sem dúvida este foi um momento bastante enriquecedor quanto à política desospitalizante implantada no município e região. Porém, diminuir leitos não era suficiente, fazia-se necessário viabilizar outros projetos na estrutura de saúde mental de Campinas.

2- Atendimento Extra-Hospitalar:

A avaliação realizada no final dos anos 80 era da necessidade de viabilizar uma alternativa concreta à desinstitucionalização, que em absoluto se esgotava na desospitalização. Era preciso criar serviços extra-hospitalares, como os preconizados em vários manuais de assistência psiquiátrica, entretanto, com um perfil mais abrangente, através de serviços integrados e modificadores das relações internas entre os profissionais da área.

Certamente, este foi um ponto que ofereceu forte resistência de alguns profissionais, pois, ao buscar um novo modelo de atenção em detrimento dos papéis cristalizados da identidade profissional, rompia-se com o viés corporativista que poderia levar a uma descaracterização de suas funções.

A proposta da Secretaria de Saúde era colocar, em quatro anos, equipes de saúde mental nos 36 Centros de Saúde existentes no município, formando um perfil de trabalho "horizontalizado" entre os profissionais, privilegiando mais o trabalho de equipe e menos a atuação individual e isolada.

"As alterações de papéis e funções dos servidores, implícitas naquela proposta, provocaram reações contundentes, principalmente nos mais antigos. Nas grandes reuniões promovidas pela Secretaria, os atores se opunham radicalmente a tudo, parecendo estarem atados a estruturas fixas e imóveis, tanto do ponto de vista profissional como pessoal" (Medeiros, 1994, p155).

Não seria fácil para alguns profissionais que, durante longos anos desenvolveram um trabalho em que acreditavam correto, a partir de então modificassem a sua concepção estrutural. É certo que muitos profissionais lutavam pela manutenção desta estrutura, como perpetuação de seus muitos privilégios.

A proposta de viabilizar equipes mínimas de saúde mental em todos os Centros de Saúde durante os quatro anos do governo Bittar não se efetivou; no entanto, houve um acréscimo significativo, ao menos quantitativamente, do número de serviços com equipe.

Ao final do governo Bittar em 1992, dos 41 Centros de Saúde, 19 possuíam profissionais de saúde mental; porém, a maioria (13 Centros de Saúde) com apenas um ou dois profissionais da área, com carga horária variando entre 20 e 30 horas semanais (Guarido, 1993; Pitta et al., 1995).

Apesar da maior parte dos serviços não possuírem equipes completas, observa-se que a

formação e capacitação destes profissionais era bastante qualificada: muitos com cursos de pós-graduação e extensão universitária, denotando um bom aprimoramento técnico. Todavia, o trabalho de alguns destes profissionais estava mais voltado aos interesses privados que às diretrizes imprimidas pela Secretaria Municipal de Saúde (Guarido, 1993).

Certamente este foi um dos pontos que inviabilizou a proposta lançada no Seminário de Saúde Mental, de diversificação do atendimento, no intuito de ampliar a demanda. Em muitos serviços, era o perfil da clientela que se adequava aos profissionais, e não estes que procuravam se coadunar às necessidades da população assistida. Como afirmou Guarido, com muita propriedade:

"Embora definida em Seminário de Saúde Mental em 1992 como prioridade a atenção a pacientes graves e alcoolistas, em muito poucos Centros de Saúde organizou-se algum trabalho mais planejado e eficiente com este objetivo; no geral a demanda de pacientes graves continua recebendo apenas medicação, e nada se faz em relação aos alcoolistas. Parece que, com poucas exceções, os profissionais desconhecem as necessidades da população local em saúde mental, limitando-se a receber a demanda que chega ao Centro de Saúde e responder de acordo com suas preferências ou habilidades específicas" (Guarido, 1993, p7).

3- Serviços Intermediários:

A mudança do modelo assistencial no município de Campinas não se deu apenas nos avanços referentes aos hospitais psiquiátricos, centros de saúde e ambulatorios. Analisaremos sucintamente a criação de alguns serviços intermediários que surgiram anteriormente, ou no final da administração Bittar.

Desde o início dos anos 90, principalmente após a incorporação do Hospital Cândido Ferreira à Secretaria Municipal de Saúde, várias discussões foram feitas no intuito de ampliar os modelos assistenciais no município. Dentre as opções, o *Centro de Atenção Psicossocial - CAPS* tornou-se o mais viável para aquele momento político.

O projeto de implantação do *CAPS* tinha como objetivo o desenvolvimento de um serviço que tornasse uma alternativa concreta às internações integrais, transformando-se em uma referência para a região a ser atendida, além de ser um espaço de produção cultural, trabalho e intercâmbio da comunidade.

Quanto à dinâmica de funcionamento, propunha-se atendimento preferencial a psicóticos, principalmente aqueles que apresentassem história de internações anteriores.

O *CAPS* funcionaria como referência de Centros de Saúde, Prontos-Socorros, Hospital - Dia e Hospitais Psiquiátricos, além da demanda espontânea; aberto 24 horas por dia, com leitos de emergência para pacientes em crise. No entanto, o processo de criação de dois *CAPS*, quase que simultaneamente e na mesma região da cidade (zona oeste), foi feito de forma apressada, sendo contratadas as equipes em novembro de 1992, não contando com espaço físico para a instalação dos serviços e planejamento da funcionalidade deles.

Em fevereiro de 1993, iniciou o funcionamento do *CAPS-Integração*, atuando em conjunto com a Prefeitura e a PUCCAMP, localizado em um imóvel pouco adequado para a

instalação deste serviço. Dois meses depois, foi inaugurado o *CAPS-Aeroporto*.

Na análise feita por Dias e Figueiredo em 1994 foram detectadas, quanto a estes serviços, algumas dificuldades básicas: falta de medicação de depósito, alimentação e pessoal para atendimento domiciliar no CAPS-Aeroporto e falta de um espaço físico adequado, alimentação, medicamentos e mobília no CAPS-Integração. Os dois serviços funcionavam no período das 8 às 18 horas, durante a semana, não havendo leitos para internação (Dias & Figueiredo, 1996).

Dentre os pontos positivos apresentados, destaca-se o trabalho desenvolvido com pacientes psicóticos, resgatando a possibilidade de convivência social e familiar, sem a necessidade de internação integral (Dias & Figueiredo, 1996).

Vale uma reflexão: A criação dos CAPS foi feita baseada em um cronograma pré - estabelecido, com planejamento e avaliação epidemiológica das regiões a serem abrangidas? Os objetivos principais estariam sendo atingidos? Devemos lembrar que a viabilização dos CAPSs ocorreu em pleno período de eleições municipais, o que certamente foi um fator preponderante para a sua implantação, sem os cuidados necessários.

Além do CAPS, devemos destacar a *Unidade Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da UNICAMP*, inaugurada em dezembro de 1986, possuindo 16 leitos, atendendo preferencialmente pacientes psicóticos, com uma média de permanência de 25 dias. Desde o seu surgimento, este serviço foi primordialmente acadêmico, por estar vinculado a uma escola médica e possuir no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, alunos de graduação, residentes e pós - graduandos.

Outro serviço a ser destacado é a *Unidade Psiquiátrica de Urgência - UPU - Do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCCAMP*, que será objeto de estudo adiante .

CAPÍTULO V

SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

"Acusa-se a Emergência de clandestina, por não oficializada ainda. De errar diagnóstico quando fazemos, de certo modo, psiquiatria de guerra. De não dispormos de laboratório clínico, de só internarmos por três dias, de serem insuficientes as observações, sem se lembrarem das injunções de uma emergência, sempre com o argumento de que lugar de tratar é o hospital. Não se perdoou nem a vinda de mendigos piolhentos.

Tais críticas são prato predileto de políticos decepcionados com a substituição de critérios de albergue por critérios técnicos para internar. E um régio presente a empresários de saúde interessados na degradação dos serviços públicos de assistência."

Luiz Cerqueira

Esta frase foi proferida por Luiz Cerqueira (1984), em tom de desabafo, no dia 30 de setembro de 1973, quando do fechamento, após dois meses de funcionamento, do Serviço de Emergência Psiquiátrica por ele criado. Mais que uma possível lamúria ante um serviço inviabilizado, uma crítica contundente e realista à situação vivida pelos modelos extra-hospitalares, em específico as Emergências Psiquiátricas, enquanto propostas alternativas ao modelo hospitalocêntrico hegemônico.

Os modelos extra-hospitalares no início da década de 70 não representavam, em absoluto, algo que pudesse ameaçar o forte *"aparato manicomial privado"*, que naquele momento encontrava-se em franca expansão, principalmente por ser um modelo assistencial praticamente inexistente em nosso país.

O primeiro *Serviço de Emergência Psiquiátrica - SEP* que se tem conhecimento no Brasil é o *Pronto Socorro do Instituto de Psiquiatria do Centro Psiquiátrico Nacional*, localizado no Rio de Janeiro e inaugurado em 13 de agosto de 1955. Este serviço foi criado na gestão de Jurandy Manfredini, sucessor de Adauto Botelho no Serviço Nacional de Doenças Mentais (Gomes, 1993).

Antes da criação do serviço e mesmo depois, por um longo período, as emergências psiquiátricas caracterizavam-se pelo aspecto médico-legal, sendo tratadas como *"casos de polícia"*, pois as situações de emergência eram atendidas pelas viaturas policiais que as encaminhavam às Delegacias. Os pacientes ficavam detidos com prisioneiros comuns, conforme relatou Manfredini, ao justificar a necessidade de criação de um Pronto-Socorro Psiquiátrico, citado por Gomes:

*"O Serviço Nacional de Doenças Mentais ressentia-se da falta de um Pronto - Socorro Psiquiátrico, destinado a assistir e recolher doentes mentais agudos, na via pública ou em residência. Desde tempos imemoriais o recolhimento de psicopatas vem sendo feito pela Polícia Civil, que, como é natural, dá aos doentes um tratamento de presos, inclusive recolhendo-os aos xadrezes das Delegacias onde ficam por longo tempo em completa promiscuidade com os detentos comuns" (*Manfredini, apud Gomes, 1993, pp 49e50).*

Esta prática não era permitida por lei, pois desde 1927 o Decreto 5.148-A, também conhecido como *Decreto de Assistência a Psicopatas*, em seu artigo sétimo regulamentava:

"É proibido manter psychopatas em cadeias públicas ou entre criminosos" (Figueiredo, 1996, p171).

Quase trinta anos depois, o próprio diretor do órgão responsável pela assistência ao doente mental no país, reconhecia esta prática como, no mínimo, ilegal, em uma situação que se encontrava próxima do caótico. Talvez a justificativa fosse a deficiência de leitos psiquiátricos, o que de certa forma ocorria. Mas não porque a política de saúde mental da época não estimulasse este tipo de situação, pelo contrário, os anos 40 e 50 foram caracterizados por uma política claramente privilegiadora da criação de macro-hospitais públicos, elevando-se em 16.000 leitos psiquiátricos naquele período.

Certamente, a mudança de perfil de uma sociedade rural para capitalista industrial urbana desencadeou o crescimento de uma população marginal, não produtiva, que teria na "exclusão social", ou seja, no hospital psiquiátrico, o seu destino final.

A década de 50 foi um período de significativas mudanças no âmbito da psiquiatria mundial, principalmente na Europa e Estados Unidos (Comunidades Terapêuticas, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Comunitária, Unidades de Psiquiatria em Hospital Geral). Apesar do Brasil não acompanhar essas modificações em desenvolvimento, alguns reflexos, mesmo que tímidos, podiam ser observados.

Vale frisar que estas modificações eram extremamente débeis, pois a política oficial preconizada mantinha-se hospitalocêntrica. Alguns serviços universitários buscavam novas alternativas, viabilizando principalmente a criação de unidades psiquiátricas em hospital geral, como a enfermaria de psiquiatria no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia (Brasil, 1982; Dalgalarondo, 1990).

Criada em 1954, quando o Prof. Nelson Pires assumiu a chefia do Serviço de Psiquiatria da Universidade Federal da Bahia, possuindo no seu início apenas seis leitos femininos. É considerada por muitos, como a primeira unidade psiquiátrica em hospital geral no Brasil⁶⁶. Em 1957, a Faculdade de Medicina do Recife transferiu o ensino de psiquiatria do Hospital da Tamarineira para a Santa Casa de Misericórdia, onde foi instalado um pavilhão psiquiátrico com capacidade para 20 leitos (Brasil, 1982; Dalgalarondo, 1990).⁶⁷

⁶⁶ No entanto, Sampaio (1988) relata a existência de uma unidade psiquiátrica em hospital geral desde 1932, no Hospital Regional Antônio Dias, com capacidade para 10 leitos, na cidade de Patos de Minas - M.G.

⁶⁷ Neste caso, não foram consideradas as Santas Casas que, no século XIX, atendiam e até internavam doentes mentais, mas não necessariamente baseados em um perfil terapêutico, mas de total exclusão.

Em referência aos Serviços de Emergência Psiquiátrica no Brasil, após o surgimento do primeiro Pronto-Socorro Psiquiátrico em 1955, apenas nove anos depois, em 1964, foi inaugurado o segundo Pronto-Socorro, também no Rio de Janeiro, vinculado ao Hospital Pinel, na zona sul do município. Este serviço seguia o modelo do antecessor, funcionando sob um perfil médico-legal, recebendo chamadas dos Distritos Policiais e dos Prontos - Socorros gerais. Os pacientes poderiam ser avaliados em suas residências e, caso justificasse, seriam encaminhados para o Pronto-Socorro psiquiátrico, onde ficariam por até 72 horas em observação. Se não ocorresse melhora dos sintomas, o paciente seria internado no próprio Hospital Pinel, ou em algum hospital psiquiátrico conveniado ou privado, conforme o desejo e possibilidade da família (Gomes,1993).

O perfil das emergências psiquiátricas viria a se modificar no início dos anos 70, quando o discurso preventivista, sob forte influência da psiquiatria comunitária norte-americana, começou a atuar de forma mais incisiva no pensamento psiquiátrico nacional.

V.1-Algumas Considerações sobre os Serviços de Emergência Psiquiátrica nos Estados Unidos

Nos Estados Unidos da América, o Serviço de Emergência Psiquiátrica - SEP - surgiu na década de 20, primeiramente nas salas de emergência dos hospitais gerais, principalmente nas grandes cidades americanas. Não havia um médico psiquiatra para atender estes casos e o denominado "médico de família", então muito em voga, tornara-se o responsável pelo atendimento psiquiátrico. Com o aumento do número de casos nas salas de emergência, os residentes em psiquiatria passaram a ser responsáveis pelo atendimento (Wellin et al.,1987; Menon,1994).

Nos anos 30, surgiram os serviços de emergência psiquiátrica ligados aos hospitais psiquiátricos, cuja função específica era atender os pacientes que recebiam alta da instituição. Caso eles tivessem dificuldade na reintegração social, procuravam o SEP e eram imediatamente atendidos, buscando-se evitar a reinternação. Importante notar que a Emergência do Hospital Psiquiátrico apresentava um perfil específico de atendimento aos pacientes que haviam recebido alta da própria instituição, enquanto a Emergência Psiquiátrica, ligada ao Hospital Geral, abarcava toda a clientela que necessitasse de algum tipo de atendimento.

Com o final da Segunda Guerra Mundial, os movimentos psiquiátricos europeu e norte-americano reavaliaram sua prática assistencial, até então predominantemente asilar. Já não era mais possível manter confinados milhares de doentes mentais em instituições que lembravam "*campos de concentração*", além da necessidade de mão de obra para a reconstrução do continente europeu, devastado por uma guerra que deixou o saldo de 40 milhões de mortos e mutilados. A assistência psiquiátrica sofreu uma revisão conceitual e de ordem prática, tornando-se mais humanizada. Pitta (1984), de forma lúcida, questiona:

"A guerra recoloca a questão da razão e da desrazão em múltiplas faces. Afinal, quem eram os insanos? - os que restavam ainda milagrosamente vivos, sobrevivendo à fome e maus tratos abandonados atrás de muros e grades? - O que dizer daqueles milhares de militares desativados aos quais durante o conflito, tudo fora permitido e possível, desde que praticado contra o inimigo e que então se deparavam com outros padrões de conduta e comportamento? Afinal, o que fora e o que deixara de ser patológico? (Pitta, 1984, p5).

Nos Estados Unidos, uma prática mais vinculada à comunidade, com o atendimento de pacientes com distúrbios mentais, sem a necessidade de internação em hospitais psiquiátricos, desencadeou a viabilização de uma nova proposta assistencial, denominada de *Psiquiatria Preventiva*.

Sob a influência da psiquiatria de setor francesa e da socioterapia inglesa, a psiquiatria preventiva norte-americana surgiu em um momento em que críticas à assistência psiquiátrica e, em particular, às instituições hospitalares tornaram-se mais intensas, principalmente a partir do censo realizado em 1955, demonstrando as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos, apontando para a necessidade de medidas saneadoras urgentes.

O resultado destas críticas foi o decreto do Presidente Kennedy, em fevereiro de 1963, denominado de "*Community Mental Health Center Act*" que, baseado nos conceitos preventivistas lançados pelo Professor Gerald Caplan, redirecionou os objetivos da psiquiatria, que, a partir de então, incluiria como objetivo a redução da doença mental nas comunidades, enfatizando a promoção de um novo objeto de ação: *A Saúde Mental*.

Este decreto não foi assinado apenas pela caótica situação das instituições psiquiátricas, mas também buscando um novo tipo de intervenção social que conseguisse, de certa forma, controlar as conturbações sócio-culturais que se apresentavam na época, como relata Amarante:

"É um período em que os EUA estão às voltas com problemas extremamente graves, tais como a Guerra do Vietname, o brusco crescimento do uso de drogas pelos jovens, o aparecimento de gangs de jovens desviantes, o movimento beatnik, enfim, de toda uma série de indícios de profundas conturbações no nível da adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia" (Amarante, 1996, mimeo).

Esta era a contribuição que o preventivismo poderia dar a uma sociedade que se encontrava cada vez mais em dificuldades, com seus problemas e contradições.

Baseado no modelo clássico da "*história natural da doença*" proposto por Leavell e Clark, os distúrbios mentais poderiam e deveriam ser prevenidos ou detectados precocemente. Então, ao invés de aguardar a eclosão da doença em toda a sua intensidade, dever-se-ia buscá-la na comunidade, criando serviços de facilitação de atendimento para os que necessitassem de assistência psiquiátrica.

Para que isto ocorresse de forma eficaz, viabilizaram-se serviços de intervenção precoce que, baseados nos conceitos da saúde pública, foram caracterizados em primários e secundários. Evitava-se assim o surgimento ou o desenvolvimento de casos de doença, levando a uma perda gradativa da função terciária, representada pelo hospital psiquiátrico. Assim, alargou-se o campo para intervenção preventiva, que teria sua ação no meio social, inibindo a produção de condutas patológicas.

"O conceito chave que permite a possibilidade de uma intervenção preventiva é o de crise, estabelecido a partir dos conceitos de adaptação e desadaptação social, provenientes da sociologia. Em outras palavras, saindo do terreno específico da psiquiatria para pensar e conceituar as doenças mentais, Caplan lança mão de teorias sociológicas que versam sobre as relações entre os sujeitos e a sociedade, nas quais existem momentos, ou sujeitos, ou ainda segmentos, mais ou menos adaptados, mais ou menos desadaptados às regras sociais, à convivência social. Aqui é utilizado o conceito de desvio, transportado da sociologia e da antropologia, entendido como um comportamento que foge, proposital ou forçosamente, à norma socialmente estabelecida"(Amarante,1996, mimeo).

A apresentação deste projeto marcou a adoção do preventivismo, não apenas nos Estados Unidos, como pelas organizações sanitárias internacionais(OPAS/OMS) e por vários países, incluindo os da América Latina.

Para muitos autores, o surgimento do "*Comunity Mental Health Centers Act*" foi considerado como a terceira revolução da saúde mental, sendo a primeira revolução a criação dos grandes hospitais psiquiátricos no Século XIX e a segunda, o desenvolvimento da psicanálise (Gerson & Bassuk,1980; Wellin et al.,1987; Menon,1994).⁶⁸

O Serviço de Emergência Psiquiátrica nos Estados Unidos, até a década de 60, como relatamos, fundamentava-se em duas linhas de ação básicas: o Hospital Geral e o Hospital Psiquiátrico. Com a nova legislação de saúde mental comunitária lançada em 1963, o SEP consolidou-se enquanto um dos cinco serviços essenciais exigidos nos Centros de Saúde Mental Comunitários. Este tipo de exigência da legislação a nível federal contribuiu de forma decisiva para a expansão das emergências psiquiátricas em todo o país.

O desenvolvimento dos serviços de emergência psiquiátrica em três tipos de instituições diferentes levou cada instituição a apresentar um perfil mais específico de atendimento.

O Serviço de Emergência no Hospital Geral, por possuir equipe de saúde mental nas 24 horas do dia, atendia qualquer paciente que procurasse o serviço, mesmo sem encaminhamento.

⁶⁸Valeria a pena questionar se o surgimento dos neurolépticos na década de 50 não teria um papel mais significativo que a saúde mental comunitária enquanto uma prática verdadeiramente "revolucionária" no processo de desinstitucionalização do doente mental.

O *Hospital Psiquiátrico*, por sua vez, funcionava como referência para pacientes que haviam recebido alta, caracterizando-se pelo maior manejo para prescrição e administração de substâncias psicotrópicas.

Por fim, a *Emergência Psiquiátrica dos Centros Comunitários* especializou-se enquanto "intervenção em crise", através de uma equipe multidisciplinar, envolvendo psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e voluntários. O trabalho da equipe não se restringia aos Centros Comunitários, mas se estendia à comunidade, através de visitas domiciliares, funcionando como referência para a região atendida.

Para Wellin et al.(1987), os Serviços de Emergência Psiquiátrica não exigiam tecnologia muito sofisticada e se consolidaram com o surgimento dos psicotrópicos, permitindo a muitos pacientes tratamento e acompanhamento na comunidade. Os serviços de auto-ajuda, como os "*Alcoólatras Anônimos*" e de trabalhos de atendimento por telefone também contribuíram de forma significativa no atendimento de pacientes em situação aguda.

Importante ressaltar que os serviços de atendimento por telefone surgiram na década de 40, em um hospital geral, com a criação do denominado "*suicide phone*", para pacientes com idéias de suicídio. O telefone era atendido por um residente de psiquiatria e, com o passar do tempo, o crescimento das chamadas necessitou de uma estrutura de atendimento mais abrangente, nos Prontos-Socorros de hospitais gerais. Se na década de 40, apenas 37% das residências americanas possuíam telefone, nos anos 80, praticamente 100% das residências o possuíam, tornando-se este tipo de serviço um importante canal de ajuda imediata (Wellin et al.,1987).⁶⁹

Na década de 70, mais especificamente em 1973, houve uma nova onda de crescimento dos SEPs, com o lançamento do "*Emergency Medical Services System Act*", decreto que reformulava os serviços de emergências gerais, incluindo as emergências psiquiátricas enquanto prioridade de atendimento nos Prontos-Socorros Gerais. Esta mudança de política levou a um crescimento significativo das Emergências Psiquiátricas em hospitais gerais e, entre 1971 e 1984, a Associação Americana de Hospitais assinalou um aumento de 82% neste tipo de serviço. Nesse período houve grande procura destes serviços pela população, ocorrendo um aumento de 53% nos atendimentos de emergência, tanto nos hospitais gerais, como nos psiquiátricos e nos Centros Comunitários (Wellin et al.,1987; Menon,1994).

A tendência atual dos SEPs nos Estados Unidos tem sido priorizá-los em Hospitais Gerais. Para Wellin et al.(1987), há vantagens e desvantagens quanto ao atendimento das emergências psiquiátricas em hospital geral.

Dentre as vantagens, destaca-se o atendimento imediato de pacientes não agendados, predominantemente em crise aguda, que necessitam de uma atenção constante e tratamento incisivo. Muitos possuem algum tipo de patologia orgânica associada, podendo serem avaliados por outros especialistas e tendo à disposição todo aparato clínico, laboratorial e de imagens para diagnósticos diferenciais mais precisos (Wellin et al.,1987).

Dentre as desvantagens, nota-se a dificuldade dos profissionais médicos de outras especialidades em aceitar a presença de pacientes psiquiátricos na emergência geral, principalmente os agressivos, criando uma pressão negativa ao psiquiatra no sentido de tomar uma decisão, muitas vezes precipitada (Wellin et al.,1987).

Vários estudos norte-americanos analisaram os Serviços de Emergência Psiquiátrica em

⁶⁹No Brasil, este tipo de atendimento ainda é bastante restrito e normalmente feito por leigos, como o *Centro de Valorização da Vida - CVV*, que atende, por chamadas telefônicas, pessoas sofrendo de algum tipo de angústia vivencial ou com idéias suicidas. Recentemente, Horta et al.(1996) relataram uma experiência de atendimento domiciliar de urgências psiquiátricas feito por solicitação telefônica em Porto Alegre.

hospitais gerais, identificando os aspectos mais significativos levados em conta no momento de decidir pela internação de um paciente atendido neste tipo de serviço. Gerson & Bassuk (1980) e Marson et al.(1988) fizeram importantes revisões na literatura, encontrando resultados semelhantes quanto ao perfil destes serviços. Observaram que a idade, sexo, raça, religião e estado civil não estão diretamente relacionados com os critérios de internação.

Quanto às variáveis clínicas, estudos demonstraram que o fator que mais influencia a internação é a sintomatologia apresentada no momento do atendimento e não necessariamente o diagnóstico. A periculosidade, atitudes ou ideações suicidas e/ou homicidas e um maior grau de comprometimento psicopatológico foram as principais causas de indicação de internação (Gerson & Bassuk,1980).⁷⁰

Pacientes com histórias de internações anteriores, menor capacidade em aderir ao tratamento e comprometidos em atividades laborativas são mais frequentemente internados (Gerson & Bassuk,1980).

Análises interessantes foram feitas em relação ao perfil do profissional que atende o paciente na sala de emergência, demonstrando que, quanto maior a experiência do profissional, menor será a indicação de internação, assim como profissionais de saúde mental não médicos internam menos que psiquiatras (Marson et al.,1988).⁷¹

Quanto ao sistema, serviço com maior opção de tratamento à hospitalização, interna menos e aquele com maior disponibilidade de vagas, interna mais (Gerson & Bassuk,1980; Marson et al.,1988).

Solicitação judicial, pouca disponibilidade da família, pacientes desacompanhados, atendimentos feitos no período noturno ou em finais de semana têm maior probabilidade de internação (Gerson & Bassuk,1980; Marson et al.,1988).

Apesar de manter a tendência dos serviços de emergência psiquiátrica ligados ao Pronto Socorro Geral, a *American Association for Emergency Psychiatric - AAEP*, vem propondo que o SEP se localize em uma área privativa, com possibilidade de observar a evolução do paciente por até 36 horas, com total acesso a outros especialistas e a todos os recursos diagnósticos. Propõe-se também um treinamento adequado aos estudantes e residentes, com supervisores disponíveis e um ambiente seguro para o atendimento da emergência psiquiátrica (Puryear,1992).

Certamente as propostas da AAEP refletem a realidade que os psiquiatras encontram nos Prontos-Socorros Gerais, sem distinção de espaço e perfil de atendimento, que muitas vezes levam à precipitação de suas condutas.

No entanto, um ponto sensível referente aos Serviços de Emergência Psiquiátrica e à própria psiquiatria preventiva norte-americana foi levantado por Wellin et al.(1987) no artigo "*Psychiatric Emergency Services: Evolution, Adaptation and Proliferation*". Os autores questionam sobre estes serviços enquanto estruturas desinstitucionalizantes que, com o tempo, se tornaram modelos amenizadores de uma tensão constante provocada pela desospitalização e pela ineficiência de uma política mais ampla de cunho predominantemente racionalizador.

No mesmo artigo, os autores relatam que, desde 1958 quando o então presidente da Associação Psiquiátrica Americana solicitou o fim dos hospitais psiquiátricos públicos e um maior

⁷⁰ Sem dúvida os aspectos legais influenciam fortemente a tomada de decisão do médico pela internação, pois, caso o paciente não seja internado e algo ocorra com ele ou com outra pessoa, certamente o médico poderá responder judicialmente pela sua conduta.

⁷¹Marson et al.(1988) chamam a atenção para o fato de que os assistentes sociais são os profissionais que menos internam devido melhor conhecimento que eles possuem dos recursos na comunidade. Outro dado importante é que a necessidade de obter a aprovação do psiquiatra para a internação inibe o profissional não médico deste tipo de opção.

investimento no tratamento comunitário e reabilitador, nem ele e nem os defensores desta proposta poderiam imaginar as conseqüências daquilo que se denominou "desinstitucionalização"(Wellin et al.,1987).

Se em 1955, nos Estados Unidos, havia 677.000 pacientes internados em instituições psiquiátricas, 29 anos depois, ou seja, em 1984, este número havia diminuído para 151.000 internos. Porém, isto não significou avanço efetivo do processo desinstitucionalizante, pois a diminuição dos pacientes nos hospitais psiquiátricos não foi acompanhada pelo desenvolvimento de serviços comunitários adequados para absorver esta demanda (Wellin et al.,1987).

Analisando especificamente os SEPs, os autores afirmam que estes serviços foram inicialmente criados para atender pessoas que sofriam de perturbações psiquiátricas ou psicológicas agudas, necessitando de uma intervenção efetiva, rápida e com acompanhamento da evolução do quadro. No entanto, como resultado do processo de diminuição do tempo de internação nos hospitais psiquiátricos e as poucas alternativas de serviços na comunidade, observou-se que os Serviços de Emergência Psiquiátrica foram gradativamente tornando-se referência de pacientes crônicos, com história de várias internações, buscando no serviço, suporte social, comida, albergue, enfim, continência institucional.

"Consequent on desinstitutionalization, as Bachrach notes, 'the general hospital emergency room has in some instances become a substitute for the state hospital'; this transformation of the emergency unit has not been based on rational planning but rather is a response to a system out of control " (Wellin et al.,1987, p480).

Devemos compreender que o conceito de "desinstitucionalização", surgido nos Estados Unidos na década de 50, exprimia-se nas medidas baseadas no referencial preventivista de "desospitalização", criando mecanismos que visavam reduzir o ingresso ou a permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos. Para isto, era necessária a ampliação de uma série de serviços extra-hospitalares, tais como serviços de emergência psiquiátrica, enfermarias de psiquiatria em hospital geral, hospital-dia e lares abrigados (Amarante,1996).⁷²

Rotelli et al.(1990), ao analisarem o processo de reforma psiquiátrica nos Estados Unidos, afirmam que a desinstitucionalização daquele país, como na Europa, caracterizou-se mais como um programa de racionalização financeira e administrativa. Para os autores,praticou-se uma política de altas hospitalares, diminuição de leitos e fechamento, mais ou menos brusco, de hospitais psiquiátricos, respondendo basicamente às necessidades das orientações neoliberais que se apresentavam.

A intenção daquele processo de reforma psiquiátrica buscava atingir a superação gradual dos hospitais psiquiátricos, criando estruturas extra-hospitalares que deveriam ter uma dupla função, ou seja, assistir os egressos das instituições psiquiátricas e constituir um filtro administrativo às hospitalizações (Rotelli et al,1990).

No entanto, este modelo desospitalizante trouxe como conseqüência o fenômeno denominado "revolving door", que consiste na diminuição do tempo de internação nos hospitais psiquiátricos, com aumento significativo de reinternações, quase sempre nas mesmas instituições.

Associado a isto, outro processo se desenvolveu: a criação de novas estruturas

⁷² Importante salientar que o preventivismo tem como diretriz básica as intervenções precoces, primárias e secundárias, evitando assim o surgimento e o desenvolvimento dos distúrbios mentais e decretando, desta forma, o obsoletismo do hospital psiquiátrico.

assistenciais que, mesmo de forma atenuada, replicavam a prática manicomial, segregando e isolando os pacientes psiquiátricos, naquilo que foi denominado de "transinstitucionalização".⁷³

"A desinstitucionalização, portanto, entendida e praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e também uma transinstitucionalização (passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, crônicos 'não psiquiátricos' etc.) e novas formas (mais obscuras) de internação"
(Rotelli et al. cols, 1990, p21).

Por fim, os autores criticam a criação de serviços que se tornam seletivos, compartimentalizando-se e se afastando de outros modelos assistenciais, criando fragmentações no atendimento. Mas o aspecto mais grave do elevado nível de especialização dos serviços é o "não assumir" o paciente, caso ele não preencha os critérios estabelecidos pelo perfil daquele modelo assistencial. Assim, o hospital psiquiátrico se mantém enquanto instituição necessária, por apresentar um perfil definido de pacientes, que outros serviços não abarcam (Rotelli et al., 1990).^{74 75}

V.2 - Voltando ao Brasil

Como relatado anteriormente, os Serviços de Emergência Psiquiátrica no Brasil, até a década de 70 se caracterizavam predominantemente enquanto referenciais de uma prática médico-legal. Com a influência do modelo preventivista norte-americano, este perfil foi se modificando, originando novas experiências.

No entanto, o surgimento destes serviços, com exceção de algumas experiências vinculadas a hospitais universitários, sofreu muitas pressões que, na sua quase totalidade, resultaram em fechamento após um curto período de funcionamento.

Até o golpe militar de 1964, a política de saúde mental estava totalmente voltada para a criação de grandes hospitais públicos, com características asilares e cronicantes, apesar dos documentos oficiais da época já preconizarem uma prática alternativa às internações em hospitais psiquiátricos.

No ano de 1962, por exemplo, o Conselho de Medicina da Previdência Social lançou a Resolução de Serviço CD/DNPS 942/62 - Normas gerais para a Prestação da Assistência Médica aos Doentes Mentais. Disciplinava a assistência psiquiátrica, enfocando o aspecto preventivo e determinando que o seu desenvolvimento se desse nos ambulatórios, locais de trabalho, domicílio do segurado e hospitais gerais (Vaissman, 1983).

Importante frisar que, nesse Documento, o "eixo central" do atendimento não era necessariamente o hospital psiquiátrico, mas o ambulatório. Apesar do serviço de emergência psiquiátrica não ser contemplado na estrutura assistencial, propostas avançadas para a época, como hospital-dia e internação de casos agudos, preferencialmente em hospitais gerais, demonstravam

⁷³ Deve ser citado o aumento significativo de pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, abandonados à própria sorte, tornando-se um contingente de "homeless".

⁷⁴ No modelo italiano, a necessidade do serviço e da equipe assumir toda e qualquer necessidade do paciente no território de atendimento é denominada de "tomada de responsabilidade"

⁷⁵ A crítica que Rotelli et al. (1990) fazem ao modelo norte-americano pode ser muito bem observada quando Wellin et. al. (1987) alertam para o perfil dos pacientes atendidos nos SEPs, que mais se aproximam de clientela de hospital psiquiátrico que de serviço de emergência.

uma nova forma de *"pensar e planejar"* a assistência psiquiátrica.

O Documento, no entanto, somente veio a ser operacionalizado em 1965, quando o *Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários - IAPI* - regulamentou e disciplinou a prestação de assistência médica aos seus beneficiários portadores de distúrbios mentais.

Intitulado *"Instrução de Serviço 01-00/4, de 10 de fevereiro de 1965"*, apresentava basicamente as mesmas propostas das *"Normas Gerais"* de 1962. Referente às internações de pacientes agudos em hospitais gerais, propunha:

"As normas do C.M.P.S. (1962) determinam a criação da Unidade Psiquiátrica junto aos Hospitais Gerais. De fato é a tendência moderna na matéria mas ainda decorrerá muito tempo antes de atingirmos esse ideal"(Vaissman,1983, p122. Grifo nosso).

Baseado na realidade que se apresentava na época, o Documento do IAPI previa um longo caminho até os pacientes psiquiátricos serem absorvidos pelo sistema hospitalar geral. Não que este Instituto de Aposentadoria estivesse vinculado às estruturas psiquiátricas hospitalares, ao contrário, o IAPI sempre se pautou pela utilização de técnicas ousadas, sendo seu ambulatório de saúde mental, criado na década de 30 no Rio de Janeiro, um dos primeiros serviços de atenção extra-hospitalar existentes no Brasil.

Com o golpe de 1964, mudanças estruturais de ordem política e econômica ocorreram no país, refletindo intensamente na área da saúde, sendo a criação do *Instituto Nacional de Previdência Social - INPS* - em 1967, o marco decisivo para a viabilização daquilo que Oliveira e Teixeira (1986) denominaram de *"Implantação do Modelo de Privilegiamento do Produtor Privado"*⁷⁶

Se na saúde geral a política privatizante tornava-se cada vez mais significativa, na saúde mental o quadro não era diferente: os hospitais psiquiátricos privados apresentavam-se fortalecidos e eram a única opção ao desmantelamento progressivo e generalizado das instituições macro-asilares públicas.

Foi uma época de crescimento vertiginoso dos hospitais psiquiátricos privados, não só em termos numéricos, como também político, pois o Ministro da Saúde, Leonel Miranda, era dono de vários hospitais psiquiátricos no país.

A assistência psiquiátrica nacional se manifestava tão deteriorada, que Luiz Cerqueira, em 1967, definiu o Estado da Guanabara como *"um vasto asilo"* (Cerqueira,1984, p78). Ele justificava tal definição demonstrando que aquele Estado era responsável por cerca de 15,6% dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos no país, em 22 hospitais particulares e 10 oficiais, com tempo médio de permanência elevado, associado a readmissões constantes e cronificações dos doentes mentais .

O quadro desolador da antiga capital da República levou o então Coordenador de Assistência Médica do Estado da Guanabara, Itamar Demétrio de Souza, no ano de 1968, a criar uma *Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos*, no intuito de viabilizar propostas de reformulação da

⁷⁶ Este período, mais pronunciado entre 1967 e 1973, caracterizou-se pela plena expansão da medicina privada de cunho assistencial e individual, através de uma política previdenciária totalmente voltada para a contratação de serviços de saúde da rede privada, em detrimento de práticas coletivas e públicas. O modelo de "privilegiamento dos produtores privados" tornou-se tão predominante que, em 1968, o então Ministro da Saúde, Leonel Miranda, lançou o *Plano Nacional de Saúde*, o qual propunha a eliminação do setor próprio de serviços médicos previdenciários, cujas instituições seriam repassadas aos produtores privados, cabendo ao Estado apenas o papel de financiador. Este Plano, no entanto, não chegou a ser viabilizado.

assistência psiquiátrica naquele Estado. Dentre os membros da Comissão, destacava-se a presença de Cerqueira.

As propostas apresentadas pela Comissão Permanente, sob forte influência do modelo preventivista norte-americano, traziam pela primeira vez em documento oficial, uma estrutura de atendimento que contemplava os princípios da integração, regionalização, descentralização e hierarquização dos serviços. O programa assistencial teria no *Centro Comunitário de Saúde Mental* seu elemento central, integrando a prevenção primária, secundária e terciária e abarcando uma população de cerca de 100.000 habitantes.

Na atenção primária, haveria um trabalho basicamente profilático de "*conscientização comunitária da magnitude dos problemas de saúde mental*" (Cerqueira, 1984, p98). A atuação ocorreria nas escolas e Centros Comunitários, buscando preferencialmente cuidar das crianças e mães, no intuito de, a longo prazo, diminuir os distúrbios mentais da população.

Na atenção secundária, oferecia orientação psicológica e visitas domiciliares, além de consultas psiquiátricas mensais e, se possível, psicoterapia breve ou de grupo, preferencialmente de orientação psicanalítica, a nível ambulatorial. Caso houvesse necessidade de internação, esta deveria ocorrer por um período máximo de 72 horas em *pronto-socorro psiquiátrico ou geral*. Se o tempo de internação ultrapassasse sete dias, o paciente seria encaminhado a uma enfermaria psiquiátrica de hospital geral. Também era proposto regime de semi-internação em hospital-dia.

Por fim, a nível terciário, propunha-se a internação integral em hospital psiquiátrico por um período máximo de 45 dias, sendo que os pacientes crônicos deveriam ser reabilitados não em colônias, mas em pensões, lares ou oficinas protegidas.

Quanto às *Emergências Psiquiátricas* especificamente, o Documento salientava que este serviço não necessitaria inicialmente de espaço próprio e nem de estrutura muito sofisticada, porém deveria evitar que se transformasse apenas em um encaminhador para o hospital psiquiátrico:

"Não internando por mais de 72 horas e funcionando diuturnamente, deverá programar tratamentos viáveis neste prazo, atenta a não se tornar um pronto-transporte para o hospital"(Cerqueira, 1984, p100. Grifo nosso).

A repercussão deste trabalho foi tamanha que, em 1971, a Secretaria de Assistência Médica do INPS convidou praticamente a mesma comissão que havia desenvolvido o projeto no Estado da Guanabara, para estudar as bases para a reformulação da assistência psiquiátrica a nível nacional. (Medeiros, 1977; Cerqueira, 1984)

Em 1973, a Comissão apresentou o "*Manual de Serviços Para a Assistência Psiquiátrica*", saudado por muitos como o "*ponto histórico da assistência psiquiátrica*", mas inviabilizado pelos setores vinculados à Federação Brasileira dos Hospitais - FBH - que viam, na aprovação deste Documento, o fortalecimento de práticas alternativas aos hospitais psiquiátricos, através de modelos assistenciais que poderiam funcionar como "filtros" para as internações nas instituições hospitalares.

Sem dúvida que, apesar de dar um verniz ideológico para esta discussão, o ponto central da FBH era a perda econômica através da diminuição de investimentos da Previdência Social, drenando mais para os serviços alternativos, bem como uma rede eficaz de serviços extra-hospitalares que diminuiriam a necessidade de internações hospitalares. A FBH, em documento analisando o Manual, criticava o funcionamento das "*emergências psiquiátricas ou regimes de semi-hospitalização, defendendo o*

'verdadeiro hospital psiquiátrico'(Medeiros,1977, p131).⁷⁷

Algumas experiências com Serviços de Emergência Psiquiátrica começavam a surgir no país neste período, destacando-se duas em particular: a *Central de Psiquiatria de Pernambuco* e a *Emergência Psiquiátrica de São Paulo*, com características e final semelhantes, por pressões idênticas.

Fundada em 1971, na cidade do Recife, a *Central de Psiquiatria* foi saudada como "um dispositivo capaz de disciplinar os internamentos na área das urgências, efetuando a triagem dos candidatos à internação" (Medeiros,1977,p129). Isso se fazia necessário, pois em Recife, como praticamente em todo o país, as internações em hospitais psiquiátricos ocorriam através da emissão de guias pelo ambulatório psiquiátrico, ou por autorização de supervisores hospitalares para pacientes que eram internados nos horários noturnos ou finais de semana, quando os ambulatórios estavam fechados.

Segundo Medeiros(1977), este tipo de clientela, que buscava internações de "urgência" na porta dos hospitais, caracterizava-se, na maioria das vezes, por indivíduos com imensas dificuldades sociais, como desemprego, subemprego, más condições de alimentação e habitação, pressionando os psiquiatras pela internação, para alívio passageiro de seus problemas e garantia da manutenção dos benefícios.⁷⁸

"Houve hospitais, em certa época, em que o maior número de admissões correspondeu a de indivíduos que os procuravam como 'caso de urgência', muitas vezes depois de o internamento ser-lhes negado no atendimento ambulatorial por não ficar caracterizada a ocorrência de grave perturbação mental" (Medeiros,1977, p130).

Desde os primeiros meses de funcionamento, a Central Psiquiátrica mostrava-se eficiente enquanto "serviço triador e disciplinador". As internações em hospitais psiquiátricos, em número de 610 ao mês, diminuíram para 395, sendo que também houve um decréscimo de 1834 leitos conveniados para cerca de 800, além de uma diminuição do tempo médio de permanência (Medeiros,1977).

Por ter se tornado um serviço de controle das internações psiquiátricas, inclusive no período noturno e finais de semana, pois funcionava ininterruptamente, a Central de Psiquiatria começou a sofrer fortes pressões por parte de setores vinculados aos hospitais psiquiátricos. Dentre as pressões, a mais significativa foi a volta da liberação das internações de "urgências" nos hospitais conveniados.

Em 1975, cerca de quatro anos após o seu início, a Central de Psiquiatria de Recife extinguiu-se. Para Medeiros (1977), o retorno das internações de "urgência" em hospitais psiquiátricos, associado ao isolamento do serviço devido à falta de outros modelos extra-hospitalares de referência foram fatores significativos para o insucesso do serviço.

⁷⁷ Delgado, no artigo "Perspectivas da Psiquiatria Pós - Asilar no Brasil"(1990) fez uma análise crítica da denominada "estratégia desinstitucionalizante brasileira", que tem como objetivo pragmático deter o fluxo de internações, através da criação de uma série de aparatos de cuidados externos, como ambulatórios, emergências, hospitais-dias, pensões protegidas, etc. Segundo o autor, a questão crucial da desinstitucionalização não seria de caráter técnico-administrativo, mas político.

⁷⁸ Para aprofundamento a respeito da procura de internações em hospitais psiquiátricos para a manutenção de benefícios, indicamos o livro "Psiquiatria - Controle e Repressão Social"- de Diva Moreira (1983).

No ano de 1973, Luiz Cerqueira, recém-empossado Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo, buscou desenvolver uma política voltada predominantemente para a assistência extra-hospitalar, investindo em formação de pessoal, como estratégia de contraposição ao modelo asilar hegemônico. Dentre as propostas lançadas e viabilizadas, deter-nos-emos na experiência do *Serviço de Emergência Psiquiátrica - SEP* - criado no município de São Paulo.

Inaugurada no dia 1 de agosto de 1973, na Rua da Alegria, 235, no tradicional bairro do Brás, o Serviço de Emergência Psiquiátrica ocupava o terceiro andar de um antigo albergue do Departamento de Promoção Social. Com 30 leitos para atender toda a cidade, não possuindo cozinha ou lavanderia própria, com uma equipe formada por onze médicos, uma enfermeira, dois assistentes sociais, dois auxiliares de enfermagem, dezoito atendentes, três escriturários e funcionando 24 horas por dia, este serviço tinha como objetivo filtrar as internações automáticas que ocorriam nos hospitais psiquiátricos do Estado.⁷⁹

Em dois meses de funcionamento, o SEP apresentou resultados que devem ser analisados: o número total de atendimentos foi de 2.134 pacientes, dos quais 52,4% não foram internados, 9,5% encaminhados diretamente para Hospitais Psiquiátricos e 38,1% internados no SEP. Destes, 56,1% receberam alta após a internação no SEP, 37,4% foram transferidos para hospitais psiquiátricos e 6,5% tiveram outros destinos. Do total de atendimentos (2.134 pacientes) naquele período, 76,3% dos casos (1.628 pacientes) não foram encaminhados para internação hospitalar e 23,7% (506 pacientes) receberam encaminhamento para hospitais psiquiátricos (Cerqueira, 1984).

Em um momento da história da assistência psiquiátrica no Brasil, em que praticamente todos os pacientes atendidos caracterizando-se como "*emergência*" eram internados, e cerca de um terço dos pacientes ambulatoriais também tinham como destino o hospital psiquiátrico, o Serviço de Emergência Psiquiátrica, ao poupar cerca de 76% dos atendimentos, conseguia responder aos objetivos a que fora criado. Principalmente em um período em que o número de internações em hospital psiquiátrico havia dobrado, no prazo de cinco anos.⁸⁰

No entanto, esse serviço não durou mais que dois meses. Cerqueira relacionou o fracasso desta experiência a dois fatores básicos: em primeiro lugar, às pressões por parte da Promoção Social, que tradicionalmente internava muitos mendigos em instituições psiquiátricas, caracterizando-as enquanto albergues. Como a Emergência Psiquiátrica se transformara em Central de Vagas, e este serviço adotara uma postura de "*não abrir mão dos critérios técnicos para internar*" (Cerqueira, 1984, p252), as pressões do Departamento de Promoção Social tornaram-se cada vez mais intensas para a manutenção daquela situação:

⁷⁹Vale lembrar que, na inauguração do SEP, o Hospital do Juqueri estava há quatro meses sem internar e os hospitais privados tinham se tornado referência das internações no Estado de São Paulo.

⁸⁰Em 1965, as internações psiquiátricas giravam em torno de 1 milhão ao ano, chegando a dois milhões ao ano em 1970 (Figueiredo, 1996).

"Fechada a larga porteira do Juqueri e restritos os demais hospitais às internações só mediante guias da Emergência, criou-se um problema para a Promoção Social, que passou a contestar-nos por todos os meios, culminando por pedir a casa, em fins de outubro, ao mesmo tempo em que, de uma vez, nos enviava 35 casos, dos quais só 3 eram urgência. Dispúnhamos naquele dia de poucas vagas em nossas 30 camas e o ofício que os encaminhava dizia que tinham de ser internados de qualquer jeito, numa nítida posição de força"(Cerqueira, 1984, p252).⁸¹

Com a recusa do Serviço de Emergência Psiquiátrica em assumir o papel de albergue, o Departamento de Promoção Social solicitou de volta o andar em que se localizava a Emergência, terminando assim esta experiência.

O segundo fator que motivou o fechamento do Serviço foi a pressão por parte dos hospitais psiquiátricos conveniados, no intuito de não haver um serviço intermediário que pudesse abarcar a "clientela cativa" destas instituições.

Como relatamos anteriormente, um Serviço de Emergência Psiquiátrica como o existente na Rua da Alegria, em absoluto provocaria algum tipo de alteração mais significativa na estrutura assistencial asilar do Estado de São Paulo, principalmente num momento em que os leitos particulares tornavam-se gradativamente hegemônicos em relação aos leitos públicos. O que certamente incomodava os empresários vinculados aos hospitais privados era o crescimento de um modelo que tinha em Luiz Cerqueira, um dos mais enfáticos defensores.

Na sua rápida gestão como Coordenador de Saúde Mental, Cerqueira desenvolveu uma série de projetos enfatizando o trabalho preventivo e ambulatorial, além de um amplo convênio com todas as escolas médicas do Estado, estimulando a criação de serviços extra-hospitalares e a formação de agentes em saúde mental. Sua amizade com o então Ministro da Saúde, o médico sanitário Mário Machado de Lemos, também se tornara um possível obstáculo para a manutenção da política privilegiadora do INPS da compra de leitos privados psiquiátricos.⁸²

No entanto, nem Cerqueira, nem Machado Lemos suportaram as pressões existentes. O primeiro foi substituído em 1974, por um novo Coordenador que representava os interesses dos hospitais no Estado e o segundo também pouco permaneceu no cargo, devido ao processo de esvaziamento crescente do poder político e econômico do Ministério da Saúde.⁸³

⁸¹Moreira (1983) faz um interessante relato sobre o papel custodial dos hospitais psiquiátricos no livro "Psiquiatria - Controle e Repressão Social".

⁸²Não era apenas a amizade de Cerqueira que poderia, de certa forma, influenciar a política de saúde mental imposta pelo Ministério da Saúde. Machado Lemos, um ano antes, havia assinado com os demais Ministros da Saúde de países latino-americanos, o Plano Decenal de Salud para Las Americas, que recomendava para estes países um modelo assistencial psiquiátrico predominantemente preventivista.

⁸³Para se ter uma idéia da pouca importância dada a este Ministério, vale observarmos que a pasta da Saúde em 1968 era responsável por apenas 2,21% do orçamento global da União, sendo que em 1973 sua participação foi diminuída para o irrisório valor de 1,07%. Este era um momento em que o país vivia a plena expansão da medicina privada de cunho assistencial e individual, sob a alçada do INPS, em detrimento das medidas de saúde coletiva executadas pelo Ministério da Saúde (Merhy, 1994).

Esta realidade, evidentemente, refletia na saúde mental e nos Serviços de Emergência Psiquiátrica. Cerqueira, em uma de suas conferências, afirmava, em tom irônico, o poder dos hospitais psiquiátricos e da FBH, ante os Documentos que preconizavam uma prática psiquiátrica comunitária:

"Bela vitória da Federação dos Hospitais. Ninguém se iluda com seu poder. Já deu até Ministro que, por um triz, não entregou de mão beijada os hospitais públicos às empresas privadas. No Recife, por incrível que pareça, prevaleceu a 'fábrica de doidos do Dr. Zezinho' consagrada em folheto popular, sobre a central de internações do Dr. Tácito Medeiros, um penoso mas eficiente serviço de emergências, jurado de extinção desde o início e afinal fechado após reduzir sensivelmente o número de internações" (Cerqueira, 1984, p31).

Interessante notar que tanto a experiência de Recife, como a de São Paulo, apresentaram, como referencial de competência e viabilidade dos serviços, a capacidade de reduzir as internações psiquiátricas. A Emergência Psiquiátrica teria como funções, reordenar o fluxo de atendimento e controlar as distorções existentes, efetuando a triagem dos candidatos à internação. Era esta, sem dúvida, a linha de ação do Serviço de Emergência baseado no conceito preventivista, evitando o início de uma carreira de "doente mental" que teria, no hospital psiquiátrico, o seu estágio final:

"A questão da emergência psiquiátrica no Brasil foi sempre pautada em uma visão administrativa, surgida basicamente com o propósito de controlar as internações tidas como desnecessárias. No curso dessa estratégia estavam desenhadas propostas claramente preventivistas. Acreditava-se que, uma vez reorganizados os serviços de emergência psiquiátrica, controlando as internações desnecessárias, estaria prevenindo-se o sujeito de dar início à sua carreira de doente mental, cujo estágio final seria a cronificação" (Gomes, 1993, p60).

Após as experiências acima citadas, alguns outros serviços de emergência psiquiátrica surgiram em nosso país, principalmente ligados a hospitais universitários. Entre eles, destacamos o Pronto-Socorro Psiquiátrico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, e do Hospital São Paulo, da Escola Paulista de Medicina (Karniol et al., 1978; Cerqueira, 1984).

As experiências iniciais desses dois serviços foram publicadas, demonstrando situações semelhantes quanto ao perfil de atendimento, aspectos sócio-demográficos e diagnóstico. Nestes serviços, não havia, no Pronto-Socorro, uma estrutura de atendimento para pacientes psiquiátricos, nem leitos para internação. Estes pacientes, em caso de necessidade de internação, seriam encaminhados para hospitais psiquiátricos.

Os dados encontrados nos trabalhos foram bastante semelhantes: predomínio de pacientes

adultos jovens, do sexo feminino, pertencentes a um baixo nível econômico, previdenciários, casados ou amasiados, com diagnóstico predominante de estados não psicóticos. (73,91% no PS de Ribeirão Preto e 67,16% no PS da Escola Paulista de Medicina). O único resultado destoante foi quanto ao encaminhamento, pois, se em Ribeirão Preto o percentual de encaminhamento para hospitais psiquiátricos foi de 8,08%, na Escola Paulista os índices chegaram a mais de 40% (Karniol et al. 1978; Cerqueira,1984).

Importante frisar que, na época, os poucos prontos-socorros gerais que atendiam pacientes psiquiátricos não possuíam médico psiquiatra de plantão e leitos de observação. O destino destes pacientes, quando da necessidade de internação, era indubitavelmente o hospital psiquiátrico.⁸⁴

Durante a semana, os pacientes em crise dificilmente eram encaminhados para os prontos-socorros gerais, procurando diretamente os ambulatórios de saúde mental que, apesar de não terem como função o atendimento de emergências, na prática funcionavam como central de atendimento.

A presença destes pacientes alterava todo o agendamento dos ambulatórios, pois os pacientes em crise eram atendidos prioritariamente e logo encaminhados para internação. Essa não era a função "*filosófica*" dos ambulatórios, mas a existência de guias de internação e a falta de opções para encaminhamento os transformavam em serviços de emergência.⁸⁵

Em Minas Gerais, Campos (1979) analisou a situação da assistência psiquiátrica daquele Estado em 1976, demonstrando o perfil assistencial predominantemente hospitalocêntrico. Segundo o autor, dos 722 municípios mineiros, apenas Belo Horizonte e Juiz de Fora possuíam ambulatórios de saúde mental.

Com um alto número de pacientes e poucos profissionais, estes ambulatórios encaminhavam, excessivamente, pacientes para internação em hospital psiquiátrico. Como não havia tempo e condições para um atendimento mais adequado, a opção pela internação, principalmente nos casos mais agudos, era, ao menos aos olhos do profissional que atendia, a mais segura.⁸⁶

"Como o técnico ou o psiquiatra não têm tempo para fazer uma avaliação da situação do paciente, encaminha-o para o hospital psiquiátrico, raciocinando assim: Lá no hospital, pelo menos, terão tempo para conversar e ajudar este indivíduo"
(Campos,1979, p141).

Naquele ano foi criado um *Serviço de Emergência Psiquiátrica* em Belo Horizonte, com leitos de observação de até 72 horas. Campos (1979), porém, demonstrou que o serviço, ao invés de se tornar uma estrutura triadora para os hospitais psiquiátricos, na verdade retroalimentava essas instituições com constantes encaminhamentos. O grande volume de atendimentos, a precariedade das instalações e a falta de uma política consistente para os alcoólatras, que correspondiam à maior

⁸⁴ Para muitos serviços de Pronto-Socorro Geral, o paciente psiquiátrico que porventura chegasse, não saía nem da ambulância ou da condução que o levava, sendo imediatamente encaminhado para o hospital psiquiátrico de referência.

⁸⁵ Era comum na época, e ainda hoje é uma realidade, os plantonistas não psiquiatras em P.S. geral se negarem a fazer laudos de internação os quais, no entendimento deles, só podem ser feitos por psiquiatras, senão os hospitais psiquiátricos não aceitariam o paciente.(?)

⁸⁶ Se no Brasil, em 1976, de cada oito pacientes que procuravam o ambulatório, um era internado; em Minas Gerais, a proporção era de 2,5, ou seja, para cada cinco pacientes atendidos, dois eram internados.

parcela da população atendida, levaram a uma diminuição de expectativa quanto a este serviço.

"Com uma estrutura muito precária e a falta de tempo para conversar com o paciente, esse órgão não tem possibilidade de atendimento de emergência. Então, a mesma lógica permanece: manda-se o paciente para o hospital onde poderá ser esclarecida sua situação. E o posto de emergência é, assim, mais uma agência de hospitalização" (Campos, 1979, p142).

Moreira (1983), em importante trabalho em que estudou a assistência psiquiátrica no Estado de Minas Gerais, fez um relato a respeito deste Serviço de Emergência Psiquiátrica, analisando principalmente as condições de atendimento e pressões existentes em um serviço com esta característica.

O primeiro ponto observado pela autora, fato também relatado por Campos, relacionava-se ao curto período de atendimento, cerca de 5 a 10 minutos, em que o médico deveria optar por apenas receitar e liberar o paciente, ou interná-lo. A autora frisou o ambiente inadequado para uma avaliação mais precisa e as ingerências externas que ocorriam no atendimento.

"O ambiente, em que médico e paciente se encontram e o tempo disponível não são exatamente aquilo que poderia favorecer a realização de uma propedêutica e a ocorrência de atitudes terapêuticas de diálogo, propícias aos objetivos que o psiquiatra tivesse condições de definir. As salas são pequenas, pouco arejadas; geralmente sujas e cheias de moscas; há barulho e entra-e-sai contínuo de pessoas, inclusive de policiais levando gente em carros de radiopatrulha; por outro lado, o tempo é curto, dado o volume de demanda, e relativamente pequeno é o número de pessoal para atendê-las" (Moreira, 1983, pp151 e 152).

Este era o "espelho" da Política de Saúde Mental no país, com a Previdência Social mantendo sua política de compra de serviços dos setores privados, as ações preventivas extra-hospitalares praticamente inexistentes e os macro-hospitais públicos vivendo um momento de completo abandono. Mas, a crise política e econômica do governo militar, possibilitou a gradativa reorganização de setores da sociedade civil, na luta por mudanças no contexto conjuntural, a nível nacional.

Dentre os setores organizados, destaca-se, na área da saúde mental, o "Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental" - MTSM.

Surgido em 1978, inicialmente no Rio de Janeiro, o MTSM foi, como analisamos anteriormente, o núcleo responsável pela emergência de uma nova proposta, denominada de *Reforma Psiquiátrica*. Desde a participação incisiva no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú, em 1978, o MTSM foi se aproximando das propostas italianas que tinham

em Franco Basaglia, seu principal mentor.

No ano seguinte, Basaglia veio ao Brasil apresentar sua experiência com a aprovação da Lei 180 na Itália, influenciando, em muito, as propostas que gradativamente predominariam no Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Evidente que, ao analisarmos os anos 80 no que se refere à assistência psiquiátrica e em particular os Serviços de Emergência Psiquiátrica, faz-se necessário compreendermos o modelo de atenção da proposta italiana para este tipo de serviço.

V. 3 - A Proposta Italiana

Como analisamos anteriormente, o modelo assistencial preconizado por Basaglia e seu grupo apresentava, como eixo básico, o processo de desinstitucionalização, não através do perfil norte-americano de criação de serviços alternativos, enquanto estratégia de desospitalização das instituições psiquiátricas, mas pela "*desconstrução do aparato manicomial*".

Para Basaglia, a desconstrução era algo muito mais profundo do que o simples fechamento dos hospitais psiquiátricos; era a criação de uma política transformadora, superando as relações de poder entre a instituição, os pacientes e a equipe técnica.

No entanto, um dos pontos mais sensíveis da Psiquiatria Democrática Italiana se referia à questão do paciente em crise. Segundo a concepção italiana, os modelos tradicionais de serviços para atendimento à crise, incluindo o Serviço de Emergência Psiquiátrica, tendem, geralmente, a criar condições de atender estes pacientes, através de uma intervenção rápida e precoce, buscando uma solução que evite a internação em hospital psiquiátrico. Contudo, caso esta solução não seja alcançada, o hospital psiquiátrico torna-se uma alternativa concreta, ainda que a última, no intuito de buscar a estabilização do distúrbio.

Para Dell'Acqua e Mezzina (1991), o modelo de atendimento que se apresenta em vários países, incluindo aqueles que possuem uma rede alternativa assistencial, mas têm o hospital psiquiátrico como um elemento do denominado "*circuito psiquiátrico*", leva o paciente em crise a um processo de simplificação máxima, reduzindo toda a complexidade de sua existência no "*sintoma*". Para eles, a crise supera a especificidade do sintoma, sendo necessário agir reconstruindo a história do paciente, mantendo sua rede de relações, ao invés de afastá-lo da convivência social e colocando a crise no interior de uma série de nexos. Assim, a crise torna-se algo compreensível, possibilitando a recuperação do paciente através do resgate à saúde e aos valores de sua vida.

"A história é entendida tanto como elemento de reconstrução do percurso efetivo, social e institucional da pessoa, quanto como recomposição da ruptura da sua experiência, representada pela crise em curso" (Dell'Acqua & Mezzina, 1991, p56).

O hospital psiquiátrico e os serviços alternativos não seriam capazes de responder à complexidade e à continência necessária para o paciente em crise. Propõe-se, então, um serviço dimensionado sobre uma área territorial bem definida, capaz de acolher a demanda, eliminando "*todos os filtros burocráticos e administrativos, favorecendo as mais variadas e informais modalidades de acesso, sem colocar qualquer intenção seletiva e, portanto, de encaminhamento*" (Dell'Acqua & Mezzina, 1991 p56). Ou seja, o serviço territorial deve ser auto-suficiente, não tendo opções de encaminhamento.

Para que isto ocorra, o serviço deve ser uma referência concreta da população do território de abrangência, conhecendo, percebendo e entrando em contato com todas as redes de relações e

conflitos que constituem os limites da crise.

Para compreender melhor a funcionalidade desses serviços, tomemos como exemplo, Trieste, berço do movimento desinstitucionalizante italiano.

A cidade é dividida em sete zonas, com população de cerca de 40.000 habitantes por região. Há ao todo sete Centros de Saúde Mental, que são referência para a população de sua abrangência, funcionando 24 horas por dia, com estrutura de acolhimento integral. Há também vários blocos de apartamentos, que se constituem em residências para pacientes que moram sozinhos, ou acompanhados por técnicos ou operadores voluntários. Criaram-se cooperativas de trabalho, inicialmente organizadas para atender às necessidades de encontrar postos de trabalho para ex-internos do hospital psiquiátrico desativado, que evoluíram para um importante espaço de produção artística, intelectual e de prestação de serviços para toda a população de Trieste.

Na necessidade de internação, a Lei 180 prevê que cada zona territorial possua, no Hospital Geral, um serviço de plantão psiquiátrico, com capacidade para 15 leitos. Denominado *Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Cura - SPDC* - foi ativado a partir de março de 1980 e sua função é dar o primeiro atendimento a pacientes em crise, principalmente no horário noturno. Caso necessário, o paciente pode pernoitar no Serviço e, no dia seguinte, será encaminhado para o Centro de Saúde Mental de seu território. (Gomes, 1993)

Dell'Acqua e Mezzina, no artigo "*Resposta à Crise*" (1991) descreveram o Centro de Saúde Mental de Barcola, um dos sete serviços territoriais de Trieste. Analisaram o período de 1983 a 1985, perfazendo um total de 377 pessoas, que tiveram um primeiro contato no Serviço. Os autores consideraram enquanto "*situações de crise*", aquelas que respondiam a três dos cinco parâmetros abaixo relacionados:

- a) *Grave sintomatologia psiquiátrica aguda;*
- b) *Grave ruptura de relação do plano familiar e/ou social;*
- c) *Recusa dos tratamentos psiquiátricos (remédios, internação, programas terapêuticos). Afirmação da não necessidade do tratamento, porém aceitação do contato;*
- d) *Recusa obstinada do contato psiquiátrico propriamente dito;*
- e) *Situações de alarme no contexto familiar e/ou social. Incapacidade pessoal de afrontá-las" (Dell'Acqua & Mezzina, 1991, p.59).*

Tomando como referência os cinco parâmetros, o CSM de Barcola considerou, dos 377 casos novos, 108 pessoas que realmente necessitavam de intervenção para situações em crise. O perfil sócio-demográfico dos pacientes apresentava um predomínio de mulheres (55,6%), com uma taxa de 48,8% de pessoas com mais de 55 anos de idade (Trieste é uma cidade com alta taxa populacional de idosos) . Em relação ao diagnóstico sindrômico, as crises psicóticas agudas representaram 31,4% dos casos, seguido das tentativas de suicídio, que corresponderam a 21,3% .

Os autores, no entanto, não se ativeram aos dados estatísticos do serviço, mas às significativas mudanças que ocorreram na estrutura de atendimento psiquiátrico em Trieste, a partir do fechamento do hospital psiquiátrico da cidade, em 1980. Um dos pontos de destaque refere-se à diminuição gradativa de encaminhamentos para o Serviço de Emergência localizado no Hospital Geral, sendo os pacientes encaminhados diretamente aos Centros de Saúde Mental da região de abrangência. Este fato ocorreu a partir do momento que os Centros tornaram-se conhecidos pela

população e instituições sanitárias (Dell'Acqua & Mezzina, 1991).

Apesar de cerca de um terço dos pacientes em crise procurarem inicialmente o S.E.P., apenas 12% dos pacientes pernoveram no serviço, sendo encaminhados logo após ao Centro de Saúde Mental de seu território.

No entanto, há casos de pacientes em crise que não procuram os serviços de atendimento, sendo que nestas situações, membros da equipe buscam contato com os pacientes nos espaços próprios destes, como por exemplo na sua casa, lugar de trabalho, lazer, etc..

"O serviço deve, a este ponto, multiplicar as 'banais' estratégias de aproximação: telefonemas, envio de mensagens por baixo da porta, envolvimento de outros sujeitos como os amigos, o padre, o guarda civil, o encanador, etc.; ou mesmo buscar o encontro em locais diversos"(Dell'Acqua & Mezzina, 1991, p61).

E caso, mesmo assim não seja possível o contato, torna-se necessário aquilo que os autores denominaram de "escalation", ou seja, uma proximidade mais incisiva, mesmo que para isto se faça necessário a presença da Polícia ou do Corpo de Bombeiros (Dell'Acqua & Mezzina, 1991).

Este tipo de atuação por parte da equipe de saúde mental, faz parte de uma estratégia considerada como ponto central da prática de atendimento, a denominada "tomada de responsabilidade".

A "tomada de responsabilidade" pode ser definida como a responsabilidade que o serviço de saúde mental tem sobre o seu território de abrangência, assumindo todas as demandas que surjam, dando ao paciente apoio nos momentos que se fizerem necessários.⁸⁷

Importante compreender que não há possibilidade de delegar para outro serviço o paciente em crise (como o hospital psiquiátrico, por exemplo) e, por isso mesmo, deve-se ter uma estrutura integral de atenção que intervenha, e ao mesmo tempo não provoque uma ruptura em suas relações vivenciais.

"Mesmo quando a intervenção na crise se desenvolva no CSM, através de formas de hospitalidade durante as 24 horas do dia, o paciente continua a manter contato com o seu ambiente. Os familiares e amigos podem visitá-lo a qualquer momento. É comum que ele, acompanhado de um operador, torne a casa, mesmo pouco depois de momentos de grave tensão, para apanhar algumas roupas, alguns objetos pessoais, para rever os familiares, para 'verificar', junto ao operador, as condições e, às vezes, 'a existência da sua casa'. A finalidade de tudo isto é garantir e comunicar que a chegada ao Centro não determinará uma ruptura na sua continuidade existencial e histórica" (Dell'Acqua & Mezzina, 1991, p64).

⁸⁷ A "tomada de responsabilidade" não possui um lugar definido de ação, podendo ocorrer no CSM, no hospital geral, na casa, no local de trabalho, enfim, onde for preciso.

Esta estrutura de atendimento ao paciente em crise, contemplada na Lei 180, foi denominada de *Tratamento Sanitário Obrigatório - TSO*.

O TSO tem como função garantir, ao paciente em crise, tratamento necessário, mesmo que ele recuse. Porém, o ponto que difere substancialmente de outros modelos assistenciais está no fato de que a decisão de tratar não se restringe apenas à figura do médico, mas também a duas outras autoridades: o juiz e o prefeito⁸⁸ (Kinoshita, 1988).

Outra característica do TSO é de ocorrer apenas em casos excepcionais, depois de esgotadas todas as possibilidades, por um período limitado, não requerendo necessariamente internação em hospital geral e podendo ser desenvolvido no Centro de Saúde Mental ou na própria casa do paciente.

"É importante notar que o TSO prevê a concomitância de dois elementos que habitualmente são mantidos separados e isolados: por um lado, o direito do paciente de recusar um tratamento, e, por outro lado, a obrigação do serviço sanitário de não abandonar o paciente ao léu. E por isso a obrigação, acima citada, fixa a responsabilidade terapêutica do serviço e não uma sanção legal do paciente" (Kinoshita, 1988, p71).

Basaglia, no entanto, insistia em que o TSO permanecia, na prática, como um procedimento de internação com critérios médicos e administrativos, tornando a Lei vulnerável a uma relação de autoritarismo por parte daqueles que porventura tivessem o "*poder*" de indicar ou não o Tratamento Sanitário Obrigatório. Ele fazia a mesma crítica ao atendimento psiquiátrico em hospital geral, pois entendia que a relação entre médico e paciente, que acontecia naquele espaço institucional, não permitiria uma reciprocidade que pudesse criar uma relação de liberdade entre duas pessoas. Para Basaglia (1979), esta relação já estaria impregnada pelo poder de dominação imputada ao médico em seu espaço institucional próprio, o hospital.⁸⁹

Certamente, a proposta da Psiquiatria Democrática Italiana vislumbrava questões mais amplas que a superação do hospital psiquiátrico, a criação de serviços alternativos que respondessem às necessidades assistenciais da população, ou a utopia da saúde mental para todos através da normatização social. A proposta italiana buscava, na superação do manicômio, a desconstrução de uma relação de poder e dominação, inventando uma nova prática de construção de relações baseadas no respeito às diferenças, na reciprocidade e na liberdade.

V.4 - A Emergência Psiquiátrica no Brasil nos anos 80

Respeito às diferenças, reciprocidade, liberdade, democracia, estas e tantas outras eram palavras de ordem que ecoavam no Brasil no início da década de 80. A sociedade civil se organizava e o regime militar ia perdendo sua legitimidade, através da crise econômica e do enfraquecimento da coalizão burocrático-militar que dava sustentação ao regime.

Com o movimento político-social efervescente no início dos anos 80, certamente os

⁸⁸ O juiz tem como função garantir todos os direitos civis e penais do paciente, enquanto o prefeito é considerado o responsável máximo pela saúde da população do município.

⁸⁹ Importante lembrar que apesar da Lei 180 ser conhecida como "Lei Basaglia", ele não participou da comissão que estudou e propôs a revisão da legislação italiana. Assim, alguns pontos da Lei foram criticados por Basaglia, principalmente no que se refere ao TSO.

movimentos de linhagem progressista, como o MTSM, buscavam referenciais teóricos que se aproximassem de uma prática mais contestatória em relação ao "estabellishment" em vigor. Sem dúvida que a Psiquiatria Comunitária de influência norte-americana já não respondia mais aos anseios de alguns setores da saúde mental e a proposta idealizada por Basaglia era algo muito mais sedutor e engajado.

No entanto, a política oficial na área de saúde mental mantinha o perfil hospitalocêntrico, sem alterações mais significativas. Entre 1976 e 1978, os Assessores de Saúde Mental da Secretaria de Assistência Médica do INPS, reuniram-se anualmente e apresentaram-se várias proposições técnicas, sem que fossem aplicadas. As resoluções do II Encontro, por exemplo, pouco diferenciavam de outros encontros e Planos de ação referentes à saúde mental. Adoção de medidas extra-hospitalares, tentativa de impedir a criação de leitos psiquiátricos sem a devida necessidade, elevação dos recursos orçamentários para a viabilização de serviços alternativos: propostas, desta vez, apresentadas não por agentes externos à estrutura do poder, mas pelos representantes da saúde mental a nível federal.

Dentre as recomendações do *II Encontro de Assessores de Saúde Mental da Secretaria de Assistência Médica do INPS*, havia uma relacionada aos serviços de emergência psiquiátrica, em que se afirmava:

*"Reestudo do atendimento em
prontos-socorros psiquiátricos, evitando-se
os hospitais que possuam hospitalização
integral, em função de serem concorrentes"*
(Vaissman, 1983, p50).

Esta proposta de reestudo partia da premissa de que estes teriam um papel eficaz de contenção às internações diretas em hospitais psiquiátricos, baseada no dilema preventivista, no qual a criação de serviços alternativos propiciaria a formação de "filtros" eficientes, tornando os hospitais psiquiátricos cada vez mais obsoletos.

Na prática, entretanto, a situação das emergências psiquiátricas no final dos anos 70 mantinha-se basicamente a mesma: os hospitais psiquiátricos continuavam a atender todos os casos que surgiam em sua "porta", internando-os e caracterizando-os como emergência, mesmo que não se apresentassem enquanto tal.

Naquela época, pouquíssimos eram os Serviços de Emergência Psiquiátrica no país, e os existentes encontravam-se principalmente em hospitais universitários, não conseguindo atender a demanda necessitada. Mas uma nova modalidade de Emergência Psiquiátrica começava a surgir, não ligada diretamente ao hospital geral, nem ao hospital psiquiátrico, funcionando de forma autônoma, sendo responsável pela Central de Vagas, além de possuir leitos de observação por até 72 horas. O exemplo mais marcante deste tipo de serviço, foi a *Unidade Psiquiátrica de Campinas - UPC*.

O início dos anos 80 se caracterizou por uma grave crise econômica em todos os setores sociais, inclusive na Previdência Social, atingindo o ponto mais crítico em 1980, com um déficit na ordem de 40 bilhões de cruzeiros e com uma projeção para o ano seguinte, de mais de 200 bilhões. Dessa situação, surgiu o *Plano do CONASP*, em setembro de 1981. Cerca de um ano depois, uma versão específica para a assistência psiquiátrica foi lançada, buscando uma nova vertente para a área de saúde mental.

Com uma crítica veemente à situação assistencial psiquiátrica, o Plano do CONASP apresentou, na sua introdução, uma radiografia contundente da inversão das prioridades de atendimento e distorções regionais do Brasil, no início dos anos 80.

Entre outras questões, o Plano mostrava o ineficiente atendimento ambulatorial, prestado

por apenas 450 psiquiatras em todo o país, concentrando-se a sua maioria no Rio de Janeiro (pouco mais de 200) e em capitais de grandes centros (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1983).

Em relação aos leitos psiquiátricos, o Documento demonstrava uma total falta de critério diante das necessidades assistenciais. Para exemplificar tal situação distorciva, compararam-se dois Estados: Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro. Enquanto o primeiro apresentava uma média de 7,8 leitos-dia/ 1000 beneficiários/ano, o Estado do Rio de Janeiro possuía uma média de 368 leitos-dia/1000 beneficiários/ano (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1983).

No ano de 1981, o INAMPS pagou a utilização de mais de 19 milhões de leitos-dia em psiquiatria, significando uma ocupação diária de 52.000 leitos, apesar de existirem oficialmente contratados pouco mais de 44.000 leitos, comprovando a afirmação de Cerqueira a respeito do denominado "leito-chão" (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1983).

Outras distorções foram denunciadas pelo Plano quanto à assistência psiquiátrica: internações desnecessárias, atos iatrogênicos, ineficiência do atendimento ambulatorial, diagnósticos questionáveis, administrativas no intuito de não extrapolar o tempo de permanência com a imediata reinternação do paciente. Um dos pontos que o Documento frisava, relacionava-se às *"múltiplas portas de entrada do paciente ao sistema, com carência de integração entre o ambulatório e o hospital, assim como de instâncias intermediárias (pronto-socorro psiquiátrico, hospital-dia, hospital-noite, pensão protegida e oficina protegida), capazes de manter o paciente por mais tempo em convivência sócio-familiar assim como absorver boa parte da atual demanda de internações"* (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1983, p12).

Este era um ponto nevrálgico no processo de reorientação da assistência psiquiátrica, pois a possibilidade de existência de várias portas de entrada dificultava o controle das internações, bem como a frágil integração dos serviços não permitia o uso de todas as potencialidades dos serviços intermediários. Este quadro só começou a se modificar, a partir do momento em que a regionalização e a integração dos serviços e a criação da Central de Vagas reordenaram o atendimento.

O Plano do CONASP indicava a necessidade da assistência psiquiátrica ser predominantemente extra-hospitalar. Em relação aos serviços de emergência psiquiátrica, propunha que os médicos generalistas fossem treinados para o atendimento de pacientes psiquiátricos em crise, além da implantação progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospital geral, preferencialmente em hospitais universitários.

O Plano, no seu todo, buscava um novo enfoque para a assistência psiquiátrica no Brasil, tirando o hospital psiquiátrico como elemento central do atendimento, estimulando a formação de estruturas alternativas que pudessem se tornar viáveis, principalmente ao se propor a realocação de recursos e o aprimoramento do relacionamento contratual do INAMPS com os prestadores de serviços. Evidentemente que a Federação Brasileira dos Hospitais foi veementemente contrária ao Plano, classificando-o como *"absolutamente estatizante"* (Amarante, 1996).

Um dos pontos mais significativos do Plano referia-se ao item 1 das proposições, em que afirmava:

1- *Estabelecimento gradual de integração programática entre o INAMPS, DINSAM e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Universidades, com vistas a elaborar programas de saúde mental que levem em conta critérios técnicos de regionalização, hierarquização, integração e participação comunitária e que permitam o funcionamento, reequipamento e qualificação dos hospitais e ambulatorios públicos, como componentes do Convênio MPAS/MS/SES, para o desenvolvimento das 'Ações Integradas de Saúde' e do Programa de Co-gestão dos Hospitais do MS" (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1983, p15).*

As *Ações Integradas de Saúde - AIS* tornaram-se o ponto de inflexão de uma nova política de saúde pública, com reflexos na saúde mental. As AIS propunham a otimização dos serviços públicos, além da integração e racionalização do atendimento médico, tornando os serviços de diferentes complexidades mais acessíveis à população. O elemento mais inovador, entretanto, era a nova forma de relação entre a União, estados e municípios, através da descentralização administrativa e financeira.

O Brasil vivia um momento em que os setores progressistas buscavam conquistar os espaços institucionais e o governo militar, fragilizado pela grave crise econômica e pela pífia atuação do presidente Figueiredo, encontrava nas eleições de governadores comprometidos com um ideário social, um caminho sem volta para a redemocratização do país.

Com a vitória de Franco Montoro em 1982 e a indicação do Professor Marcos Toledo Ferraz para o cargo de Coordenador de Saúde Mental, o Estado de São Paulo viveria um novo momento em relação à assistência psiquiátrica. O diagnóstico situacional no Estado, ao assumir a Coordenadoria, em nada diferia do resto do país, como afirmava Ferraz:

"... Então, o que nós pudermos fazer como diagnóstico em São Paulo, representa perfeitamente bem o diagnóstico da saúde mental no Brasil, isto é, nós temos uma política de saúde mental voltada naturalmente para a internação. Temos por exemplo, cerca de 17 mil pacientes internados, no Estado de São Paulo, pela Coordenadoria de Saúde Mental, ou seja, cerca de quase 40 mil pacientes internados no Estado de São Paulo, se considerarmos o INAMPS e outras estruturas e instituições. Mas temos pouquíssimas ações em nível de ambulatorios e centros de saúde" (Jornal do CREMESP, 1982, p6).

A realidade do Estado se baseava na compra dos leitos privados, enquanto os hospitais públicos, principalmente o Juqueri, encontravam-se em situação deteriorante.

O atendimento ambulatorial era insignificante, e Ana Pitta, que viria a ser Diretora da Divisão de Ambulatórios e da Rede Básica da Coordenadoria de Saúde Mental, apresentava a

situação dos ambulatórios no Estado:

"Nós temos 18 ambulatórios implantados no Estado: 11 na capital e 7 no interior. Quando se fala a palavra pomposa ambulatório, talvez não reflita, por exemplo, a situação de Registro, onde se tem um psiquiatra para todo o Vale do Ribeira. Osasco, por exemplo, conta com o concurso de dois profissionais médicos, dois psicólogos para o atendimento de cerca de 1.800 casos mensais, não só de Osasco mas de todas as cidades circunvizinhas" (Jornal do CREMESP, 1982, p7).

Ao assumir a Coordenadoria, Ferraz e sua equipe colocaram, como meta prioritária, a reversão do quadro que apresentava o Estado, investindo menos na compra de leitos conveniados, resgatando os leitos próprios, priorizando a inserção de equipes mínimas de saúde mental nos 91 Centros de Saúde - I, além do atendimento regionalizado e hierarquizado. Outra prioridade se referia à criação de unidades de emergência para atendimento e observação por até 72 horas (Jornal do CREMESP, 1982).

Naquela época, praticamente não havia Serviços de Emergência Psiquiátrica no Estado de São Paulo, sendo que, em hospitais gerais e funcionando de forma regular, havia apenas o Pronto-Socorro de Psiquiatria do Hospital São Paulo, da Escola Paulista de Medicina (Filhou et al., 1990).

Os hospitais psiquiátricos atendiam os casos que chegavam, porém enquanto serviço caracterizado como emergência, havia apenas o Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana, que funcionava após as 17 horas, pois antes deste horário, os quadros agudos eram encaminhados aos ambulatórios, na maioria das vezes não equipados para este tipo de demanda.

"O grande profissional da assistência à emergência tem sido os motoristas das ambulâncias, que põem os seus loucos atrás e ficam perambulando pela cidade em busca de uma forma qualquer de atendimento" (Jornal do CREMESP, 1982, p7).

Esta ácida, porém realista afirmação de Pitta, no início de 1983, cerca de quarenta dias após Marcos Ferraz assumir a Coordenadoria, demonstrava a situação crítica em todo o Estado e de forma mais aguda, no município de São Paulo.

No mesmo período, março de 1983, Laurentiz lançou o Documento "*Serviços de Urgência Psiquiátrica*", da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, analisando minuciosamente a situação dos pacientes em crise naquele município, entre janeiro de 1981 e dezembro de 1982.

Nas considerações preliminares, o autor propôs a integração dos serviços de saúde pública municipal, estadual e federal, no intuito de criar serviços de emergência psiquiátrica embasados em um programa de Psiquiatria Preventiva (Laurentiz, 1983).

O autor fez um interessante relato a respeito das dificuldades encontradas por um paciente ao procurar socorro psiquiátrico no município de São Paulo. Vale destacar que, naquele período, as AIS ainda não estavam implantadas em São Paulo. Vamos ao relato:

"Caso o paciente apresente uma crise psíquica, o trâmite cíclico que o paciente segue é o seguinte:

a) NÃO PREVIDENCIÁRIO:

1- Disca 192 para contatar a CECOM (órgão de resgate por ambulância da Superintendência Médico-Hospitalar de Urgência da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde)

2- A CECOM informa que não faz tal resgate.

Caso o chamado tenha sido realizado no período diurno durante a semana, o solicitante é orientado a telefonar para o Ambulatório de Saúde Mental do Estado mais próximo.

Em finais de semana ou após as 17 horas, a orientação é para ligar para o Ambulatório Central de Saúde Mental.

3- Em qualquer destas hipóteses, o solicitante é informado que estes serviços não fazem resgate, sendo que o paciente deve ir ao local de atendimento. Caso isto não seja possível, deve-se solicitar o 190 - Polícia Militar.

4- Acionado o 190, a Polícia Militar informa que não faz tal resgate e que o solicitante deve contatar o distrito policial da área da solicitação.

5- Contatado o Distrito Policial, este informa que não faz tal resgate, sendo que a remoção do paciente só é possível se o mesmo for trazido ao Distrito, quando o Delegado solicita ao DEGRAN o concurso do CCA (carro forte da Secretaria de Segurança, que até às 12 horas transporta presos da penitenciária e, após este horário, presta-se ao resgate de pacientes em crise psíquica). Caso não seja possível levá-lo ao Distrito Policial, são orientados a procurar novamente a Polícia Militar (190)

6- Mais uma vez procurado o 190, a P.M. fornece o telefone do gabinete do Secretário de Saúde do Estado.

7- O Gabinete fornece o telefone da Superintendência Médico-Hospitalar de Urgência da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde, fechando o ciclo insolúvel para o paciente"(Laurentiz,1983, mimeo).⁹⁰

Pode-se observar neste "ciclo", a total falta de estrutura para atendimento de pacientes com distúrbios psiquiátricos, mantendo o perfil das urgências psiquiátricas como algo que antecede

⁹⁰ Caso o paciente fosse previdenciário, o ciclo seria o mesmo, mudando apenas o encaminhamento inicial para o Ambulatório de Saúde Mental do INAMPS.

a década de 50, em que estas eram "*caso de polícia*".

Outro fator que chama a atenção, refere-se ao Ambulatório enquanto centro de atendimento de urgência, não sendo o Pronto-Socorro Geral percebido como um possível serviço mais adequado para este tipo de situação, além da falta de integração entre os órgãos municipal, estadual e federal, e a distinção clara entre previdenciários e não previdenciários.

A gravidade da situação das Emergências Psiquiátricas levou os governos estadual e municipal de São Paulo a somarem esforços na criação desses serviços. Certamente esta conjunção foi facilitada pela indicação do Deputado Federal Mario Covas para a prefeitura de São Paulo, além do governo estadual ter assinado o Convênio AIS, viabilizando uma série de projetos de implantação de serviços alternativos, como as Emergências Psiquiátricas.

Um dos primeiros exemplos de viabilização de Serviços de Emergências Psiquiátricas em instituições públicas, ocorreu no Complexo Hospitalar do Juqueri, logo após a intervenção nesta instituição. Em dezembro de 1984, entrou em funcionamento o *Serviço de Emergência Psiquiátrica do Hospital do Juqueri*.

Com o processo de regionalização, integração e hierarquização das ações de saúde implantadas desde março de 1983, o Hospital do Juqueri havia deixado de ser centro de referência estadual, principalmente para pacientes crônicos, tornando-se um serviço de atendimento regionalizado para uma população de aproximadamente 200.000 mil habitantes, compreendendo os municípios de Franco da Rocha, Caieiras, Francisco Morato, Mairiporã e Cajamar (Berto, 1985).

Era necessária a implantação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica, procurando controlar o grande número de internações, acima da capacidade de vagas do hospital. Também deveria reduzir o tempo médio de internações e regionalizar o atendimento.

Instalado nas dependências do antigo pavilhão de quartos fortes e inicialmente contando com uma enfermaria para observação por até 72 horas, com capacidade de 14 leitos, rapidamente a Emergência Psiquiátrica necessitou ser ampliada para 18 leitos, sendo 13 para pacientes do sexo masculino e 5 para o sexo feminino.

Atuando de forma integrada ao Plantão de Psiquiatria, à Clínica de Agudos do Hospital e ao Ambulatório Regional de Saúde Mental de Franco da Rocha, o paciente que necessitasse ficar sob observação por até 72 horas, ao receber alta, seria imediatamente encaminhado para o Ambulatório regional. Caso houvesse indicação de internação, esta ocorreria na Clínica de Agudos do hospital (Berto, 1985).

Berto(1985), analisando este Serviço, demonstrou que, nos anos que antecederam a criação da Emergência Psiquiátrica, o Juqueri internava praticamente o dobro do número de altas.⁹¹ No ano de 1984, devido à grave crise no Complexo Hospitalar, praticamente não ocorreram internações, principalmente no segundo semestre.

Com a criação do Serviço de Emergência, este se tornou a porta de entrada para o Hospital do Juqueri. No período estudado pelo autor, compreendendo os meses de janeiro a junho de 1985, foram admitidos 244 pacientes, dos quais 190 (78%) foram tratados no próprio serviço e em seguida liberados para acompanhamento ambulatorial. Apenas 54 pacientes (22%) foram internados no Pavilhão de Agudos. Porém, o que mais chamou a atenção do autor, foi o fato do número de altas (178) ter sido superior ao número de internações (169),

"fato sem precedentes na história deste hospital" (Berto, 1985, p56).

Sem dúvida, a criação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica no Complexo

⁹¹ Entre 1980 e 1982, ocorreram 4.507 internações para 2.104 altas, correspondendo a 46,6% das internações. No ano de 1983, com a implantação de uma nova Política de Saúde Mental, o número de internações diminuiu, enquanto as altas aumentaram consideravelmente. (Berto, 1985)

Hospitalar do Juqueri era um fato de significativa importância, em uma instituição que se encontrava totalmente estagnada no processo de modificação da prática hospitalocêntrica ainda hegemônica.

Contudo, era preciso avançar mais, não só nos hospitais psiquiátricos que, apesar de se modernizarem, traziam consigo o ranço de serviços de emergência psiquiátrica instalados em instituições especializadas, mas também nos hospitais gerais. Assim, começaram a surgir algumas experiências em Pronto-Socorros gerais, particularmente no município de São Paulo.⁹²

Ao assumir a Coordenadoria de Saúde Mental do município de São Paulo, o psiquiatra Antônio Carlos Cesarino desenvolveu, junto à Escola de Medicina da Santa Casa, INAMPS e Secretaria Estadual de Saúde, um programa denominado "*Projeto Zona Norte*".

Atuando em uma área na região norte do município e atingindo uma população de cerca de um milhão de pessoas, o Projeto Zona Norte apresentava importante influência da psiquiatria comunitária, tendo suas ações embasadas nos níveis primário, secundário e terciário de atendimento.

Para os autores do Projeto, a ausência de serviços de emergência capazes de funcionar como intervenção terapêutica de caráter intensivo, reduzindo o número de internações e impedindo o processo de cronificação era um fator de dificuldade para os serviços de saúde mental do município. Os pacientes psiquiátricos em crise até chegavam aos Prontos-Socorros gerais, no entanto, a falta de profissionais especializados levava a uma ação terapêutica praticamente nula.

O Projeto Zona Norte tinha em sua proposta, relacionado ao Serviço de Emergência Psiquiátrica, um Pronto-Atendimento inserido no Pronto-Socorro Geral, funcionando 24 horas, com leitos de observação por até 48 horas. Haveria um plantonista de psiquiatria, além de uma equipe de diaristas formada por um psiquiatra, um profissional de enfermagem e um de serviço social, com um trabalho predominantemente multiprofissional (Cesarino et al., 1985).

Após a triagem e avaliação pelo psiquiatra, o paciente poderia ser encaminhado para o Ambulatório de Saúde Mental ou Centro de Saúde de referência. No entanto, caso houvesse necessidade de observação, ela seria realizada no próprio Pronto-Socorro e, por fim, os casos "subagudos", ou pacientes "*destituídos de laços sociais seriam encaminhados para hospital especializado*" (Cesarino et al., 1985, p133).

No início do trabalho em 1984, o Projeto Zona Norte apresentava na região de cobertura, poucos serviços com atuação na saúde mental. Havia dois Centros de Saúde do Estado com equipe mínima; três Postos de Assistência Médica - PAM - municipais, com serviço de psicologia; um Ambulatório de Saúde Mental Estadual e um Hospital Psiquiátrico - Hospital Pinel - exclusivamente feminino, com cerca de 320 leitos, predominantemente de pacientes crônicas, localizado no bairro de Pirituba.

Com a implantação do projeto, modificações significativas começaram a ocorrer na região fazendo-se necessária a criação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica. Na área de abrangência do Projeto, havia os Prontos-Socorros gerais do Jaçanã, Santana, Perus, Freguesia do Ó, Mandaqui e Pirituba. O médico psiquiatra da prefeitura, Elias Monteiro Lino, ficou incumbido de viabilizar este serviço em um dos prontos-socorros da região.

Após contatos iniciais, constatou-se que o *Pronto-Socorro Municipal de Pirituba* havia

⁹² Torna-se importante explicar que apesar das AIS buscarem uma integração mais efetiva entre os serviços federal, estadual e municipal, alguns modelos assistenciais tinham característica própria. O Pronto-Socorro geral, por exemplo, era uma instância de responsabilidade do governo municipal; no entanto, o governo estadual poderia criar um serviço de emergência em uma instituição da sua competência, fato que ocorrera no Hospital do Juqueri e no Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana.

sido o mais receptivo para a criação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica. Além disso, este P.S. ficava a cerca de 300 metros do Hospital Pinel e do Ambulatório de Saúde Mental de Pirituba, que era anexo ao Hospital.⁹³

O Pronto-Socorro Geral de Pirituba era um serviço de pouca complexidade hospitalar, possuindo oito leitos divididos em duas enfermarias, para atendimentos clínicos e cirúrgicos. Havia uma sala para exames (ECG e RX), um laboratório e um refeitório.

O início do atendimento psiquiátrico não foi precedido de qualquer tipo de preparação para o P.S., sendo que o plantonista de psiquiatria ficava no horário das 8 às 17 horas, durante a semana, para atender eventuais casos que surgissem. Quando o plantonista de psiquiatria atendia um paciente e indicava internação, por não haver *guia de internação* no P.S., ele era encaminhado para o Ambulatório de Saúde Mental para o psiquiatra deste serviço referendar a internação e preencher o "*laudo*". Porém, se o plantonista deixasse algum paciente em observação e não desse resolução para o caso até as 17 horas, a equipe de plantão noturno, que não possuía psiquiatra, encaminhava automaticamente este paciente, como qualquer outro que aparecesse no período, para internação em hospital psiquiátrico.

"No início, quando aparecia uma emergência e indicávamos a internação, o paciente tinha que ser mandado para algum ambulatório de saúde mental para o psiquiatra de lá referendar a internação. Eram poucos os casos graves que chegavam no Pronto-Socorro e a equipe clínica aceitava a gente porque nós aliviávamos uma série de problemas, mas se deixássemos um paciente esquizofrênico em observação depois das 17 horas, este paciente era rapidamente transferido para o hospital psiquiátrico; afinal era difícil para o clínico manter um paciente psiquiátrico durante a noite, enquanto existiam mais de trezentas vagas no Pinel para receber este paciente "(E.3).

No final de 1984, foi feita uma avaliação do serviço e, devido a pouca resolutividade, concluiu-se pela interrupção do atendimento no P.S. de Pirituba.

A equipe que coordenou tal experiência buscou viabilizar um novo serviço de emergência psiquiátrica na região, tomando o cuidado de fazer um planejamento inicial para esta proposta. O primeiro passo foi a elaboração de um *Manual de Padronização de Condutas em Emergência Psiquiátrica*, no qual os autores procuravam orientar os técnicos de outras especialidades, a respeito das condutas a serem tomadas ao atender um paciente em crise (Lino & Cordás, 1985).

O segundo passo foi a criação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica na área de abrangência do Projeto Zona Norte, que começava a modificar de forma incisiva o modelo de atenção em saúde mental na região. Na época, o governo Montoro propunha transformar o *Hospital do Mandaqui*, um antigo hospital para tuberculosos, em algo parecido com o "*Hospital das Clínicas da Zona Norte*".

⁹³ A existência do Ambulatório de Saúde Mental anexo a um hospital psiquiátrico não era coincidência, pois na verdade, até a implantação do Projeto Zona Norte, o Ambulatório funcionava apenas como encaminhador de pacientes para internação integral, se possível, no próprio Hospital Pinel.

Este hospital possuía uma característica própria: a instituição hospitalar era de responsabilidade do governo estadual e o Pronto-Socorro estava sob a coordenação do governo municipal. Enquanto o Coordenador de Saúde Mental do Estado procurava suplantar as resistências para a criação de uma enfermagem de psiquiatria no Hospital do Mandaqui, inaugurada em janeiro de 1987, a Coordenadoria de Saúde Mental do município viabilizava a implantação do *Serviço de Emergência Psiquiátrica do P.S. do Mandaqui* com maior rapidez. No dia 1º de junho de 1985, começou a funcionar este serviço, possuindo 3 leitos para observação especificamente de psiquiatria, por um período de até 72 horas.

Antes de iniciar o funcionamento, os coordenadores do novo serviço, através do Manual de Padronização, deram cursos para os profissionais que lá trabalhariam, bem como para os socorristas de outras áreas. Ficou estabelecido que haveria pelo menos um psiquiatra de plantão ininterruptamente. Outro cuidado tomado foi um extenso trabalho de orientação aos Serviços de Saúde, Delegacias e COPOM (Centro de Operações da Polícia Militar), explicando o funcionamento da Emergência Psiquiátrica e a criação de um Serviço de Resgate Psiquiátrico efetivo, que seria responsável pelo transporte de pacientes em crise na área circunscrita à zona norte. (Cesarino et al., 1985)

No primeiro mês de funcionamento, foram atendidos 300 casos e três meses depois, atendia-se quase que o dobro dos pacientes, na sua grande maioria (83,6%) com encaminhamentos espontâneos (Cesarino et al., 1985).

O Projeto Zona Norte tornara-se uma experiência pioneira, demonstrando a possibilidade do desenvolvimento de um trabalho integrado entre serviços de diferentes graus de complexidade. Outro fato significativo do Projeto foi a viabilização de um trabalho conjunto e eficaz entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), buscando alternativas concretas ao modelo hospitalocêntrico hegemônico.

Um dos pontos de destaque das *AIS* foi a criação de Colegiados interinstitucionais responsáveis pelo planejamento e gestão dos órgãos de saúde. Estes Colegiados (CIS, CRIS, CIMS e CLIS) eram compostos por representantes de instituições e prestadores de serviços de saúde públicos e privados. Havia também alguns Colegiados setorializados, que visavam ao planejamento e aperfeiçoamento de propostas para determinadas áreas. No Estado de São Paulo, por exemplo, havia uma *Comissão Interinstitucional de Saúde Mental - CISM* - em que participavam basicamente os representantes dos serviços públicos federal (INAMPS), estadual (SES) e municipal (SMS).

No ano de 1985, época da implantação da *CISM*, os serviços ambulatoriais e os hospitais da rede estadual encontravam-se funcionando de forma adequada. Na área federal, o Ambulatório de Saúde Mental do INAMPS, que até então funcionava apenas como serviço encaminhador de pacientes para hospitais conveniados, começava a mudar seu perfil assistencial, após o médico Raul Gorayeb assumir sua coordenação.

Mas a dificuldade de controle dos serviços públicos em relação às instituições privadas, que continuavam a exercer uma prática asilar absolutamente indiferente e distante da proposta política de saúde mental oficial, fez a *CISM* articular projetos mais incisivos quanto ao controle das internações. Desta postura interinstitucional pública, elegeu-se a criação de mais serviços de emergência psiquiátrica como prioridade política; assim, a *CISM* criou o *Programa de Implantação de Emergências no Estado de São Paulo*, sob a coordenação de Elias Lino.

Este Programa tinha como objetivo a implantação de Serviços de Emergência Psiquiátrica, prioritariamente em hospitais gerais, se possível universitários, respeitando os critérios de regionalização e criando normas e condutas padronizadas, como ocorrera no PS do Hospital do Mandaqui. No entanto, naquele ano de 1986, a conjunção política que até então se apresentava

favorável entre os governos estadual e municipal, tornou-se praticamente inviável, com a eleição de Jânio Quadros para a prefeitura de São Paulo, acrescido do último ano do governo Montoro a nível estadual.

O novo governo municipal praticamente anulou qualquer possibilidade de criação de Serviços de Emergência Psiquiátrica. O Programa de Implantação só conseguiu viabilizar efetivamente um serviço em Ferraz de Vasconcelos, após a Coordenadoria de Saúde Mental do Estado receber denúncias a respeito das péssimas condições de atendimento aos pacientes psiquiátricos em um hospital daquele município.

O Hospital São Marcos era uma instituição privada, geral, com uma enfermaria de psiquiatria. Quando das denúncias, uma comissão da Secretaria de Saúde foi até aquela instituição, constatando várias irregularidades. Um dos membros da Comissão relata:

"Quando chegamos neste hospital, fomos para a enfermaria de psiquiatria que se localizava no porão, em um ambiente extremamente úmido e sujo, sendo que a grande maioria dos pacientes internados apresentava quadro de Delirium Tremens, em péssimo estado, e medicados com soro e ampicilil E.V.. A dieta era à base de arroz, e muitos estavam em estado deplorável, com alta incidência de óbito. Diante deste quadro, a comissão sugeriu a intervenção neste hospital, criando assim possibilidades de viabilizar um serviço de emergência psiquiátrica naquele hospital" (E. 3).

Se na capital a criação destes serviços era difícil, no interior do Estado o Programa de Implantação de Emergências Psiquiátricas também era pouco viável, pois, como relatamos, estes modelos assistenciais eram gestados e gerenciados pelas prefeituras, que não viam com muita "simpatia" um serviço desta natureza em seu município.

Devemos compreender que a prática predominante nos municípios era encaminhar os pacientes em crise para os hospitais psiquiátricos da região, necessitando apenas de uma ambulância para transportar o paciente. Outro fato era que os Prontos-Socorros gerais destas cidades não apresentavam nenhuma condição em atendimento psiquiátrico, por falta de infra-estrutura. O máximo que alguns municípios de médio e grande porte se permitiam era viabilizar ambulatórios de saúde mental, muitos sem possuírem equipes completas. Campinas, não fugia à regra.

CAPÍTULO VI

A UNIDADE PSIQUIÁTRICA DE URGÊNCIA DO HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMP

VI. 1 - O SURGIMENTO DA UPU

No início dos anos 80, Campinas refletia a realidade psiquiátrica do país, embora com alguns avanços. Cidade tipicamente urbana e industrializada, centro político e econômico de uma rica macro-região, na área de saúde mental, possuía uma prática predominantemente hospitalocêntrica, contando, apenas no município, com mais de 800 leitos psiquiátricos, quase todos em hospitais conveniados.

A nível extra-hospitalar, havia três ambulatórios de saúde mental, um estadual, um municipal, e outro privado; alguns Postos de Saúde municipais, que exerciam uma ação meramente burocrática, receitando psicofármacos e encaminhando pacientes para internações hospitalares; e um Serviço de Urgência Psiquiátrica.

Criada na segunda metade da década de 70, localizada na Rua Barão de Itapura, 1236, no centro de Campinas, a *Unidade Psiquiátrica de Campinas - UPC* - era uma instituição privada que atendia basicamente pacientes conveniados do INAMPS.

A UPC era formada por duas casas adaptadas, ligadas entre si, possuindo dois consultórios, sala de recepção, arquivo, cozinha, farmácia e pequenas enfermarias com um total de 50 leitos, divididos igualmente entre masculinos e femininos. Não havia pátio externo para os pacientes, nem sala de reuniões para grupos ou praxiterapia (Franklin et al., 1980).

A UPC era um serviço de Pronto Socorro Psiquiátrico, funcionando ininterruptamente, com pacientes encaminhados pelos Postos de Saúde ou Ambulatórios de Saúde Mental, além de casos trazidos pela polícia ou por familiares. Após ser avaliado pelo plantonista, o paciente seria dispensado ou permaneceria por um período máximo de 72 horas. Ao completar este período, o paciente receberia alta ou, caso houvesse justificativa clínica, seria transferido para um dos hospitais de referência.

No entanto, baseado certamente na filosofia de sua criação, a UPC, desde seu início, já apresentava distorções quanto à proposta assistencial. Franklin et al. (1980), em um levantamento feito durante a primeira quinzena de outubro de 1978, quando estudaram 580 casos atendidos naquela unidade, encontraram resultados que refletiam o tipo de assistência a que se propunha: atendimento predominantemente diurno (65,7%); pacientes encaminhados por outros serviços médicos (35,7%), pela polícia (31,6%), por familiares (7,4%) ou espontâneos (23,6%). este último chamou a atenção dos autores pelo número significativamente alto, por se tratar de um serviço de urgência.

Quanto ao diagnóstico, havia uma prevalência de alcoolistas (46,9%) e quase 45% dos pacientes atendidos no período estudado já haviam sido internados na própria UPC, nos 365 dias anteriores.

Os autores constataram que praticamente todos os pacientes atendidos na UPC eram internados por 72 horas e cerca de 48,5% foram encaminhados, posteriormente, para internação em hospital psiquiátrico. Estes dados contrastavam com o serviço de emergência psiquiátrico operado por Cerqueira no município de São Paulo em 1973, em que apenas 15% dos pacientes foram encaminhados para internação hospitalar. Um questionamento era lançado pelos autores:

"Quais seriam as razões para este achado? Eis uma importante pergunta a ser respondida. Para alguns, motivações econômicas ligadas ao lucro estariam influenciando. Preferimos não nos precipitar, mas achamos importantíssimo equacionar este problema, pois através de sua solução pode-se evitar o sofrimento humano" (Franklin et al., 1980, p205).

Os autores tiveram, no início, um cuidado para não fazer um pré-julgamento em relação ao perfil assistencial a que a UPC se propunha mas com o passar dos anos isso foi se modificando, pois a UPC deixou de ser o serviço triador e racionalizador de internações, tornando-se somente um retroalimentador dos hospitais psiquiátricos da região, conforme afirmou psiquiatra ligado à Secretaria de Estado da Saúde na época:

"Para manter os hospitais constantemente lotados, a UPC funcionava enquanto uma ante-sala manicomial" (E.6)

Essa situação, no entanto, não apresentava repercussões maiores na estrutura assistencial pública em relação à saúde mental. Importante frisar que, enquanto os Postos de Saúde e Ambulatórios de Saúde Mental atendiam seus pacientes basicamente sem história prévia de internação psiquiátrica, a UPC e os hospitais psiquiátricos abarcavam pacientes já cronificados por várias internações, principalmente alcoolistas, andarilhos, dependentes de drogas e sociopatas.

Naquele momento, apesar dos esforços em buscar um trabalho mais unificado entre os prestadores de serviço, as instituições privadas mantinham uma autonomia quase total no que diz respeito ao serviço público.⁹⁴

O sistema público de saúde de Campinas só viria tomar uma atitude efetiva em relação à questão das emergências psiquiátricas, quando em 1986, um dos donos da UPC informou, publicamente, o fechamento daquela unidade. Em um mês, a cidade ficaria sem P.S. psiquiátrico.

O motivo oficial para o fechamento da UPC não foi completamente elucidado. Na época, um jornal da cidade procurou o proprietário da Unidade para esclarecimentos, e ele alegou:

"... o fechamento da instituição acontecerá por motivos particulares seus, que ele preferiu não comentar, assinalando que a unidade é como uma firma qualquer" ("Jornal Correio Popular", 13/03/86)

Para compreender melhor os fatores que teriam influenciado o fechamento da UPC, devemos observar que, naquele momento, modificações estruturais nas áreas sociais tomavam corpo em nosso país, entre elas o Movimento da Reforma Sanitária, imprimindo uma nova política de fortalecimento do setor público através das AIS.

Na prática, as AIS buscavam unificar as ações dos governos federal, estadual e municipal, instrumentalizando-os para um planejamento mais eficaz e os prestadores privados também haveriam de responder por este planejamento. Com isto, as Comissões Interinstitucionais (CIS, CRIS, CIMS e CLIS) gerenciariam e planejariam regionalmente as ações de saúde, sendo as comissões compostas por representantes dos prestadores de serviço, tanto público, como privado. É evidente que o poder das comissões estava centralizado na questão do financiamento e, ao menos

⁹⁴ Apenas com a implantação do SUDS, em julho de 1987, os serviços privados começaram a ser controlados de forma mais incisiva pelo serviço público.

teoricamente, o repasse de verbas seria liberado a partir dos critérios técnicos e necessidades regionais.

A região de Campinas, devido à presença de setores com um perfil vinculado à política sanitária reformadora, tinha nestas comissões um órgão atuante que procurava responder às necessidades, não só na saúde pública geral, como nas áreas específicas, por exemplo, a saúde mental. Campinas era uma das cidades pioneiras na criação de uma comissão formada pelas instituições públicas

Criadas logo após a adesão de Campinas às AIS, as Comissões Regional e Municipal de Saúde - *CRIS e CIMS*, se reuniam conjuntamente. A formação destas comissões era basicamente a mesma da *Comissão Pró-Assistência*. Na verdade, para a realidade da saúde pública de Campinas, estas Comissões nada mais eram que uma nova nomenclatura do Pró-Assistência, inclusive com os mesmos representantes institucionais.⁹⁵

No dia 25 de março de 1986, a UPC encerrou suas atividades, dando alta para alguns pacientes internados em suas dependências e encaminhando outros para hospitais psiquiátricos da região. Na época, a Unidade atendia cerca de 1.300 pacientes/mês, basicamente alcoolistas, tendo se transformado em serviço de referência para toda região.

No mesmo dia, a *Sub-Comissão de Saúde Mental do Pró-Assistência* encaminhou à CIMS⁹⁶, um documento denominado "*A Emergência Psiquiátrica: Um Desafio para o Setor Público*"(1986). Neste Documento, a Sub-Comissão de Saúde Mental fez inicialmente uma análise da caótica situação vivida por Campinas na área das emergências psiquiátricas, mesmo existindo a UPC.

Em um levantamento feito no período de seis meses, entre setembro de 1985 e fevereiro de 1986, a Comissão demonstrou que na UPC a média de atendimentos era de 1.308 pacientes/mês, sendo que 82,54% dos pacientes atendidos ficavam internados por um período de 72 horas, número significativamente alto, mesmo considerando ser um serviço de emergência. Porém o que mais chamou a atenção foi ao custo/ dia de um paciente internado nesta Unidade, em comparação ao custo/dia de um hospital psiquiátrico. Se em um hospital psiquiátrico o custo diário de um paciente internado era de CR\$ 27.300,00, na UPC, o custo do mês de outubro de 1985 foi de CR\$ 139.592,00, demonstrando que o hospital psiquiátrico era cerca de cinco vezes mais barato que aquela Unidade (Pró-Assistência-Sub Comissão de Saúde Mental, 1986).

A Sub-Comissão finalizava o Documento, lançando algumas propostas para a situação que se apresentava com o fechamento da UPC:

⁹⁵ A CIMS, em 1985, ano de sua criação, era composta por representantes da Prefeitura Municipal de Campinas (o Secretário Municipal de Saúde, Dr. Nelson Rodrigues dos Santos), da Secretaria Estadual de Saúde (Dr. Emerson Elias Merphy), da PUCAMP (Dr. Domenico Feliciello), da UNICAMP (Dr. Ronan José Vieira) e do INAMPS (Dr. Wilson Geronimo). A CRIS possuía uma secretaria técnica executiva, formada pelos seguintes representantes: PUCAMP (Drs. David Braga Jr. e Hildemburgo Calzado Jr.), Secretaria Estadual de Saúde(Drs. Frederico Zago e Pio Pereira dos Santos), INAMPS (Dr. Paulo Eduardo Pessagno) e UNICAMP (Dr. Gastão Wagner de Souza Campos).

⁹⁶ O Pró - Assistência era uma comissão com representantes dos serviços públicos, INAMPS, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, e Universidades - PUCAMP e UNICAMP que, desde 1982, buscava viabilizar uma prática assistencial pública mais racional no município. O Pró - Assistência foi o modelo precursor das Comissões Interinstitucionais criadas pelas AIS em todo o país.

"1- Encampar a UPC, tirando o credenciamento e, no prazo de 120 dias, reorganizar o serviço sob responsabilidade da CIMS/CRIS:

a) Outro local físico para o funcionamento estudando a possibilidade do espaço da Santa Casa deixado pela UNICAMP ou do Albergue de Campinas que deixa o prédio atual;

b) Utilizar de imediato médicos psiquiatras da rede que se disponham aos plantões e em seguida chamar remanescentes dos concursos feitos pela UNICAMP (para enfermeiros e auxiliares) e pela DRS-5 (para psiquiatras);

c) Reorganizar o serviço, planejando enquanto pertencente à rede pública com outra concepção de emergência psiquiátrica.

2- Que os hospitais gerais, públicos, atendam emergências sem internação (Hospital Municipal Mário Gatti, HC-UNICAMP e Hospital Celso Pierro - PUCCAMP)

3- Discutir com as Universidades a necessidade que tenham leitos psiquiátricos para internação de 72 horas, com utilização do convênio MEC-MPAS" (Pró-Assistência - Sub Comissão de Saúde Mental, 1986, mimeo).

É necessário compreender que, apesar das críticas à UPC, principalmente por ter se transformado em um corredor de passagem de pacientes basicamente alcoolistas, criando uma "ciranda" de internações hospitalares numa política de redistribuição de pacientes, em que questões éticas eram levantadas, esta Unidade preenchia uma função que na prática não incomodava alguns setores, pois bem ou mal ela se responsabilizava pelas emergências psiquiátricas de Campinas.

As Universidades, por exemplo, praticamente não participavam de qualquer função assistencial, pois a PUCCAMP possuía um ambulatório de psiquiatria incipiente e a UNICAMP aguardava a inauguração da enfermaria de psiquiatria no Hospital das Clínicas, ainda em obras.

No dia 26 de março de 1986, a CRIS e a CIMS se reuniram para discutir o fechamento da UPC, ocorrido no dia anterior. Logo no início da reunião, o representante da Prefeitura Municipal trouxe a preocupação da equipe técnica do Hospital Municipal Mário Gatti, na época o único Pronto-Socorro Geral municipal, com a possibilidade dos pacientes psiquiátricos em crise procurarem aquele serviço, onde criariam uma situação de colapso na rotina do serviço.

Após longa discussão, chegou-se a duas soluções:

"1 - Solução de Emergência: aumentar o número de leitos nos hospitais psiquiátricos da região, ao menos naquele momento, para absorver a demanda de pacientes. Assim, foi proposto que o Hospital Alvorada teria mais 20 leitos; o Hospital Tibiriçá mais 10 leitos masculinos; o Hospital Bierrembach de Castro mais 10 leitos femininos; o Hospital Indaiá mais 30 leitos e o Hospital Cândido Ferreira disporia de mais 10 leitos para pacientes não previdenciários.

2- Solução Permanente: implantar uma unidade ambulatorial e de internação de curta duração no setor público"(CRIS-Campinas, Livro-Ata, 26/03/86).

Em um primeiro momento, a única alternativa viável avaliada pela CRIS/CIMS eram os hospitais psiquiátricos, o que de certa forma indicava um contra-senso à política de saúde mental que se apresentava no Estado de São Paulo.

Outro dado interessante foi que todos os hospitais psiquiátricos conveniados da região foram agraciados com o aumento de leitos, principalmente o Hospital Indaiá (30 leitos), no município de Indaiatuba, pertencente a um dos proprietários da UPC.

Mas, um importante avanço ocorreu naquela reunião, certamente fruto das proposições da Sub-Comissão e principalmente devido ao caos que apresentava a área de saúde mental diante do fechamento de um serviço que, mesmo não correspondendo às funções para que fora criado, tornara-se estratégico no município.⁹⁷ Era preciso criar definitivamente um serviço de emergência psiquiátrica vinculado ao setor público. Porém, quem poderia arcar com esta proposta ?

A CRIS e a CIMS não poderiam esperar, pois as pressões sociais pelo fechamento da UPC tornavam-se intensas. Os hospitais psiquiátricos não mudavam sua rotina, internando "na porta", como de costume, mas agora de uma forma oficializada pela situação que se apresentava. O aumento de leitos foi rapidamente preenchido pelos pacientes alcoolistas, mantendo-se elevado o tempo médio de permanência. O Hospital Mário Gatti e os demais Prontos-Socorros gerais evitavam atender casos psiquiátricos, alegando falta de estrutura e profissionais habilitados.

Evidentemente os quadros psiquiátricos graves desembocavam no Ambulatório de Saúde Mental do Estado, localizado na Av. Senador Saraiva, centro de Campinas, criando um grande tumulto, como relatou o diretor na época:

⁹⁷ Estratégico não pelas suas qualidades, mas pela ausência de programas realmente progressistas no município.

"Com o fechamento da UPC, a CRIS e a CIMS procuraram contornar a situação com os hospitais psiquiátricos, como o Bierrembach de Castro, mas estes contribuíram de forma bastante limitada. Quem absorveu mesmo a maior parte da demanda foi o Ambulatório de Saúde Mental do Estado, que no entanto não dispunha de instalações para este fim, pois não foi criado para atender urgências. No período de funcionamento do ambulatório (das 8 às 17 horas durante a semana), chegavam pacientes agitados que eram colocados na sala de espera em colchonetes jogados no chão, entre pacientes que aguardavam consulta. O ambiente ficava tumultuado e os médicos eram obrigados a interromper consultas individuais ou psicoterapias de grupo para atender os casos que chegavam. O paciente era medicado e na maioria das vezes encaminhado para internação, mas aí surgia outro problema que era conseguir vaga nos hospitais psiquiátricos que normalmente estavam lotados" (E.7).

No dia 03 de abril de 1986, o jornal "Correio Popular" trouxe notícia assim intitulada: "PM chamada para auxiliar atendimentos a doentes".

O texto relatava:

"Somente nos últimos cinco dias, a Polícia Militar atendeu mais de 30 casos de pessoas com distúrbios mentais, em razão do fechamento da UPC, há uma semana. Isto porque não tendo onde levar os familiares com problemas, a população passou a apelar para a Rádio Patrulha, pedindo auxílio. O subcomandante do oitavo batalhão, capitão Máximo França, afirmou que esta não é uma função rotineira da polícia e está acarretando uma sobrecarga nos serviços de policiamento que deixam de atender outras ocorrências para prestar assistência a dementes..." ("Jornal Correio Popular", 03/abril/86).

Era momento da CRIS e CIMS buscarem uma solução, pois as pressões estavam se tornando insuportáveis. Em nova reunião, ocorrida no dia 09 de abril de 1986, o Secretário Municipal de Saúde apresentou, à Sub-Comissão de Saúde Mental do Pró-Assistência, proposta de um possível acordo com a Santa Casa de Campinas, no intuito de alugar um amplo espaço daquela instituição, denominado "Casarão", transformando-o em uma Unidade Psiquiátrica de Urgência. Uma comissão foi constituída para analisar as necessidades quanto à reforma de espaço físico,

equipamentos e recursos humanos. (CRIS-Campinas, Livro-Ata, 09/04/86).

No dia *15 de abril de 1986*, o Secretário Municipal de Saúde, Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, informou publicamente que, em um mês, Campinas teria uma nova Unidade Psiquiátrica ("Jornal Correio Popular", 15/04/86).

Enquanto coordenador da CIMS, o Secretário afirmou que esta Comissão resolvera assumir a responsabilidade pela viabilização do serviço. As Secretarias Estadual (através do DRS-5) e Municipal de Saúde e o INAMPS ficariam incumbidos da sua criação e estruturação. A prefeitura seria responsável pela contratação da equipe técnica; o DRS-5 ficaria encarregado de promover as reformas e adequações necessárias ao local escolhido; e o INAMPS responderia pelo repasse de recursos para o custeio da unidade, isto é, pagamento de pessoal, compra de material de consumo e manutenção do serviço ("Jornal Correio Popular", 15/04/86).

A entrevista do Secretário Municipal da Saúde demonstrava, de forma concreta, como as AIS tornavam o sistema público de saúde mais eficiente, pois, em um mesmo projeto, as três instâncias se uniriam visando viabilizar o serviço de emergência psiquiátrica.

Na reunião da *CRIS/CIMS* no dia *16 de abril*, dia seguinte à entrevista, reafirmou-se o propósito da criação do serviço através das AIS. No entanto, a comissão que foi avaliar o "*Casarão da Santa Casa*" trouxe más notícias, pois uma vistoria da prefeitura no imóvel teria notificado que ele estava em péssimas condições e uma recomposição estrutural seria custosa e demorada e o representante do DRS-5, responsável pelo financiamento da reforma do imóvel, não garantia a liberação de uma verba vultosa por parte do governo estadual. (CRIS-Campinas, Livro-Ata, 16/04/86)

A UNICAMP foi sondada quanto à possibilidade de criar a Unidade em seu Hospital e não demonstrou nenhum interesse. Discutiu-se, então, a possibilidade de inquirir a PUCAMP a respeito da criação da Unidade no Hospital e Maternidade Celso Pierro - HMCP.

"A CIMS tinha poucas referências a respeito do corpo docente de Psiquiatria da PUCAMP. Sabíamos que havia o Professor Sully que, na época, era visto como um psiquiatra conservador, mas que não estaria atrelado a interesses dos donos de hospitais da região"(E.4).

Na mesma reunião do dia 16 de abril, o representante da PUCAMP na CRIS, Prof. Hindemburgo Calzado Jr., ficou com a responsabilidade de conversar com o Diretor da Faculdade de Medicina, Professor José Carlos Ramos de Oliveira, a respeito desta possibilidade. Duas hipóteses foram levantadas: a primeira, que o município, através das AIS, alugaria um Bloco no Hospital Celso Pierro para a criação da Unidade; e a segunda hipótese seria a própria PUCAMP assumir a Unidade Psiquiátrica, através do convênio MEC/MPAS.⁹⁸

Na reunião da *CRIS/CIMS* de *07 de maio de 1986*, o representante da PUCAMP informou que o Diretor da Faculdade de Medicina estava encontrando resistência por parte do corpo clínico do Hospital Celso Pierro, quanto à criação de um serviço de psiquiatria naquele hospital. Segundo um médico do corpo clínico, esta resistência se justificava por três fatores:

⁹⁸ Este convênio garantia aos hospitais universitários um pagamento diferenciado pela prestação de serviço.

"O primeiro era o preconceito existente por vários médicos do corpo clínico diante da possibilidade de se ter doentes mentais no hospital. Na verdade, esta visão era justificada pois a maioria dos médicos aprendeu psiquiatria em manicômios, e não em hospital geral. O segundo fator se referia ao espaço que seria dado para a criação de um serviço de psiquiatria em um hospital que faltavam leitos para as especialidades e apresentava um déficit extremamente alto, com constantes possibilidades de redução de leitos e corte de pessoal. Parecia uma contradição querer criar serviços e ao mesmo tempo ameaçar com redução de leitos. E o terceiro fator, este mais velado, estava ligado às disputas políticas, pois quem viesse a dirigir um serviço supostamente rentável, passaria a ter poder" (E.8).

Com a posição da PUCCAMP a CRIS/CIMS voltou a procurar os hospitais psiquiátricos, particularmente o Hospital Bierrembach de Castro, no intuito desta instituição assumir, mesmo que provisoriamente, as emergências psiquiátricas do município. A direção do Hospital aceitou a proposta, porém solicitou um prazo de 30 dias para realizar algumas reformas necessárias à criação do serviço em suas dependências. No entanto, esta solução, mesmo que transitória, causava desconforto aos representantes destes Colegiados, pois as críticas aos prestadores privados e seus hospitais psiquiátricos atingiam todas as esferas do serviço público, os órgãos federais, a nível estadual, e no próprio município de Campinas, em que a Sub-Comissão de Saúde Mental do Pró-Assistência apresentava uma posição veementemente favorável em encontrar uma solução no serviço público.

Sendo assim, ficou decidido solicitar aos Drs. Mauro Bilharinho e Vilza Soares Pereira, membros da Sub-Comissão de Saúde Mental, que elaborassem um projeto de implantação de uma Unidade de Urgência. Também, seria encaminhado ao Reitor da PUCCAMP, ofício consultando oficialmente a instituição quanto à possibilidade da criação deste serviço nas dependências do HMCP.

O Ofício 32/86 - CRIS, datado de 14 de junho de 1986 e assinado pelo presidente do Colegiado, Dr. Luiz Carlos Cecílio, oficializou a proposta de criação da Unidade Psiquiátrica, como consolidação da política de saúde mental voltada para o atendimento em hospitais gerais e a efetiva participação da PUCCAMP nas Ações Integradas de Saúde (Cris-Campinas, Ofício 32/86, 14/06/86).

Por ser um Documento genérico, sem aprofundamento das propostas, o Reitor foi convidado a participar da reunião da CRIS/CIMS, no dia 25 de junho. Como estaria viajando, o Reitor solicitou ao Dr. Roque Balbo, então Chefe do Departamento de Neuropsiquiatria, que o representasse; mas quem participou da reunião foi o Dr. Alexandre Sperlescu, membro do Departamento.

Na reunião ficou acertado que a CRIS encaminharia um protocolo de ofertas à PUCCAMP, para sediar a urgência psiquiátrica de Campinas, e o representante do reitor se

comprometeu em empenhar-se junto aos órgãos colegiados da instituição, no intuito de aprovar a proposta de criação da Unidade (PUCCAMP - DNP - OF. 05/86, 08/07/86).

Em 10 de julho, o Presidente da CRIS encaminhou *Ofício 38/86*, desta vez endereçado ao chefe do Departamento de Neuropsiquiatria, no qual, após um histórico da situação da assistência psiquiátrica em Campinas, solicitou uma posição definitiva referente à criação do Serviço de Emergência Psiquiátrica na PUCCAMP(CRIS-Campinas,Of.38/86, 10/07/86).

Uma questão do ofício a ser salientada refere-se à posição da CRIS, que se auto-intitulou "gerenciadora" da Unidade:

"A Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), da região de Campinas, vem através deste, solicitar parecer oficial sobre a instalação, implantando o desenvolvimento das práticas de Emergência Psiquiátrica, no Hospital e Maternidade Celso Pierro, gerenciados por esta comissão..."(CRIS-Campinas, OF.CRIS38/86, 10/07/86 grifo nosso).

No dia 23 de julho, o chefe do Depto. de Neuropsiquiatria encaminhou ao Diretor da Faculdade de Ciências Médicas o posicionamento favorável à criação da Unidade Psiquiátrica, porém ressaltando que, nos Documentos emitidos pela CRIS, em nenhum momento foi discutida a questão dos recursos financeiros oferecidos, bem como a estranheza pela Comissão em gerenciar o serviço:

"Para nossa surpresa, em ofício da CRIS (38/86), além de não encontrarmos as afirmativas de locação de recursos, verificamos que o gerenciamento da referida emergência estaria subordinada à CRIS, e não ao Departamento de Neuropsiquiatria da PUCCAMP.

Apesar do exposto acima, o Departamento de Neuropsiquiatria decidiu ser do interesse do mesmo e da Universidade acolher a emergência psiquiátrica, ressaltando entretanto, a necessidade das ofertas acima referidas, serem verdadeiras. Resolveu também, solicitar novos esclarecimentos da CRIS sobre esses aspectos controversos. Foi ainda resolvido que o Professor Titular de psiquiatria, apresentaria um anteprojeto sobre o funcionamento da referida emergência e dos trinta leitos por ela sugeridos no Hospital Universitário da PUCCAMP, discriminando o mínimo necessário em instalações, medicamentos e pessoal técnico habilitado para seu funcionamento "(PUCCAMP DNP - Of.06/86, 23/07/86).

O Diretor da FCM - PUCCAMP solicitou esclarecimentos da CRIS/CIMS, que, em

reunião realizada no dia 07 de agosto, definiu:

"1- A CRIS concorda que o serviço de emergência psiquiátrica seja montado e gerenciado pela PUCCAMP.

2- A gestão do mesmo, no entanto, deverá estar vinculada à Comissão de Saúde Mental da CRIS - Campinas.

3- A CRIS e a CIMS - Campinas reiteram sua disponibilidade de colaborar, dentro de suas possibilidades, com o processo de instalação física no Serviço de Emergência Psiquiátrica da PUCCAMP" (CRIS-Campinas, Livro-Ata, 07/08/86).

Na reunião do dia 20 de agosto, a CRIS definiu o Hospital Celso Pierro como o local para a instalação da Unidade Psiquiátrica de Urgência. (CRIS-Campinas, Livro-Ata, 20/08/86)

A instalação da UPU só voltaria a ser discutida pela CRIS/CIMS, cerca de sete meses depois, em 19 de março de 1987, quando já estava acertada a data de inauguração da Unidade, para abril daquele ano. Nesta reunião, foi discutido o perfil assistencial da Unidade, sendo definido:

1- A U.P.U. deverá internar pacientes encaminhados de unidades previdenciárias e não previdenciárias.

2- O local de moradia será o primeiro parâmetro de internação, sendo o programa a ser inserido, o segundo parâmetro.

3- Necessidade de ambulância gradeada.

4- Formar equipe treinada em conjunto com a polícia.

5- A U.P.U. vai contar com uma ambulância para altas e encaminhamentos.

6- Média de atendimentos de 5 a 10 pacientes/dia.

7- Média de 5 a 10 altas/dia.

8- Os Hospitais deverão fornecer ao INAMPS o número de leitos disponíveis para serem repassados diariamente para a U.P.U.

9 - Inauguração da U.P.U. no dia 06 de abril de 1987 às 10 horas.

10- Informar a imprensa. (CRIS-Campinas, Livro-Ata, 19/03/87)

No dia seguinte, o Secretário Municipal de Saúde de Campinas, Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, deu uma longa entrevista para a imprensa local, afirmando que a UPU estaria preparada para dar atendimento de bom nível a pacientes psiquiátricos da região, integrando-se aos serviços de assistência aos doentes mentais, desde os Centros de Saúde até os Hospitais Psiquiátricos, de tal forma que o paciente tivesse continuidade no seu tratamento. A criação da Unidade interromperia uma situação caótica, que se arrastava por mais de um ano, em que os doentes mentais em crise estavam sendo recolhidos pela polícia, sem conseguir atendimento, já que não havia serviço que os aceitasse ("Jornal Correio Popular" 20/03/87).

No dia 06 de abril de 1987, era inaugurada a *Unidade Psiquiátrica de Urgência do*

Hospital e Maternidade Celso Pierro. Neste mesmo dia, a CRIS/CIMS baixou resolução, definindo alguns aspectos funcionais da UPU. Dentre eles, destacamos:

- *Fará atendimento de urgências psiquiátricas 24 horas por dia;*

- *Conta com 40 leitos para ambos os sexos, para internações por até 72 horas;*

- *Fará encaminhamentos para Hospitais Psiquiátricos, ambulatórios especializados e postos de saúde ou dispensará, conforme a necessidade;*

- *Não oferecerá transporte para resgate de pacientes e;*

- *Sua gestão será feita pelas Comissões Colegiadas das AIS (CRIS e CIMS) e a administração pela PUCC, resolvendo :*

- 1- *que todo paciente encaminhado pelo setor público ou privado deve ser feito através de Guias de Encaminhamento das AIS;*

- 2- *que todo paciente deverá ser encaminhado com acompanhante;*

- 3- *que a UPU, os ambulatórios especializados e as unidades básicas de saúde que possuem atendimento psiquiátrico, terão os 'laudos do INAMPS' para internação de previdenciários e as 'Guias' de internação da Secretaria de Saúde, podendo encaminhar diretamente os pacientes para os hospitais psiquiátricos. Os hospitais obterão as AIH do INAMPS a partir dos laudos;*

- 4- *fazer funcionar a partir de 13/04/87, a Central de Informações de Vagas para internações psiquiátricas junto à urgência. Todo encaminhamento de pacientes para internação nos hospitais conveniados/contratados pelo INAMPS ou pela Secretaria do Estado da Saúde deve ser precedido de consulta à Central.*

- 5- *Indicar o Dr. Rubens Romano Maciel, assistente técnico em saúde mental do ERSA - Campinas, para acompanhamento/avaliação do processo de regionalização e hierarquização do atendimento em saúde mental na região. (CRIS/CIMS- Campinas, Resolução-02/87, 06/04/87).*

A História da instalação da UPU no Hospital Celso Pierro da PUCCAMP apresentou alguns pontos que merecem ser analisados com maior profundidade. Para isto, optei por um recurso mais didático: dividir a análise em tópicos, no intuito de compreender algumas nuances deste processo:

VI.1.1 - A UPU não era necessariamente para ser criada no HMCP

Desde o fechamento da UPC, em março de 1986, os órgãos Colegiados de Campinas e região (CRIS e CIMS) buscavam uma alternativa viável para a situação das emergências psiquiátricas. É importante lembrar que Campinas era uma cidade privilegiada no sistema de saúde público, pois desde o início da década de 80, possuía um Colegiado denominado "*Comissão Pró-Assistência*" que elaborava políticas integrativas a nível público.

Em 1984, com o "*Seminário de Capacitação para a gestão da Implementação dos Programas de Saúde na Rede Básica Integrada*", um dos pontos propostos foi a criação de uma *Sub-Comissão de Saúde Mental*, vinculada à Secretaria Executiva do Pró-Assistência.

Naquele mesmo ano, a Sub-Comissão lançou o Documento "*Projeto de Saúde Mental para o ano de 1985 da Comissão de Saúde Mental do Pró-Assistência*", que trazia um programa detalhado para a área de saúde mental, baseado nos conceitos sanitaristas de integração, regionalização e racionalização das ações de saúde. O diagnóstico do Documento era de uma total falta de articulação entre os serviços de saúde mental públicos e privados no município e na região.

Quanto ao Pronto-Atendimento, o Documento reafirmava as propostas lançadas no Plano de Reorientação do CONASP, no qual este serviço funcionaria enquanto "*filtro de atendimento*" para evitar internações em hospitais psiquiátricos, tornando-se referência para Postos de Saúde e Ambulatórios.

Com a implantação das AIS, o fortalecimento político dos serviços públicos tornava-se patente, sendo que o fechamento da UPC dava à CRIS e CIMS, bem como à Sub-Comissão de Saúde Mental, a responsabilidade de articular uma nova Unidade Psiquiátrica, baseada no modelo integralizado de saúde, voltado exclusivamente para as necessidades do setor público. Vale salientar que, naquele momento, a política oficial da assistência psiquiátrica não se baseava no enfrentamento ao hospital psiquiátrico a partir do seu interior, mas na criação de serviços intermediários que se contrapusessem à prática hospitalar hegemônica.

A Sub-Comissão de Saúde Mental tinha como ponto básico que o serviço de urgência psiquiátrica, seria criado e gerenciado pelo serviço público.

A idéia original de se criar este serviço na Santa Casa apresentava algumas vantagens, como a sua localização, no centro de Campinas, local de fácil acesso para a população. Também, ocorria naquele período, uma política por parte do governo estadual de aproximação com as instituições filantrópicas, no intuito de desenvolver projetos de parceria através das AIS.

Especificamente em Campinas, havia uma proposta da prefeitura em usar um espaço significativo da Santa Casa, para a criação de enfermarias de cirurgia, ginecologia e pediatria, pois o sistema público já enfrentava problemas de demanda reprimida nestas áreas. O governo estadual concordava em financiar parte deste projeto, sendo que a criação da UPU naquele local seria englobada no financiamento, porém o espaço físico possível para a criação da Unidade Psiquiátrica encontrava-se inviável.

Com a inviabilização da Unidade na Santa Casa, pensou-se na UNICAMP, que estava prestes a inaugurar seu Hospital de Clínicas e que teria uma enfermaria de psiquiatria com 16 leitos.⁹⁹

Segundo o assistente técnico na área de Saúde Mental do ERSA, a UNICAMP constituía uma opção privilegiada, primeiramente por ser uma instituição pública, fato significativo para os

⁹⁹ O Hospital Municipal Mário Gatti fora descartado pois, por ser o único serviço de emergência clínica e cirúrgica do município, apresentava-se constantemente lotado e com problemas de ordem funcional que inviabilizavam qualquer possibilidade de criação de um novo serviço.

anseios da Sub-Comissão na época; em segundo lugar, por estar inaugurando a primeira enfermaria de psiquiatria em hospital geral do município, além de possuir ambulatório de psiquiatria, dando ao paciente atendido a possibilidade de acompanhamento integral no serviço. Outro fator que favorecia a UNICAMP era a existência de um corpo docente formado por 23 profissionais (E.6).

"Eu trabalhei vários meses para a UNICAMP aceitar fazer o serviço de urgência. Havia o convênio MEC/MPAS que previa um pagamento diferenciado para serviços desenvolvidos nas universidades, o que daria um acréscimo significativo sobre o valor da internação psiquiátrica, mas o departamento que possuía 23 docentes não se interessou, alegando que não daria conta de um serviço deste nível, pois estava inaugurando a enfermaria de psiquiatria. A PUCC que tinha apenas três docentes aceitou criar o serviço em seu hospital, e depois algumas pessoas da UNICAMP quiseram acusar a Secretaria de Saúde em favorecer a PUCCAMP, sendo que na verdade, inicialmente havia um total favorecimento para a UNICAMP, que não aceitou bancar o serviço"(E.6).

A CRIS/CIMS logo constataram que, apesar de todas as condições para a criação da Unidade Psiquiátrica de Urgência na UNICAMP, faltava-lhe o essencial: a disponibilidade de levar adiante um programa de saúde mental realmente inserido no sistema de saúde público. O Departamento de Psiquiatria não demonstrava, naquele momento, interesse concreto em se vincular um projeto mais amplo, optando por uma prática prioritariamente acadêmica.¹⁰⁰

"Na CIMS havia representantes das duas universidades de Campinas e num certo momento discutimos a respeito da formação de uma Unidade Psiquiátrica e quem poderia assumir esta função. Houve uma refratariedade muito grande por parte dos professores universitários, principalmente da UNICAMP, o que causou certa dúvida na CIMS se estes professores seriam capazes de levar adiante um programa de saúde mental com o paradigma do sistema de saúde que se desenhava na época, a nível de hierarquização, integração, prevenção e cura "(E.4).

Com a negativa da UNICAMP, não havia outra alternativa senão buscar na PUCCAMP a viabilização deste serviço. Porém, a proposta que a Sub-Comissão de Saúde Mental trazia à CRIS/CIMS baseava-se na possibilidade de implantar a Unidade em regime de co-gestão, conforme

¹⁰⁰ Durante muitos anos, esta crítica foi feita à UNICAMP, pois, apesar de ser uma instituição pública, pouco participava das políticas de planejamento da assistência psiquiátrica, optando, deliberadamente ou não, por permanecer à margem do processo assistencial em saúde mental de Campinas e região.

experiências desenvolvidas principalmente no Rio de Janeiro, no início dos anos 80, nos Hospitais Pinel, Pedro II e Colônia Juliano Moreira.¹⁰¹ No entanto, dificuldades internas da PUCCAMP barraram esta possibilidade, como analisaremos a seguir.

VI. 1.2 - As questões internas da PUCCAMP

A Faculdade de Medicina da PUCCAMP iniciou suas atividades em 1976, com 90 vagas por semestre. Inicialmente, por não possuir Hospital-Escola próprio, a FCM usava a Clínica Santo Antônio¹⁰², como estágio para seus alunos.

Dr. Celso Pierro, médico, estava construindo na chácara de sua propriedade, na periferia de Campinas, um hospital de pequenas proporções. Com sua morte, a família viu-se impossibilitada de continuar a obra e pagar as dívidas contraídas. Imediatamente, a PUCCAMP negociou com a família, adquirindo o hospital em construção e toda a área ao redor, para a implantação do Câmpus II, em que se localizariam as faculdades ligadas à área da saúde.¹⁰³ Em julho de 1980, foi inaugurado o *Hospital e Maternidade Celso Pierro-HMCP*, inicialmente com 150 leitos, com possibilidade de ampliação para até 384 leitos.

A primeira turma de medicina teria, em 1979, seu curso de psiquiatria, que seria apenas teórico, já que não havia nenhum tipo de atendimento nesta área. Em outubro daquele ano, os docentes da disciplina de psiquiatria discutiram a possibilidade de um Convênio entre o governo estadual e a PUCCAMP, possibilitando a criação do ambulatório de psiquiatria e um Pronto-Socorro, com 20 leitos acoplados, para atender as urgências psiquiátricas (PUCCAMP-Dep.Neuropsiquiatria, Livro-Ata, 1979).

Este Convênio fazia parte de uma política desenvolvida pela Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo que, na época, buscava viabilizar práticas extra-hospitalares, principalmente ambulatórios de saúde mental e Serviços de Emergência Psiquiátrica (Giordano Jr., 1989). No entanto, o Convênio não avançou e no ano seguinte, iniciou-se na PUCCAMP um pequeno ambulatório de psiquiatria, basicamente para aulas práticas da disciplina.

O ano de 1980 foi bastante conturbado para a instituição, com a substituição do Reitor da Universidade, Prof. Barreto Fonseca e de, Dr. Joaquim Barreto, Diretor da Faculdade de Ciências Médicas.

O novo Reitor da PUCCAMP, Dr. Heitor Regina, era docente da Faculdade de Direito e para a direção da Faculdade de Ciências Médicas, foi indicado o médico, Professor José Carlos Ramos de Oliveira, profissional muito respeitado pela sua competência técnica.

A PUCCAMP era subordinada a uma mantenedora, a *Sociedade Campineira de Educação e Instrução*, que optou pela separação formal entre o Hospital e Maternidade Celso Pierro e a Universidade. O HMCP responderia, então, diretamente à mantenedora, não sendo obrigado a discutir com a Faculdade de Ciências Médicas ou com a própria Universidade, o desenvolvimento

¹⁰¹ O perfil da UPU era bem diferente do perfil destes três hospitais, porém a experiência da co-gestão no Rio de Janeiro foi um dos alicerces do Plano CONASP em viabilizar formas de gerenciamento entre os serviços, buscando-se sua integração e racionalização.

¹⁰² Atual Hospital Albert Sabin.

¹⁰³ No Câmpus I, próximo à Rodovia Dom Pedro I e à UNICAMP, encontram-se a reitoria, parte administrativa e faculdades ligadas à área de humanas. No centro da cidade, encontra-se a denominada "PUCC Central", antigo palacete construído em 1883, em estilo neo-renascentista italiano, que foi residência do Barão de Itapura. Atualmente é sede dos cursos de psicologia e odontologia.

de seus serviços.

Naquela época, o atendimento era totalmente gratuito e apenas o curso de medicina tinha acesso ao hospital. No entanto, havia uma situação absolutamente inadequada: algumas disciplinas eram ministradas, no seu curso teórico, por docentes que não faziam parte do corpo clínico do hospital. Assim, quando o aluno ia fazer seus estágios práticos, a equipe médica que o acompanhava era formada por médicos assistentes do hospital, não tinham nenhuma ligação com a disciplina análoga, na Faculdade de Ciências Médicas.

Devido aos altos custos em manter um Hospital-Escola gratuito, a mantenedora optou por se vincular ao *Convênio MEC/MPAS*, que repassava valores por internação ao hospital. Para superintendente do HMCP, foi designado o professor e economista José Luiz Ferreira, que criou uma comissão de assessores médicos constituída pelos Professores José Carlos Ramos de Oliveira, Hélio de Oliveira Santos e Roque José Balbo.

A PUCCAMP optara por uma política de reestruturação pedagógica significativa, desenvolvendo um processo de fortalecimento dos Departamentos como estrutura básica da Universidade, buscando implementar a participação dos docentes nas esferas decisórias desta. Este processo de "abertura" interna da PUCCAMP, refletia, de certa forma, o momento de democratização que vivia o país no início do anos 80. No entanto, o HMCP mantinha-se fechado em sua estrutura político-administrativa, submergindo-se em uma crise econômica, fruto dos anos iniciais em que atendia gratuitamente, sendo subsidiado apenas pela mantenedora. Era necessário buscar novas fontes de recursos para superar esta crise, não descartando a diminuição de leitos.¹⁰⁴

105

A perspectiva da criação de um serviço de psiquiatria, no início, não seduziu o corpo clínico do HMCP que, como relatado anteriormente, não aceitaria com passividade a entrada de um serviço que não era, historicamente, integrado a um hospital geral. Além disto, a possível diminuição de leitos preocupava os setores médicos da instituição, principalmente por haver uma discussão entre a Mantenedora e a Superintendência, no sentido de desativar serviços considerados custosos.

A primeira pessoa a ser consultada, informalmente, pela CRIS, em abril de 1986, a respeito da possibilidade de instalar a Unidade no Hospital, foi o Dr. José Carlos Ramos de Oliveira, Diretor da FCM e assessor do Superintendente do HMCP, que demonstrou imediato interesse pela criação do serviço. Isto se justificava, pois ele também era o representante dos Hospitais Universitários junto à *Associação Brasileira de Escolas Médicas - ABEM*, tendo contato direto com o então presidente do INAMPS, Dr. Hésio Cordeiro.

¹⁰⁴ A crise econômica pela qual passava o HMCP levava a instituição a vender aparelhos extremamente sofisticados, como um tomógrafo recém-adquirido que foi vendido para o Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.

¹⁰⁵ O vice-presidente da Associação dos Professores da PUCC - APROPCC- na época, discorda da opinião que o HMCP apresentava crise econômica. Para ele, o rombo se dava na Universidade, sendo que o HMCP amortecia esta dívida. A justificativa compreensível é que, como a PUCCAMP ficara endividada pela construção do HMCP, este teria uma "dívida" para com ela que deveria ser amortizada. (E.8)

" Na época, o INAMPS estava para lançar uma Norma para os hospitais universitários, no qual estes receberiam um adicional a mais por atendimento, caso tivessem determinados programas em seus serviços. O "Celso Pierro" para sair do prejuízo e se desenvolver, precisava entrar nesse sistema e eu insisti com a mantenedora para participar do SUDS ¹⁰⁶. A mantenedora era muito resistente, mas eu estava participando das negociações do INAMPS e entendia por onde o hospital deveria caminhar, e uma unidade psiquiátrica teria uma rotatividade alta e levaria a um aumento de recursos para o hospital.

P: Mas era apenas a mantenedora que era resistente à criação da UPU no Hospital Celso Pierro?

R: Não, os docentes também não queriam a UPU, principalmente pelo espaço que a psiquiatria iria conquistar. A UPU foi meio que imposta, pois eu convenci os representantes dos alunos e funcionários no C.T.A. (Conselho Técnico Administrativo)(O CTA é o Conselho maior do Hospital Celso Pierro onde, além do Superintendente e do Diretor da FCM, os chefes de serviço, representantes de funcionários e alunos têm participação) e no Conselho Departamental da necessidade de aprovar a criação da Unidade. O trunfo que eu tinha com a mantenedora era a quantidade de dinheiro que chegaria, pois além do dinheiro pago por internação, também haveria um ganho através do I.V.D. (Índice de Valorização de Desempenho); que era o I.V.A. (Índice de Avaliação Acadêmica), associado ao I.V.H. (Índice de Valorização Hospitalar). A PUCCAMP preenchia vários destes índices de valorização e a criação da UPU daria mais 25% do faturamento mensal do hospital" (E.9).¹⁰⁷

Para uma instituição apresentando déficit econômico, o montante deste valor era algo significativo, não sendo possível, em hipótese alguma, desprezá-lo. Quando a CRIS encaminhou para o novo Reitor da PUCCAMP, Dr. Eduardo Coelho, em junho de 1986, ofício questionando sobre o interesse da instituição em possuir uma Unidade Psiquiátrica de Urgência, a Direção da

¹⁰⁶ Na verdade, naquela época o SUDS não havia sido ainda implantado e o sistema vigente era a AIS.

¹⁰⁷ Este índice de valorização persiste nos dias de hoje para os Hospitais Universitários, denominado de FIDEPS.

FCM e a Superintendência do HMCP encontravam-se suficientemente esclarecidas da necessidade em aprovar tal proposta.

VI. 1.3 - A co-gestão frustrada

Sendo aprovada a criação da UPU pelos órgãos deliberativos da Universidade, bem como pelos Colegiados públicos (CRIS/CIMS), fazia-se necessário organizar algumas questões funcionais. Era agosto de 1986 e o prazo máximo para a inauguração do serviço seria em novembro.¹⁰⁸

A proposta apresentada pela CRIS/CIMS era que a Unidade, independente do local a ser instalada, fosse gerenciada por estes Colegiados. Esta proposta refletia o momento político do setor da saúde pública, que se encontrava fortalecido com a aprovação de matérias nitidamente progressistas, na *VIII Conferência Nacional de Saúde*.

A questão do gerenciamento não foi lançada apenas porque uma instituição privada havia aceitado criar o serviço, pois antes mesmo da PUCCAMP concordar, a Sub-Comissão de Saúde Mental já preconizava tal proposta. No entanto, houve por parte do Departamento de Neuropsiquiatria, forte resistência quanto a esta possibilidade, visto que ele entendia ser a Unidade, um serviço da PUCCAMP, que prestaria assistência à Previdência através do convênio das AIS. A CRIS, então, optou por abrir mão do gerenciamento, mas indicou um membro de seu Colegiado, Dr. Rubens Maciel, para o acompanhamento da gestão da UPU.

Na verdade, inicialmente a CRIS e a CIMS acreditavam que poderiam desenvolver um trabalho de co-gestão com a PUCCAMP. O projeto era que o Estado assumiria a reforma da área da Unidade; o INAMPS seria responsável pelo pagamento; a prefeitura ficaria com o controle e avaliação do serviço; e a PUCCAMP, entraria com o corpo técnico e o espaço físico.

O gerenciamento da UPU seria feito por uma Comissão formada pela Prefeitura, Estado e PUCCAMP, sendo para a CRIS/CIMS dois pontos fundamentais neste processo: o primeiro era a garantia de uma gestão democrática; e o segundo estava ligado à possibilidade deste modelo assistencial ser aplicado em outros municípios, através de parâmetros metodológicos estabelecidos.

No entanto, quando o Departamento de Neuropsiquiatria se posicionou contrário à co-gestão, rapidamente a CRIS e a CIMS cederam, embora garantissem algum tipo de controle, vinculando a UPU à Sub-Comissão de Saúde Mental da CRIS:

"Para nós da Sub - Comissão de Saúde Mental da CRIS, não dava para contar com a PUCC numa luta política mais articulada, mas como era a única instituição disposta a montar este serviço (Unidade Psiquiátrica de Urgência), não havia muita opção. O nosso receio era que o desenvolvimento da UPU não fosse da forma que o Grupo de Saúde Mental imaginava, por isso tínhamos na co-gestão uma forma de garantir algum tipo de participação. A proposta era que o gerenciamento da UPU fosse feito simultaneamente pela prefeitura, pelo hospital e pela Secretaria Estadual de Saúde. A parte funcional ficaria com a PUCC, porém a linha de

¹⁰⁸ Não devemos esquecer que em novembro de 1986 ocorreram eleições diretas para governador e o candidato da situação era Orestes Quércia, com forte base eleitoral em Campinas, onde fora prefeito.

trabalho ficaria com a CIMS (municipal) e com a CRIS (estadual). Com a inauguração da UPU, a PUCC impediu a entrada de outras entidades na co-gestão. Na verdade, nós (CRIS e CIMS) imaginávamos ter um poder que na prática não existia "(E.6)

Por outro lado, um representante da PUCCAMP afirmou que a co-gestão não foi viabilizada por dois motivos: o primeiro, devido ao Estado e à Prefeitura não terem honrado seus compromissos quanto à contratação de pessoal e reformas nas dependências do HMCP. O segundo motivo teria sido a posição intransigente do coordenador da UPU (Professor Titular de Psiquiatria da FCM-PUCCAMP), em não abrir diálogo com a CRIS/CIMS, para uma possível participação destes na condução e gerenciamento da Unidade:

"Quem bloqueou a co-gestão foi o coordenador da UPU, pois havia uma proposta de gerenciamento tripartite, com a participação do governo estadual, do municipal e da PUCCAMP. O governo federal, que era o grande pagador na época, abdicou de participar do gerenciamento, através da Dra. Maria José Quaresma, que era a chefe do INAMPS em Campinas. Por um lado, o coordenador da UPU não abriu diálogo com o estado e com a prefeitura, mas por outro lado, nem o Estado, nem a prefeitura honraram seus compromissos financeiros para com a PUCCAMP. A prefeitura, por exemplo, se comprometeu a fornecer toda a mão de obra e material para construir a UPU; porém a prefeitura não viabilizou este compromisso e o hospital 'construiu' a UPU esperando ser ressarcida depois "(E.10).

Certamente estes fatores estavam em jogo, porém o que a CRIS/CIMS não avaliaram era que dificilmente uma instituição privada permitiria a interferência direta do setor público no seu processo estrutural. A própria história da psiquiatria demonstra, com clareza, tal fato, em que os setores públicos, em vários momentos, buscavam parceria com os setores privados, os quais aceitavam, desde que obtivessem alguma vantagem, predominantemente financeira, exigindo autonomia, quando pressionados.¹⁰⁹

Isto pode ser exemplificado através da declaração do assistente técnico indicado pela CRIS/CIMS, para acompanhar o processo de regionalização e hierarquização do atendimento em saúde mental da região, em especial a UPU, que estava sendo inaugurada:

¹⁰⁹ O setor privado psiquiátrico da região de Campinas somente sofreu algum tipo de controle mais efetivo no final da década de 80, quando a assessora técnica de saúde mental do ERSa criou um sistema de controle e supervisão destas instituições, amparada pelos poderes que o SUDS deu ao setor público, possibilitando-lhe a descredenciar instituições privadas que não preenchessem requisitos mínimos de funcionalidade.

"O máximo que eu conseguia fazer eram visitas, sendo que na maioria das vezes não havia ninguém para me receber e discutir a respeito de como a UPU estava. Não era possível fazer qualquer tipo de discussão, nem mesmo clínica, quanto mais em relação à dinâmica do serviço"(E.6).

VI.1.4 - O Faturamento da UPU

A posição favorável do Diretor da Faculdade de Ciências Médicas quanto à instalação da UPU, baseado no aumento mensal da fatura do HMCP em mais de 25%, evidentemente sensibilizou a instituição, que apresentava déficit econômico. É importante lembrar que vivíamos a euforia do Plano Cruzado. Porém a inflação do ano anterior, 1985, havia atingido a marca de 235,1%, e a Previdência demorava cerca de dois meses para repassar os valores das internações, deixando a maioria dos hospitais conveniados em situação extremamente difícil do ponto de vista financeiro. A UPU, sem dúvida, seria um serviço bastante lucrativo, pois, mesmo não atendendo nenhum paciente, somente por existir, já trazia vantagens ao HMCP.

A Unidade foi alojada no Bloco 7, enfermaria em que funcionava o setor de cirurgia ligado às especialidades, considerado extremamente custoso para a instituição, principalmente quando comparado a um serviço de psiquiatria, tradicionalmente pouco oneroso, devido a sua baixa complexidade tecnológica, o uso de fármacos baratos e uma equipe técnica normalmente pequena.¹¹⁰

A UPU iniciou suas atividades com a disponibilidade de 40 leitos, com tempo médio de permanência de 72 horas conforme o proposto para um serviço com esta característica.

Nos primeiros seis meses de funcionamento, foram atendidos 3.744 pacientes, sendo 1.475 internados na Unidade, correspondendo a 39,39% dos atendimentos. O número de internados foi de 245,8 pacientes/mês ou 8,19 pacientes/dia, caracterizando-se pela boa rotatividade de pacientes, com média de permanência de 3,08 dias, preenchendo as expectativas quanto ao tempo médio de internação. Isto se devia à agilidade com que os médicos diaristas davam alta aos pacientes internados, além da maioria destes serem alcoolistas

No entanto, uma questão não havia fora definida pelos órgãos competentes na instalação da UPU: a forma de pagamento pelas internações. O presidente da CRIS na época, relata que a questão não foi discutida no Colegiado, pois este não tinha competência legal e experiência quanto à forma de pagamento e era o governo federal, através do INAMPS, o responsável pelo pagamento da *Autorização de Internação Hospitalar - AIH*.

"A função da CRIS era mais 'caseira'; seu papel era mais pragmático de fazer projeto arquitetônico, enviar mão de obra, material de construção etc."(E.11).

Realmente, nas Atas da CRIS/CIMS naquele período, encontramos apenas um comentário do representante do INAMPS sobre que os gastos da UPC. Ele afirmava que eram tão elevados devido ao alto percentual de internações (cerca de 80%), que um serviço que internasse menos (por volta de 10%), certamente seria bem mais barato que a UPC(CRIS - Campinas, Livro-Ata).

¹¹⁰ A UPU iniciou suas atividades composta por dois plantonistas diários de 12 horas, dois médicos diaristas na enfermaria para 40 leitos, 3 assistentes sociais, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional por 20 horas, uma enfermeira, um auxiliar e cinco atendentes por turno de seis horas.

O próprio INAMPS, então o grande órgão pagador, não possuía nenhum tipo de *Norma* quanto ao pagamento de serviços extra-hospitalares. O *Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica*, elaborado pelo CONASP, embora com críticas contundentes à forma de pagamento aos hospitais conveniados, frisando a necessidade de reavaliar os critérios de pagamentos a eles e aos serviços extra-hospitalares, também não apresentava qualquer proposta mais concreta.

Sendo assim, a UPU começou a trabalhar com a tabela de procedimento de internações psiquiátricas em hospital especializado, ou seja, com AIH valendo por 30 dias. Na prática, isto significava que, se o paciente ficasse internado por três dias, o HMCP receberia por trinta dias.

Tomando como cálculo os seis primeiros meses de funcionamento da UPU, quando ocorreram cerca de 245 internações mensais, com média de internação de três dias¹¹¹, encontraremos o valor de 7.350 dias de internações/mês, correspondendo ao pagamento mensal de um hospital psiquiátrico de médio porte.^{112 113}

É evidente que esse valor trouxe ao HMCP uma relação custo-benefício altamente vantajosa, pois os pacientes internados na UPU eram de baixo custo, sendo o pagamento extremamente diferenciado. O ganho do HMCP com a Unidade era tão significativo que, após três meses de funcionamento, o Hospital antes constantemente deficitário, passou a ter superávit.

"A relação custo/benefício era extremamente vantajosa para o hospital, pois além de serem pacientes de baixo custo, o pagamento era muito elevado. O governo pagava 30 dias por três dias de internação, sendo que a psiquiatria, em três meses de funcionamento, já correspondia a 30% da receita do 'Celso Pierro', com apenas 40 leitos" (E.12-Grifo nosso).

É interessante notar que a cultura de internações em 1987, apesar do processo de reestruturação da assistência psiquiátrica, ainda se mantinha, ao menos oficialmente, com os resquícios da prática hospitalocêntrica asilar. Isto, sem dúvida, contribuiu para a UPU receber como se fosse um hospital psiquiátrico. O então presidente da CIMS na época, relata:

" A UPU começou a internar por três dias e ganhar por 30 dias. Na verdade, o INAMPS não tinha outra tabela de procedimentos que não a de hospitais psiquiátricos. Nem os impressos ou a AIH da psiquiatria estavam preparadas para internações de 72 horas " (E.4).

Com a eleição de Orestes Quercia para o governo do Estado de São Paulo, foi nomeado para a Secretaria Estadual da Saúde, o ex-Reitor da UNICAMP, Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti. Como os governos federal e estadual encontravam-se bastante sincronizados, indicou-se, para o cargo de Superintendente Regional do INAMPS, um médico de Campinas, importante membro do Colegiado CRIS/CIMS no período de criação da UPU.

Em 1988, os auditores do *INAMPS* levaram para o Superintendente dados sobre o faturamento da UPU. Os valores recebidos por esta Unidade eram maiores que o faturamento de

¹¹¹ Na verdade foram 245,8 internações, com média de 3,08 dias. Arredondamos tais valores para maior facilidade aritmética.

¹¹² Conforme critério estabelecido por Sampaio, 1988

¹¹³ Em 1987, o HMCP já possuía 360 leitos.

hospitais inteiros no município de Campinas. Caso essa informação viesse à público, certamente causaria um mal-estar muito grande para justificar o procedimento.¹¹⁴

Imediatamente, a Superintendência do HMCP foi chamada a São Paulo, para explicar a situação. A justificativa apresentada foi que o próprio INAMPS, na gestão anterior, determinara a mesma forma de pagamento dos hospitais psiquiátricos. No final da reunião, decidiu-se que, a partir de então, o INAMPS pagaria apenas pelos dias de internação do paciente, eliminando o pagamento por trinta dias, conforme estava ocorrendo.

Alguns meses depois, a coordenação da UPU foi informada pela Superintendência do HMCP que, devido à necessidade em aumentar os leitos do serviço de Ginecologia, a Unidade Psiquiátrica teria uma redução de 40 para 32 leitos.

VI.1.5 - Instalações e Dinâmica Funcional

Quando se pensou na possibilidade de uma Unidade Psiquiátrica no Hospital e Maternidade Celso Pierro, avaliou-se a necessidade do serviço estar instalado no próprio corpo do hospital.

O HMCP é um hospital térreo, formado por nove alas que se interligam por um corredor central. A frente do hospital é formada pelo Pronto-Socorro geral e administração. Seguindo-se internamente, existe a ala dos ambulatórios e caminhando mais um pouco, encontra-se o Centro Cirúrgico e um amplo corredor que nos leva a várias alas, como Clínica Médica, UTI, Moléstias Infecciosas, etc. Uma destas alas corresponde à enfermaria de Neurologia, de onde surgem mais quatro alas paralelas que são a enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia, a enfermaria de Especialidades Cirúrgicas, Pediatria e por fim, as salas dos Departamentos.

A opção pelo uso do Bloco 7 como local para se instalar a UPU, onde se localizava a enfermaria de Especialidades Cirúrgicas, se deu devido ao alto custo deste serviço, bem como pela sua ligação com uma saída no fundo do hospital, o que propiciaria uma entrada própria para o serviço de psiquiatria, independente do resto do hospital.

Como praticamente todos os blocos tinham uma mesma estrutura, ficou decidido que pouca coisa precisaria ser reformada naquele espaço. A UPU estaria localizada exatamente entre as enfermarias de G.O. e Pediatria, sendo que as janelas das enfermarias se comunicavam através de um jardim. No espaço compreendido entre a UPU e a G.O., as parturientes usavam para tomar sol. Na comunicação UPU - Pediatria, as crianças internadas possuíam uma área de lazer. Optou-se, então, pela colocação de grades nas janelas.

A UPU tinha uma entrada própria nos fundos do Hospital, onde se localizou o Pronto-Socorro Psiquiátrico, composto pela recepção, uma sala de serviço social, três consultórios e uma sala de observação com dois leitos e um banheiro (Urbach, Ballone & Chaves, 1993).

Após, uma porta separava o Pronto-Socorro da enfermaria a qual era formada por um conjunto de dez quartos, com quatro leitos cada, sendo inicialmente 28 masculinos e 12 femininos, totalizando 40 leitos. Não existia separação entre os pacientes, exceto quanto à localização num mesmo quarto. Nas dependências da enfermaria havia posto de enfermagem, sala de aula, repouso médico, administração da Unidade e um refeitório, também usado para sala de T.V. e terapia ocupacional (Urbach, Ballone & Chaves, 1993).

A enfermaria terminava seu espaço físico em uma porta que a separava da enfermaria de

¹¹⁴ Como relatado anteriormente, não havia nenhum tipo de irregularidade na forma de pagamento, porém, naquele ano, o governo federal, devido ao fracasso do Plano Cruzado, enfrentava um momento difícil em sua popularidade e uma possível omissão por parte do INAMPS quanto a uma situação relacionada ao dinheiro público, principalmente na cidade de origem política do governador do Estado, poderia se caracterizar como *privilegiamento institucional*.

neurologia que só se abria, sem o auxílio de chaves, no sentido hospital-unidade, por razão de segurança (Ballone & Citti, 1990).

A equipe técnica no início, era formada por um médico psiquiatra plantonista durante 24 horas do dia, numa escala de revezamento a cada 12 horas, dois psiquiatras diaristas que cobriam a enfermaria no período diurno, dois médicos clínicos que atendiam as intercorrências clínicas, duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira por turno de trabalho, três assistentes sociais, uma auxiliar de enfermagem, cinco atendentes de enfermagem e pessoal administrativo (secretária, escriturária, faxineira, vigilante e motorista da ambulância).

Em sua Dinâmica Funcional, a UPU se aproximava muito dos outros serviços com a mesma proposta assistencial. Os pacientes normalmente chegavam à UPU trazidos pela polícia, familiares, encaminhados por Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Saúde Mental, ou, em alguns casos, sozinhos. Não eram oriundos apenas de Campinas, mas de toda a região de abrangência do ERSA-27, pois a UPU tornou-se centro de referência para urgências psiquiátricas dos municípios da região.^{115 116}

O paciente, ao chegar ao PS recebia atendimento do psiquiatra plantonista. Após ser avaliado, quatro possibilidades de encaminhamento se apresentavam:

1 - o paciente ser liberado para acompanhamento ambulatorial em região próxima à sua residência;

2 - caso inspirasse maior atenção, o paciente poderia ficar no leito de observação por até 12 horas, antes de se tomar uma decisão definitiva;

3 - o paciente ser internado na enfermaria da UPU, por um período médio de 72 horas;

4 - em situações muito especiais, como pacientes crônicos, sem vínculo familiar e/ou social, falta de leitos na enfermaria, o paciente poderia ser diretamente encaminhado para hospital psiquiátrico.

Cerca de 72 horas depois de internação, em que se fez o diagnóstico e tratamento inicial, o paciente seria conduzido a duas situações:

a) receberia alta, com encaminhamento ambulatorial;

b) transferido para hospital psiquiátrico, se não tivesse havido melhora significativa do quadro.

No primeiro ano de funcionamento, a UPU atendeu 8.501 casos, sendo internados na enfermaria, 3.526 pacientes (38,3%) e dispensados 5.245 (61,7%) (Urbach, Ballone & Chaves, 1993).¹¹⁷

Dos 3.526 pacientes internados na enfermaria, 1.134 (34,8%) foram transferidos para hospital psiquiátrico após as 72 horas de internação e 2.122 (65,2%) receberam alta. A média de permanência foi de 3,07 dias (Urbach, Ballone & Chaves, 1993).

¹¹⁵ Os Escritórios Regionais de Saúde - ERSA foram criados em 1986 pelo governador Montoro, no intuito de descentralizar o gerenciamento, planejamento e as ações na área da saúde. O ERSA - 27 abrangia onze municípios: Campinas, Americana, Cosmópolis, Indaiatuba, Monte Mór, Nova Odessa, Paulínia, Santa Bárbara D ' Oeste, Sumaré, Valinhos e Vinhedo.

¹¹⁶ Com o tempo houve uma divisão, quase que geográfica, entre a UPU e o Pronto-Socorro da UNICAMP que, após a inauguração da enfermaria psiquiátrica, passou a atender pacientes com distúrbios mentais. Os municípios próximos à Rodovia Anhanguera encaminhavam os pacientes para a UPU que distava cerca de quatro quilômetros desta rodovia; já as cidades mais próximas da Rodovia Dom Pedro I, que liga Campinas à Rodovia Dutra, encaminhavam seus pacientes para a UNICAMP. Outro critério era o conhecimento do profissional em uma das instituições, buscando facilitar o encaminhamento.

¹¹⁷ Os autores não informam se houve encaminhamento direto para hospital psiquiátrico no atendimento no P.S.

Comparando o serviço da UPU com o do seu antecessor, a UPC, estritamente privada, observamos algumas diferenças significativas: se no primeiro ano de funcionamento, a UPU atendeu uma média de 708 pacientes/mês, a UPC nos últimos seis meses de funcionamento (setembro de 85 a fevereiro de 86) apresentou uma média de 1308 pacientes/mês. Enquanto a UPU internava 38,3% dos pacientes atendidos, a UPC internava mais que o dobro, ou seja, 82,54% dos atendimentos.¹¹⁸

Os dados demonstram a nítida diferença de postura entre as duas unidades privadas, em um intervalo pouco maior de um ano. A UPU, no início, apresentava uma conjuntura que, de certa forma, estimulava o processo de internação em seu serviço, constata-se, entretanto, que havia critérios técnicos e cuidados éticos para internar em sua enfermaria. Isso, porém, não acontecia na UPC, na qual a maioria esmagadora de pacientes que ali chegava para consulta no PS era quase que automaticamente internada por 72 horas.

Uma das questões que diferenciava sensivelmente os serviços era o fato da UPU estar vinculada a uma instituição universitária, o que sem dúvida promovia maior rigor e qualificação ao atendimento psiquiátrico. Neste ponto, vale analisarmos um pouco a respeito do caminhar da UPU quanto ao ensino.

VI.2 - O Convênio Juqueri - PUCCAMP

Um dos pontos centrais do modelo preventivista que influenciou fortemente setores progressistas da psiquiatria nacional a partir da década de 70 versava sobre a necessidade de formação de profissionais com um novo perfil de atuação, predominantemente multiprofissional, viabilizando uma prática que contrapusesse ao modelo hospitalocêntrico hegemônico. A própria "*Declaração de Princípios de Saúde Mental*" formulada no *I Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, realizado em São Paulo em 1970, afirmava a necessidade de criação de "*Programas de recrutamento, formação e treinamento de pessoal técnico para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais*" (*Giordano Jr. 1989, p141*).

Esta política de formação de recursos humanos foi privilegiada na passagem de Luiz Cerqueira pela Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, no ano de 1973. Firmaram-se convênios com todas as escolas médicas do Estado, a fim de promover e desenvolver a criação de modelos assistenciais e aprimorar a capacitação de recursos humanos através das diretrizes comunitárias propostas pela Coordenadoria.

Com a saída de Luiz Cerqueira da Coordenadoria, no início de 1974, estes convênios, a partir da segunda metade da década de 70, sofreram um processo de refluxo, através de restrições orçamentárias. No entanto, um dos convênios que se manteve foi entre o *Hospital do Juqueri e a Faculdade de Medicina de Jundiaí*.

O Hospital do Juqueri um dos mais importantes centros de assistência e pesquisa psiquiátrica no Brasil, principalmente até a década de 40, tornara-se um hospital totalmente asilar e cronificador. Denúncias constantes eram trazidas pela imprensa, relatando o descaso das autoridades sanitárias em relação à situação dramática vivida por esta instituição.

A Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, seguindo o programa de convênios com as Faculdades de Medicina, realizou com a escola de Jundiaí um acordo em que os alunos de graduação desta escola teriam o curso prático de psiquiatria nas dependências do Hospital do Juqueri. Além disso criou uma Residência Médica, sob a responsabilidade da disciplina de

¹¹⁸ Interessante notar que o percentual encontrado pela UPU de 38,3 % dos pacientes atendidos e lá internados por até 72 horas foi praticamente igual ao percentual de pacientes internados no Serviço de Emergência Psiquiátrica coordenado por Luiz Cerqueira, em 1973, na cidade de São Paulo - 38,1%.

psiquiatria da escola e da Coordenadoria de Saúde Mental, através de um coordenador ligado à equipe técnica do Juqueri.

Este Convênio interessava a ambas as partes. A Faculdade de Medicina de Jundiaí, ainda em formação, teria um estágio em psiquiatria muito importante para seus alunos, pela riqueza de casos existentes no Juqueri, além de possuir, a partir de então, Residência Médica em psiquiatria, fato raro na época, mesmo entre as escolas públicas do Estado de São Paulo. Com o Convênio, a Coordenadoria de Saúde Mental iria em busca de um aprimoramento da assistência pública e dos profissionais ali lotados, os quais seriam estimulados a uma prática assistencial mais qualificada devido à presença de alunos de graduação de medicina, bem como por serem parte integrante na formação de uma Residência Médica. Para uma instituição, alvo de críticas e crises constantes, o Convênio poderia ser o início de uma nova história para o Juqueri.

No entanto, as restrições orçamentárias aos convênios desenvolvidos entre a Coordenadoria de Saúde Mental e as Faculdades de Medicina e a situação de penúria pelo qual passava o Juqueri, fizeram desta Residência um projeto acadêmico que não conseguiu se viabilizar como alternativa concreta de uma nova postura assistencial e de recursos humanos na assistência pública psiquiátrica.

A situação caótica do Juqueri só veio sofrer uma ação mais incisiva alguns anos mais tarde, no final de 1983, já no governo Montoro. Após denúncias de mortes ocorridas no interior do Complexo Hospitalar, houve intervenção do governo estadual, naquilo que foi denominado de "*Projeto Intervenção*", em que se buscou uma reformulação completa da instituição, com grandes investimentos na reforma física e administrativa e na contratação e aprimoramento de recursos humanos.

O Convênio *Juqueri - Faculdade de Medicina de Jundiaí* deveria também sofrer reformulações, pois seria necessário criar um novo perfil de recursos humanos, voltado para o treinamento de profissionais contratados para atuarem no serviço público.

No entanto, a Faculdade de Medicina de Jundiaí vivia um momento de grave crise, pois sendo uma autarquia municipal subsistia através de verbas da prefeitura da cidade. O prefeito, na época, decidiu diminuir significativamente os recursos para a escola, alegando que o município passava por dificuldades financeiras e o retorno que a Faculdade dava à cidade era muito pequeno, visto que a maioria dos estudantes vinha de fora e, ao se formar, retornava a suas cidades de origem, não trazendo benefícios sociais ao município. No ano de 1985, a Faculdade de Medicina de Jundiaí não realizou seu vestibular, tornando a situação praticamente irreversível. Durante três anos, a Faculdade ficou sem vestibular, porém conseguiu sobreviver aceitando transferências de alunos de outras escolas e/ou de outros cursos, como biomédicas.¹¹⁹

A crise da Faculdade de Medicina de Jundiaí, associada a um grande conflito entre os residentes e os assistentes do Hospital do Juqueri, inviabilizou o Convênio existente, mas, para a Coordenadoria, a manutenção da Residência no Hospital do Juqueri era estratégica enquanto continuidade de uma política reformadora naquela instituição.

Era o início de 1986 e o exame de Residência Médica havia sido realizado com a aprovação de sete residentes para o primeiro ano. A ruptura do Convênio *Hospital do Juqueri - Faculdade de Medicina de Jundiaí* criou uma situação de impasse e a Coordenadoria de Saúde Mental necessitava encontrar nova parceria com alguma escola médica para a continuidade do programa. Não que isto fosse obrigatório, pois no próprio Estado de São Paulo havia o exemplo de uma instituição assistencial, sem nenhum vínculo com instituição acadêmica e com uma das

¹¹⁹ Em 1988, com a eleição de outro prefeito, o repasse de verbas voltou a se normalizar, retornando o vestibular.

melhores residências médicas do Brasil: o Hospital do Servidor Público Estadual. No entanto, este possuía uma equipe de profissionais de alta qualificação e titulação, o que garantia uma autonomia do serviço a qualquer instituição universitária.¹²⁰

Algumas escolas públicas foram sondadas quanto à possibilidade da criação de uma Residência em parceria com o Hospital do Juqueri. Como todas já tinham seu programa próprio, não houve interesse por nenhuma delas em tal parceria.

Em 05 de março de 1986, o Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo, Dr. Marcos Toledo Ferraz, encaminhou ofício ao Professor Sully Urbach, Titular da Disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP, consultando-o a respeito da conveniência do estabelecimento de um *Convênio Docente-Assistencial entre a Coordenadoria de Saúde Mental e a Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP*, através do Departamento de Neuropsiquiatria, propondo uma Residência Médica em Psiquiatria. Anexa ao ofício, seguiu uma minuta padrão do Convênio, para ser examinado pelos órgãos decisórios relacionados com o Departamento de Psiquiatria (Secretaria de Estado da Saúde-Coordenadoria de Saúde Mental - Of.071/86, São Paulo,05/03/86).

O *Termo do Convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde e a PUCCAMP*, através da Faculdade de Ciências Médicas, trazia as bases da proposta de um trabalho em parceria, em que a PUCCAMP seria partícipe do Programa de Saúde Mental desenvolvido pela Coordenadoria. Os *objetivos* do Convênio explicitavam a posição que a Coordenadoria desenvolvia junto aos órgãos formadores, quanto à criação de recursos humanos compatíveis com uma nova prática de assistência na área de saúde mental:

"1) Desenvolver atividades na área de Saúde Mental, de acordo com as diretrizes no Programa de Saúde Mental do Governo do Estado de São Paulo;

2) Estimular a organização, o desenvolvimento e o funcionamento de sistemas de integração de atividades e serviços na área de Saúde Mental;

3) Estabelecer bases de cooperação, para o planejamento e desenvolvimento conjunto de programas de Saúde Mental com extensão de serviços de assistência comunitária;

4) Organizar e desenvolver programas comunitários de Saúde Mental para formação especializada de pessoal de nível superior e para prática e aprendizado de pessoal técnico ou auxiliar na área de Saúde Mental;

5) Familiarizar estudantes e profissionais com os objetivos, técnicas e programas de Saúde Mental, preparando-os para deles participar;

¹²⁰ A Residência Médica no Hospital do Servidor Público Estadual iniciou suas atividades em 1971.

6) *Treinar pessoal técnico e auxiliar no campo de ação de Saúde Mental*"(Secretaria de Estado da Saúde-Coordenadoria de Saúde Mental, Of.071/86, São Paulo, 05/03/86).

Dentre os compromissos da Universidade, através de sua Faculdade de Ciências Médicas, destacaremos os mais significativos :

"- Participar da execução do programa de Saúde Mental do governo do Estado de São Paulo, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde, atuando em atividades de prevenção primária, secundária e terciária;

- Executar as atividades pertinentes a esse programa em conformidade com as normas emanadas da Secretaria por meio da Coordenadoria de Saúde Mental;

- Por solicitação da Secretaria, desenvolver programas para a formação de pessoal especializado, abrangendo Centros de Saúde, Ambulatórios e Hospitais na área de Saúde Mental;

- Realizar de acordo com suas possibilidades e com recursos da Cláusula Quatro (referente ao orçamento liberado pela secretaria ao Convênio), fora de seus cursos regulares, cursos e atividades destinados à informação e formação de pessoal médico, paramédicos e outras especialidades de saúde mental, comunicando à Coordenadoria de Saúde Mental, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias o número de participantes que esta poderá indicar;

- Apresentar, anualmente, até 31 de outubro, "Plano de Execução de Trabalho e de Aplicação dos Recursos", para o exercício seguinte, elaborado conforme instruções da Coordenadoria de Saúde Mental indicativas, dentre outros, da finalidade e limites na aplicação dos recursos concedidos, para o integral cumprimento dos objetivos deste Convênio;

- Aplicar os recursos financeiros recebidos por conta do presente Convênio, com estrita e integral observância ao Plano de Execução de Trabalho e de Aplicação de recursos citados;

- Apresentar mensalmente e até o dia 10 do mês seguinte ao da realização das atividades, prestação de contas das importâncias aplicadas no mês anterior" (Secretaria de Estado da Saúde-Coordenadoria de Saúde Mental, Of. 071/86, São Paulo, 05/03/86).

Alguns outros pontos valeriam ser destacados quanto ao Termo do Convênio, como o repasse de verbas da Secretaria de Saúde no valor de 10.000 OTN's anuais, podendo haver suplementação caso necessário (Cláusula Quatro). O prazo máximo do Convênio seria de 5 (cinco) anos, podendo ser rompido por qualquer das partes (Cláusula Sete). (Secretaria de Estado da Saúde-Coordenadoria de Saúde Mental- Of.071/86, São Paulo, 05/03/86).

Recebendo a cópia do *Termo do Convênio*, o Dr. Sully encaminhou-a ao Diretor da Faculdade de Ciências Médicas. Este que despachou para o Gabinete do Reitor da PUCCAMP o qual solicitou análise do Departamento Jurídico e Vice-Reitoria Acadêmica que aprovaram a proposta, alegando:

"... além dos benefícios acadêmicos em perspectiva, carreará recursos financeiros à Universidade, como previsto na Cláusula Quatro da minuta" (PUCCAMP-Gabinete do Reitor-Comunicação int., Campinas, 24/04/86).

Imediatamente após o parecer do Depto. Jurídico e da Vice Reitoria Acadêmica, o Reitor encaminhou a minuta ao Diretor da Faculdade de Medicina da PUCCAMP, Prof. Dr. José Carlos Ramos de Oliveira, questionando a respeito da contrapartida financeira da PUCCAMP e o número de cursos exigidos pelo Convênio que a Universidade deveria fazer a cada seis meses (PUCCAMP-Gabinete do Reitor- Comunicação int., Campinas, 25/04/86).

Ao receber o despacho do Reitor, o Diretor da FCM solicitou ao Dr. Sully que esclarecesse os questionamentos. Este lhe informou que não haveria nenhuma contrapartida financeira por parte da PUCCAMP. Além disso, a Secretaria de Saúde ficaria responsável por todas as despesas, inclusive as suplementares se houvesse necessidade. A PUCCAMP realizaria cursos de extensão conforme suas possibilidades, não havendo um número determinado de cursos. Segundo o Ofício, as informações foram dadas ao Prof. Sully pelo Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo (Urbach, Com. int., Campinas, 10/06/86).

Em 27 de junho de 1986, o Reitor solicitou ao Dr. Sully Urbach, o encaminhamento da minuta para a Secretaria de Saúde, no intuito de ser celebrado o Convênio. (PUCCAMP-Gabinete do Reitor, Campinas, Of. 680/86)

Do encaminhamento inicial do ofício do Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo ao Dr. Sully Urbach, no dia 05 de março de 1986, até o encaminhamento da minuta para a Secretaria de Saúde, no dia 27 de junho de 1986, passaram-se pouco mais de três meses. Isso demonstrou o significativo interesse da PUCCAMP na celebração deste acordo. Imediatamente foi elaborado o "*Plano de Execução de Trabalho e Aplicação de Recursos*", para o segundo semestre de 1986, em que a PUCCAMP e a Coordenadoria de Saúde Mental tornavam-se parceiras.

Apesar do *Termo do Convênio* não especificar em nenhuma de suas Cláusulas a criação ou existência de Residência Médica especificamente, mas "*Programas de Aprimoramento*", o "*Plano de Execução*" referia-se exclusivamente ao *Programa de Residência Médica em Psiquiatria - PRMP*, que nada mais era que o mesmo modelo do Convênio entre a Coordenadoria e a Faculdade de Medicina de Jundiaí (Secretaria de Estado da Saúde-Convênio CSM/PUCCAMP, Plano de Ex.-

de Medicina de Jundiaí (Secretaria de Estado da Saúde-Convênio CSM/PUCCAMP, Plano de Ex.-1986).

Em sua introdução, o *Plano* definia a necessidade de diretrizes gerais entre as duas instituições, preservando as particularidades de cada uma, pois se de um lado havia uma instituição prestadora de serviços - Juqueri - do outro havia uma universidade - PUCCAMP.

Outra ponto a se destacar, referia-se à necessidade de formar recursos humanos,

"adequadamente qualificados por referência às novas exigências da atual política de saúde mental, e absolutamente vital para sua implantação e desenvolvimento" (Secretaria de Estado da Saúde-Convênio CSM/PUCCAMP, Plano de Exec.-1986, p1).

O *Objetivo Geral* do *Plano de Execução* afirmava:

"Participar ativamente e de modo integrado no Plano Metropolitano de Saúde da ampliação e melhoria da qualidade da atenção psiquiátrica oferecida à população abrangida pelo módulo de Caieiras, em particular a do Complexo Hospitalar Franco da Rocha, e estender tal participação, a médio prazo e conforme prioridades a serem estabelecidas, ao módulo regional de Campinas" (Secretaria de Estado da Saúde-Convênio CSM/PUCCAMP, Plano de Exec.-1986, p2).

Para se compreender melhor o *Objetivo Geral* do *Plano*, devemos ressaltar que em 1986 praticamente todos os municípios do Estado de São Paulo haviam assinado o convênio AIS, sendo viabilizado, na periferia da Grande São Paulo, um grande projeto de expansão de Centros de Saúde e implantação de hospitais gerais, o denominado *Programa Metropolitano de Saúde*. Neste Programa, a região metropolitana de São Paulo foi dividida em cinco sub-regiões, sendo que uma delas compreendia os municípios de Caieiras, Franco da Rocha, Francisco Morato, Mairiporã e Cajamar.¹²¹

A proposta do *Plano de Execução* tinha como ação inicial o desenvolvimento de práticas assistenciais, basicamente em Franco da Rocha e gradativamente seria expandido para os serviços ambulatoriais da PUCCAMP. Importante ressaltar que, apesar de ocorrer praticamente no mesmo período, o Convênio da Residência Médica e a formação da UPU não tiveram nenhuma relação direta.

No primeiro semestre, os residentes teriam suas atividades centradas no "Pavilhão-Escola" do Complexo Hospitalar do Juqueri: uma ala com 70 leitos para atendimento dos pacientes agudos, encaminhados principalmente pelo serviço de emergência daquela instituição, que funcionava desde dezembro de 1984.¹²² No segundo semestre, os residentes fariam o estágio no Ambulatório de Saúde Mental e no Centro de Saúde de Franco da Rocha.

Importante notar que, com a crise surgida no *Convênio Juqueri/Jundiaí* em 1985, não

¹²¹ Este Programa, que começou a funcionar em 1985, foi o embrião da implantação do ERSA, criado no ano seguinte.

¹²² Além do Pavilhão de Agudos, os residentes passariam no primeiro semestre também pelo serviço de emergência.

houve concurso para residência Médica, sendo este Programa para os residentes do primeiro ano que iniciaram suas atividades em 1986.^{123 124}

A estrutura administrativa do Convênio teria como *Diretor*, o Professor Sully Urbach, Titular da disciplina de Psiquiatria da PUCCAMP e o *Supervisor do Convênio e Coordenador do Programa de Residência Médica* seria o Dr. Roberto Coelho Lopes, do Hospital do Juqueri. Como praticamente toda a atividade de Residência do primeiro ano seria no Complexo Hospitalar, a equipe de preceptores era formada por profissionais do Juqueri, sendo necessária a contratação de psicólogo, assistente social, enfermeiro e terapeuta ocupacional, através do Convênio.

Com a morosidade para o rompimento do Convênio Juqueri/Jundiaí, devido à necessidade de demitir e pagar aos profissionais, além dos acertos ligados à liberação de verbas, fazia-se necessário aguardar a ruptura definitiva do antigo Convênio, para assinatura do novo Convênio, o qual teria um efeito retroativo. No dia *17 de novembro de 1986* finalmente foi assinado o *Convênio Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo-Juqueri/ PUCCAMP*.

Se em 1986 a Residência Médica em Psiquiatria ficou restrita ao Complexo Hospitalar do Juqueri, no ano seguinte, a PUCCAMP teria uma participação mais ativa, embora não fosse esse o cronograma original. Conforme relatado anteriormente, o máximo que a PUCCAMP poderia desenvolver como atividade prática para a Residência Médica era seu ambulatório, naquele momento com uma atuação bastante incipiente. Porém, a criação da *Unidade de Psiquiatria de Urgência*, prevista para abril de 1987, fez com que a PUCCAMP solicitasse que os residentes do segundo ano desenvolvessem suas atividades principalmente no Hospital e Maternidade Celso Pierro. Assim, eles trabalhariam tanto na Unidade, como no ambulatório que seria ampliado e profissionais seriam contratados pelo Convênio, para a função de preceptores da Residência Médica em Campinas.

Desta forma, já no ano de 1987, o *Convênio Juqueri/PUCCAMP* apresentava dois momentos distintos: os residentes de primeiro ano (R1) desenvolviam suas atividades exclusivamente no Juqueri, predominantemente no Pavilhão-Escola para pacientes agudos e Ambulatório de Saúde Mental de Franco da Rocha e os residentes de segundo ano (R2) estavam a cargo da PUCCAMP.

A Residência Médica na PUCCAMP tinha como rotina para os R2 atividades na Unidade Psiquiátrica de Urgência no período da manhã e aulas teóricas e atendimento ambulatorial à tarde. Como o número de salas para os ambulatórios no Hospital e Maternidade Celso Pierro era pequeno para os vários serviços, a psiquiatria não teve alternativa senão aceitar a proposta da Superintendência: usar os ambulatórios a partir das 15h30, quando então várias salas estariam liberadas por outras clínicas.

A equipe de profissionais vinculados às atividades docentes era pequena. Os Professores Sully Urbach e Joaquim Motta eram os dois únicos docentes de Psiquiatria, no curso de graduação de medicina que ocorria às sextas-feiras, no período da tarde, para os alunos do quarto ano.

Na UPU, havia dois médicos assistentes contratados pelo HMCP, sem vínculo com a Faculdade de Medicina: Geraldo Ballone e Pedro Henrique Penna Chaves, cuja função era o

¹²³ Segundo um profissional ligado ao Juqueri, "apesar de não haver instituição de ensino naquele momento vinculada ao Juqueri, a Coordenadoria de Saúde Mental entendeu ser necessário abrir concurso para residência médica no ano de 1986, pois a tendência era de desaparecer tal Programa caso não houvesse concurso por dois anos consecutivos. A Comissão Nacional de Residência Médica informada da situação, autorizou a realização do concurso" (E.13).

¹²⁴ Naquele primeiro ano de residência, a participação da PUCCAMP estaria restrita aos cursos teóricos a serem desenvolvidos: Psicopatologia, Psiquiatria Clínica, Psicofarmacologia, Introdução à Psiquiatria Social e Neurologia.

atendimento aos pacientes internados. Com a Residência Médica, estes dois psiquiatras foram contratados pelo Convênio para a função de preceptores na enfermaria, mas necessitava-se da contratação de outros profissionais para o trabalho ambulatorial.¹²⁵

Como o atendimento do ambulatório era predominantemente voltado para atividades psicoterápicas, optou-se pela contratação de profissionais de alta capacidade na área. Assim, os profissionais trabalhariam com aulas teóricas no período das 13h às 15h30 e depois supervisionariam os residentes nos atendimentos.¹²⁶

No final de 1987, com a primeira turma do *Convênio Juqueri/PUCCAMP* se formando, o Dr. Sully Urbach enquanto Coordenador do Programa de Residência Médica, encaminhou à *Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM* - solicitação de autorização provisória para a criação de no máximo 7(sete) vagas para o terceiro ano de Residência Médica(R3).

O programa a ser desenvolvido pelos R3 seria basicamente o mesmo dos residentes do primeiro e segundo anos, acrescentando-se um plano de pesquisa especialmente voltado para Psiquiatria Social; coordenação de grupos com gestantes normais; adolescentes e grupos de pacientes com impotência, junto à disciplina de Urologia da PUCCAMP; treinamento em Psiquiatria Infantil no ambulatório da PUCCAMP. (Comissão Nacional de Residência Médica - Of.23/87, Brasília, 18/12/87)

Em 18 de dezembro de 1987, a Secretária Executiva da CNRM, Maria Marly Nicolini aprovou a implantação de um terceiro ano opcional para 1988.

A urgência do pedido se baseava não apenas na necessidade em garantir R3 para o ano seguinte, como também viabilizar, aos que se dispusessem em fazer o terceiro ano, a Bolsa de Estudos para Residentes, que era financiada pela *FUNDAP*.¹²⁷

O ano de 1988, no entanto, tornou-se conturbado para o *Convênio Juqueri/PUCCAMP*, ocorrendo várias crises nesta parceria. Em primeiro lugar, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo ameaçou suspender o Convênio, pois os Documentos Contábeis da PUCCAMP estariam incompletos.¹²⁸ Em segundo lugar, a Superintendência do HMCP e a Faculdade de Ciências Médicas propuseram a criação de Residência Médica em todos os serviços existentes no HMCP. No entanto, a psiquiatria era o único serviço que possuía, naquele momento, uma Residência Médica não vinculada ao HMCP.

É importante notar que o Convênio foi assinado entre a Coordenadoria de Saúde Mental e a PUCCAMP e que, apesar do HMCP ter se tornado espaço de atuação dos residentes do Convênio, ele não teria sido ouvido quando da criação da *Residência Juqueri/ PUCCAMP*.

O mesmo acontecia com o Departamento de Neuropsiquiatria que, embora o Convênio tenha sido assinado através da Universidade e tendo um membro do Departamento, o professor

¹²⁵ Importante salientar que tanto os preceptores do Hospital do Juqueri como os do HMCP que tivessem atividade assistencial nestes hospitais, além do salário fixo que recebiam, também tinham um acréscimo pago através do Convênio.

¹²⁶ Dentre os profissionais contratados, destacamos o Prof. Roberto Pinto de Moura para as atividades de Psicoterapia de Orientação Analítica, Dr. Luiz Carlos Landini para Psicodrama, Dr. Ismael Gripp para Distúrbios Psicossomáticos e Dr. Mauro Bilharinho para Psicoterapia de Grupo.

¹²⁷ Dentre as várias atribuições da *Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP* - uma delas era o financiamento de bolsas de estudo para residentes, principalmente de instituições públicas. Como no Convênio um dos pares era uma instituição pública, logo a FUNDAP tornara-se o financiador destas bolsas.

¹²⁸ Esta informação encontra-se em ofício do Dr. Sully encaminhado ao Dr. Pedro Rampazzo, do Departamento Financeiro da PUCCAMP, em 10 de maio de 1988, que respondeu por escrito, dois dias depois, afirmando não ter nenhum conhecimento do assunto.

titular de Psiquiatria como um dos principais signatários de todo o processo de viabilização do Convênio, o Departamento alegava não ter sido, em nenhum momento, ouvido oficialmente.

Criava-se uma situação de certa forma absurda, pois haveria, em um mesmo espaço institucional, duas Residências: a do HMCP com a participação de quase todos os serviços e a de Psiquiatria, em conjunto com o Hospital do Juqueri. Algumas hipóteses foram levantadas no sentido de resolver esta situação. A primeira hipótese seria de oficializar a existência de duas Residências Médicas em um mesmo espaço institucional, criando-se duas Comissões de Residência Médica-COREME, com regimentos próprios e órgãos pagadores distintos, além de salários diferenciados. Haveria, então, a Residência de Psiquiatria do Convênio Juqueri/PUCCAMP e a Residência do HMCP, com vários programas em diferentes serviços, exceto a psiquiatria.¹²⁹

A segunda hipótese seria a criação de uma Residência de Psiquiatria do HMCP, além da Residência do Convênio. Esta situação, entretanto, seria ainda mais contraditória, pois haveria residentes ligados a instituições distintas, com bolsas distintas, mas certamente com os mesmos programas e preceptores.

A terceira hipótese seria o rompimento do Convênio por parte da PUCCAMP, e a criação de uma Residência de Psiquiatria própria do HMCP. Esta proposta era a mais aceita pelo Departamento de Neuropsiquiatria, porém refutada pelo titular de psiquiatria.

O Departamento de Neuropsiquiatria, em reunião ocorrida no dia 25 de agosto de 1988, a cinco dias do lançamento do edital de convocação da Prova de Residência Médica do HMCP para o ano de 1989, decidiu que não haveria Residência Médica em psiquiatria pelo HMCP para o ano seguinte, mantendo a Residência do Convênio Juqueri/PUCCAMP. (PUCCAMP-Departamento de Neuropsiquiatria, Livro-Ata, 1988)

Acredito ser, neste momento, importante analisar algumas questões referentes ao Convênio Juqueri/PUCCAMP.

VI.2.1- O Convênio Juqueri/PUCCAMP e a criação da UPU foram situações distintas

É o mesmo o período da criação da UPU e a assinatura do Convênio entre a Coordenadoria de Saúde Mental e a PUCCAMP, porém, não houve, em nenhum momento, qualquer relação direta entre estes dois processos.

Apenas para recapitular, o período da criação da UPU pode ser definido entre março de 1986, no fechamento da UPC, até abril de 1987 ao ser inaugurada esta Unidade. Importante notar que, apenas a partir de junho de 1986, a PUCCAMP, através do seu Hospital Universitário, tornou-se opção real para a criação da Unidade, após impossibilidade da UNICAMP e da Santa Casa de Campinas.

A criação da UPU teve como elemento central de articulação político-organizativa, a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde- CRIS e a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde-CIMS, órgãos que congregavam representantes das instituições públicas e das Universidades. Apesar dessas Comissões trabalharem em conjunto e a CIMS possuir uma Sub Comissão de Saúde Mental, algumas observações devem ser feitas para a compreensão dos motivos que fizeram tais Comissões não terem qualquer tipo de envolvimento com o Convênio *Juqueri/PUCCAMP*, o qual viabilizou a Residência Médica.

O primeiro ponto, certamente, era pela estrutura da *Secretaria Estadual de Saúde de São*

¹²⁹ O órgão pagador do Convênio Juqueri/PUCCAMP seria a FUNDAP, que pagaria uma bolsa maior em relação aos residentes do HMCP, os quais teriam o próprio hospital como órgão pagador.

Paulo. Desde 1968, quando da reforma administrativa feita pelo então Secretário Walter Leser, apesar de buscar um processo mais integrativo entre os vários órgãos da Secretaria, criou quatro grandes coordenadorias, destacando-se a *Saúde Mental* e a da *Comunidade* que, com o passar dos anos, se mostraram extremamente verticalizadas e com pouco processo de articulação entre elas.

Com o Plano CONASP e a viabilização das AIS, municípios como Campinas possuíam uma articulação importante nas políticas públicas de saúde. Sendo assim, a criação de serviços como a UPU, apesar de ser um dos modelos apresentados como estratégicos para a Coordenadoria de Saúde Mental, no processo de enfrentamento da prática hospitalar hegemônica, tornou-se um fato basicamente regionalizado, não tendo por parte da estrutura central da Secretaria de Saúde, qualquer envolvimento mais significativo. Este processo antecipou uma prática que seria efetivada com a criação do ERSA, pelo governo estadual e do SUDS, através do governo federal.¹³⁰

Em contrapartida, a viabilização do Convênio teve na Coordenadoria de Saúde Mental um interlocutor fundamental. A necessidade de formação de recursos humanos voltados para uma prática compatível com a política de saúde mental preconizada pela Coordenadoria era de extremo interesse desta, além do Complexo Hospitalar do Juqueri estar diretamente vinculado ao gabinete do Coordenador, pela sua importância estratégica no resgate de uma nova prática assistencial pública.

O segundo ponto a destacar, refere-se à própria PUCCAMP que, na criação da UPU, teve o envolvimento de diversos níveis de poder da Universidade, como a Reitoria, Superintendência do HMCP, Diretoria da Faculdade de Medicina e Departamento de Neuropsiquiatria. Certamente, o processo de criação da UPU, por ter sido discutido nos Conselhos Regional e Municipal de Saúde (CRIS e CIMS) onde havia representantes da Universidade, desencadeou uma tramitação natural através de sondagem inicial com o Diretor da Faculdade de Ciências Médicas, que estimulou a CRIS/CIMS a encaminharem ofício ao Reitor, oficializando o interesse destes Conselhos quanto à possibilidade de criação da Unidade no HMCP.

A postura do Reitor foi solicitar ao chefe do Departamento de Neuropsiquiatria, para representá-lo em uma reunião na CRIS/CIMS, a fim de se discutir a criação da UPU. É importante notar que todo o processo de organização da UPU aconteceu através de discussões entre a CRIS/CIMS, Reitoria, Faculdade de Ciências Médicas e o Departamento de Neuropsiquiatria.

Já o Convênio *Juqueri/PUCCAMP* teve, no seu início, um ofício datado de *05 de março de 1986*, encaminhado pelo Coordenador de Saúde Mental, Dr. Marcos Toledo Ferraz, para o "*chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP, Professor Sully Urbach*" (*Secretaria de Estado da Saúde-Coordenadoria de Saúde Mental, Of.071/86, São Paulo, 05/03/86*)

Na verdade, não havia Departamento de Psiquiatria, mas sim de Neuropsiquiatria, e o chefe do Departamento não era o Professor Sully Urbach. No entanto, o ofício foi encaminhado a ele que, segundo nota escrita à mão no próprio ofício, foi enviado ao Diretor da Faculdade de Medicina, certamente pelo Dr. Sully. No dia *08 de março de 1986*, o Dr. José Carlos Ramos de Oliveira, Diretor da FCM, encaminhou ao Reitor solicitação de parecer para possível assinatura do Convênio. (Oliveira, Com. int., 08/03/86)

Como relatado anteriormente, a proposta do Convênio tramitou rapidamente por várias esferas da Universidade, como Reitoria, Vice-Reitoria Acadêmica, Departamento Jurídico, Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas e pelo professor titular de Psiquiatria, que foi o interlocutor junto à Coordenadoria de Saúde Mental na viabilização deste. O Departamento de

¹³⁰ Com a criação do ERSA em final de 1986, uma das mudanças mais significativas foi o desaparecimento das Coordenadorias, fortalecendo as Comissões Regionais no planejamento e gerenciamento de programas e serviços conforme as necessidades regionais.

Neuropsiquiatria, ao menos oficialmente, não foi informado deste processo, como afirmou um membro do Departamento na época:

"O Convênio foi assinado diretamente pelo Dr. Sully e pelo Reitor, sendo que em nenhum momento foi encaminhado para o Departamento "(E.10).

VI.2.2- O Departamento de Neuropsiquiatria não foi ouvido na viabilização do Convênio

As mudanças políticas ocorridas na PUCCAMP, no início dos anos 80 levaram a Universidade a modificar as relações internas da instituição, processando um movimento de "Departamentalização", no qual os Departamentos das unidades de ensino seriam peças fundamentais na estrutura de poder de cada Faculdade. Os Departamentos passaram assim, a ter um papel político importante na condução das estratégias e planejamento do ensino da PUCCAMP.

O Dr. José Carlos Ramos de Oliveira, era o Diretor da Faculdade de Ciências Médicas. Profissional respeitado pelos seus pares, tinha trânsito livre em vários setores da política de saúde e educacional nos anos 80, quando foi eleito representante dos Hospitais Universitários na Associação Brasileira de Escolas Médicas - ABEM.

Dos Departamentos da Faculdade de Ciências Médicas, o de Neuropsiquiatria, apesar de numericamente pequeno, possuía força política significativa, com docentes, principalmente da disciplina de neurocirurgia, influentes, não só na estrutura universitária, como na cidade. Destaca-se o Professor Roque Balbo, chefe do Departamento, neurocirurgião de prestígio, que já participara da administração de um importante hospital privado em Campinas e que, com o Diretor da Faculdade de Ciências Médicas e com o Dr. Hélio Santos de Oliveira, Professor de Cirurgia Pediátrica, fazia parte de uma comissão que assessorava o Superintendente do HMCP, na época, um economista.

Se no processo de criação da Unidade Psiquiátrica de Urgência-UPU, o Departamento de Neuropsiquiatria foi importante interlocutor, o mesmo não ocorreu em relação à assinatura do Convênio entre a Coordenadoria de Saúde Mental e a PUCCAMP.

Como relatamos, no Ofício do Coordenador de Saúde Mental para o Professor Titular de Psiquiatria, que o encaminhou para o Diretor da Faculdade de Ciências Médicas e este para o Reitor, em nenhum momento, até a assinatura oficial do Convênio, em novembro de 1986, houve qualquer tipo de consulta oficial ao Departamento de Neuropsiquiatria.

A gravidade desta situação poderia ser entendida pela viabilização de um Convênio que privilegiaria basicamente a área acadêmica, através da criação de cursos de aperfeiçoamento em saúde mental, nos quais a Residência Médica em psiquiatria era o ponto central, com a liberação de recursos financeiros significativos da Secretaria de Saúde para a PUCCAMP. Como poderia um Departamento diretamente ligado a este processo não ser ouvido? Talvez a resposta estivesse nos conflitos internos existentes, antecedendo o ano de 1986.

Ao analisar o *Livro-Ata do Departamento de Neuropsiquiatria*, constata-se que desde maio de 1982 o Dr. Sully já defendia a separação da Psiquiatria, propondo a criação de um Departamento próprio. Certamente, devido ao pequeno papel da disciplina na Faculdade de Ciências Médicas e as disciplinas de Neurologia e Neurocirurgia serem contrárias, esta proposta, embora discutida em três reuniões do Departamento, não foi aprovada. (PUCCAMP-Departamento de Neuropsiquiatria - Livro-Ata)

Em 1986,¹³¹ segundo o Livro-Ata,

¹³¹ O Livro-Ata não possui nenhum dado a respeito de reuniões do departamento no período de 1983 a 1986.

"o chefe do Departamento, Dr. Roque Balbo, questiona o Dr. Sully a respeito do desejo da disciplina de Psiquiatria querer se transferir para o Departamento de Clínica Médica. Este confirma, alegando que a Psiquiatria não apresenta mais interesse científico para ficar ligado à Neurologia, acreditando que a Psiquiatria é cada vez mais uma ação psicológica e social. Por fim o dr. Sully afirma que naquele momento seria melhor estar no Departamento de Clínica Médica que na Neurologia e acredita que, em breve, haverá um Departamento de Psiquiatria". (PUCCAMP-Departamento de Neuropsiquiatria - Livro-Ata, 1986)

Na mesma reunião, tratou-se da atitude do Dr. Sully, ao encaminhar diretamente ao Diretor da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP, a solicitação de aumento de carga horária da disciplina de psiquiatria, sem ter passado pelo Departamento, conforme exigia o Regimento. (PUCCAMP-Departamento de Neuropsiquiatria - Livro-Ata, 1986)

Havia, sem dúvida, posições acirradas entre o professor titular de Psiquiatria e o Departamento, sendo que o Convênio tornara-se mais um ponto de discordância interna, como relatou um dos membros do Departamento:

"O Convênio nunca passou pelo Departamento de Neuropsiquiatria, mas todos sabiam da existência deste, porém era muito difícil interferir, pois era um acordo direto entre o Dr. Sully e a Reitoria " (E.14).

Para outro membro, havia questões de ordem pessoal que tornava o ambiente interno ainda mais tenso.

"O Dr. Sully, ao ignorar o Departamento quanto ao Convênio, feriu o orgulho deste, fato considerado inaceitável" (E.15).

Sem dúvida a questão extrapolava os aspectos formais da ordem institucional, pois na época o Hospital e Maternidade Celso Pierro não possuía Residência Médica, havendo estágios não remunerados em alguns serviços.

Evidente que o funcionamento de uma Residência Médica em um serviço recém- instalado como a UPU chamava a atenção de vários setores do HMCP, mas parece que este fato não era, ao menos em um primeiro momento, tão significativo, inclusive para o Departamento de Neuropsiquiatria, pois em reunião realizada por este Departamento, no dia 20 de fevereiro de 1987,

"o Dr. Sully solicitou estágio em Neurologia Clínica para os residentes do Convênio, sendo que no primeiro semestre seriam os R2 e no segundo semestre, os R1. O estágio foi aprovado pela disciplina de Neurologia Clínica". (PUCCAMP-Departamento de Neuropsiquiatria- Livro-Ata, 20/02/87, grifo nosso)

A questão se tornou mais acirrada, quando, em maio de 1988, o Superintendente do HMCP, José Luiz Ferreira, foi substituído pelo Dr. Roque Balbo que, entre outras ações, priorizou a viabilização do projeto de criação de Residência Médica em todos os serviços do Hospital.

A partir deste projeto, as reuniões de Departamento tornaram-se mais incisivas quanto à

existência de uma Residência que, oficialmente, não era reconhecida pela Faculdade de Ciências Médicas e pela Superintendência do HMCP. O próprio Departamento encaminhou Ofício para a Reitoria, solicitando esclarecimentos a respeito da situação da disciplina e do serviço de Psiquiatria. Em 05 de maio de 1988, o Reitor a fim de esclarecer o que estava ocorrendo, encaminhou Ofício ao Professor Sully, que respondeu ao Ofício do Reitor. A seguir, transcrevemos os pontos mais importantes:

"1) Como V. Magnificência sabe, partimos do zero em 1986, quando a Psiquiatria da PUCCAMP estava completamente alijada de qualquer consideração no conjunto das práticas médicas da Faculdade, sem ambulatório, sem qualquer suporte assistencial, reduzida a um curso teórico de quatro aulas semanais durante um semestre para turmas de 90 alunos, desvinculada da Psicologia Médica que é disciplina médica embora com o apodo de 'Psicologia'. Para compararmos, é como se aos bacharéis em Direito que possuem a disciplina de 'Medicina Legal' se lhes reservasse o direito de ensinar ou praticar esta ciência, pelo simples fato de contar com a expressão 'Legal'.¹³²

2- Inconformado com esta situação, preso por uma determinação burocrática a um Departamento de Neuropsiquiatria, embora com o máximo apreço e respeito que tenho pelos meus colegas neurologistas, excelentes profissionais que inclusive posteriormente passaram a nos incentivar e apoiar - muito do que foi conseguido se deve ao apoio que deles recebemos - mas, indubitavelmente são estruturas diferentes; a Psiquiatria é apenas um ponto numa linha composta pela Psicologia, Sociologia, Filosofia, Direito, Antropologia e muitas outras, inclusive a Biologia. E, cada vez que se tentava uma aproximação com instituições públicas ou privadas, não podíamos comprometer os interesses de um Departamento de Neuropsiquiatria, por mais liberal que fosse a formação e a visão do

¹³² Esta questão levantada pelo Dr. Sully se justifica pelo fato da disciplina de "Psicologia Médica" não estar vinculada ao Departamento de Neuropsiquiatria, mas ao Instituto de Psicologia da PUCCAMP. Uma das alegações que se fazia para justificar esta situação era que, por ser uma disciplina de 'Psicologia', deveria estar vinculada ao Instituto de Psicologia e ministrada por um psicólogo. A disciplina de Psicologia Médica, no início do curso de medicina, era vinculada à Psiquiatria, porém, em maio de 1982, o Conselho Universitário da PUCCAMP aprovou a transferência da disciplina para o Instituto de Psicologia. Salvo raras exceções, os alunos do curso de medicina refutavam esta disciplina, principalmente devido ao fato de não ser ministrada por médicos e sim por psicólogos.

Coordenador ligado à Neurologia, o que nos levou a procurar um novo caminho, até que, extinta a antiga Residência Médica em Psiquiatria do Hospital do Juqueri, esta oportunidade surgiu.

3- Era necessário em primeiro lugar conseguir a aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica. Emprestei meu nome ao empreendimento, montei o complicadíssimo processo necessário para este reconhecimento e finalmente conseguimos, através da disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

Passamos então à fase de elaboração de um Convênio que sustentasse esta Residência no Juqueri, pois este era o interesse da Secretaria de Saúde, e na PUCCAMP, na esperança que à Universidade também interessara, pois a Reitoria estimulava a procura de recursos, para desenvolvimento de seus cursos independentemente das mensalidades pagas pelos alunos. Depois de muita luta, o Convênio foi assinado.

4- A Residência Médica em Psiquiatria da PUCCAMP (conjuntamente com o Juqueri) tornou-se uma das melhores do Estado. Poderia parecer pretensão, mas não posso desacreditar em todas as informações que venho recebendo. E, não se diga, como já se tentou, que a Residência é do Juqueri. Não é. Está aí o processo de reconhecimento da Residência, o Convênio, o Regimento Interno, todos afirmando que esta Residência é da disciplina de Psiquiatria da PUCCAMP com extensão ao Juqueri. O Plano de Trabalho e Aplicação de Recursos também o afirma. É, portanto, motivo de orgulho para a Universidade como Instituição de Ensino."(Urbach, Correspondência encaminhada ao Reitor da PUCCAMP, Campinas, 10/05/88)

No item 2 do Ofício, o Dr. Sully, após reafirmar o apreço e respeito pelos colegas de Departamento, justificou as diferenças entre eles, fruto de uma formação estrutural distinta entre a Psiquiatria e a Neurologia. Esta formação diferenciada dificultava ao coordenador do Departamento, no caso um neurologista, compreender a busca de caminhos próprios pela disciplina de Psiquiatria. Para o Dr. Sully, como havia frisado em reunião do Departamento, o caminho da Psiquiatria seria um Departamento próprio; caso não fosse possível, deveria estar vinculada ao Departamento de Clínica Médica e não mais à Neurologia.

Mesmo de forma elegante, o Dr. Sully insinuava que a postura liberal do Departamento de Neuropsiquiatria não era suficiente para alcançar novos espaços à Psiquiatria e o Convênio com o Hospital do Juqueri tornou-se uma oportunidade em caminhar por trilhas próprias, de certa forma independente do Departamento.

Nos itens 3 e 4, o Professor Titular esclareceu os caminhos para a formação da Residência Médica, buscando, primeiro, a aprovação da *Comissão Nacional de Residência Médica*, através da disciplina de Psiquiatria, para depois o Convênio ser assinado entre a PUCCAMP e o Juqueri. No entanto, um médico do Hospital do Juqueri apresentou outra versão:

"A Comissão Nacional de Residência Médica autorizou a Coordenadoria de Saúde Mental a fazer o concurso no início de 1986, quando ainda estava em fase de contatos iniciais a possibilidade da PUCCAMP ser participe do Convênio" (E.13).

Outra questão levantada no Ofício dizia respeito ao comandatário do Convênio: o Hospital do Juqueri ou da disciplina de Psiquiatria da PUCCAMP. O que se observou no material analisado foi que, na fase inicial do Convênio, quando a PUCCAMP praticamente não possuía qualquer atividade mais concreta, Documentos como o *Termo do Convênio* e o *Plano de Execução de Trabalho e Aplicação de Recursos do ano de 1986* caracterizavam a Residência como sendo do Hospital do Juqueri. Porém, no ano de 1988, o *Plano de Execução de Trabalho* definia a Residência como sendo da PUCCAMP/Juqueri. Talvez pareça uma questão insignificante no processo de formação da Residência Médica, mas, como se verá adiante, a questão do comandatário foi um dos pontos mais importantes no processo de ruptura do Convênio. Assim como, se a disciplina de Psiquiatria fosse, como afirmava, no Ofício, o Dr. Sully, a responsável pela Residência Médica do Convênio, não seria necessário e nem possível haver outra Residência Médica em Psiquiatria na PUCCAMP.

Mas não era esta a posição do Departamento de Neuropsiquiatria. Em reunião ocorrida em agosto de 1988, questões importantes foram discutidas, demonstrando alguns aspectos ilegais que estariam acontecendo no serviço de Psiquiatria. O primeiro ponto levantado foi a respeito da situação irregular da UPU, que teria contratado residentes do segundo ano de Psiquiatria, como médicos plantonistas no período noturno. Este fato realmente ocorreu, praticamente desde o início do funcionamento da UPU em 1987. Os residentes do segundo ano, ao menos no *Plano de Execução de Trabalho*, não tinham inclusos, na sua carga horária, plantões noturnos. Os residentes recebiam, além da Bolsa da FUNDAÇÃO, salário pago pelo Hospital Celso Pierro, como médicos plantonistas noturno, fato totalmente ilegal para um Programa de Residência Médica. (Secretaria de Estado da Saúde- Convênio CSM/PUCCAMP, Plano de Exec. de Trabalho, 1986; PUCCAMP- Departamento de Neuropsiquiatria- Livro-Ata, 1988)

Outra questão levantada se referia ao *Ambulatório de Psiquiatria Infantil* que estaria atendendo cerca de 40 crianças/mês, sendo que nem o Departamento, nem a Superintendência do HMCP tinham conhecimento da existência deste Ambulatório, que fazia parte do Programa de Residência Médica. Segundo Ata do Departamento,

"O Dr. Sully estaria agindo de forma independente ao Hospital" (PUCCAMP-Departamento de Neuropsiquiatria- Livro-Ata, 1988).

Nesta reunião, foi decidida a criação da *Residência Médica em Psiquiatria do HMCP* para início no ano seguinte. No entanto, em outra reunião realizada em 25 de agosto de 1988, Dr. Sully esclareceu que, quando da assinatura do Convênio Juqueri/PUCCAMP, não havia Comissão de Residência Médica - COREME no HMCP, bem como os Departamentos não possuíam nenhuma

relação com o Hospital, mas com a Faculdade. Ele também alegou que, para existir Residência em Psiquiatria, era necessária a participação de um Hospital Psiquiátrico, por isso a necessidade de manter o Convênio com o Juqueri, pois seria uma exigência do MEC (PUCCAMP-Departamento de Neuropsiquiatria, Livro-Ata, 1988).¹³³

Os docentes ligados às disciplinas de Neurologia e Neurocirurgia, nesta mesma reunião, insistiam na necessidade de haver uma Residência de Psiquiatria do HMCP, respondendo à COREME do Hospital. O Dr. Sully, porém, foi taxativamente contrário, lançando uma proposta para que o Departamento analisasse minuciosamente o Convênio Juqueri/PUCCAMP. Como o prazo para o lançamento do edital de Residência Médica do HMCP se expirava em cinco dias, o DNP decidiu que não haveria tempo suficiente para viabilizar a Residência de Psiquiatria pelo HMCP no ano de 1989 (PUCCAMP-Departamento de Neuropsiquiatria, Livro-Ata, 1988).

Algum tempo depois, a negativa do Departamento de Neuropsiquiatria e da Superintendência do HMCP em assinar os certificados de conclusão dos residentes gerou uma crise entre o Hospital do Juqueri e a PUCCAMP, tornando inviável a manutenção deste Convênio, como analisaremos adiante.

VI. 3 - COMO A HISTÓRIA CAMINHOU

VI.3.1- A UPU

Com a vitória do Partido do Presidente Sarney nas eleições para governador em praticamente todos os Estados da Federação, no final de 1986, os setores progressistas mantiveram a postura de fortalecimento de uma linha de planejamento das ações de saúde, iniciada com as AIS, favorecendo as estruturas estaduais totalmente aliadas ao governo federal.

A criação do SUDS, na administração de Hésio Cordeiro à frente do INAMPS, levou à viabilização do processo de estadualização da saúde, tendo, no secretário estadual desta área, um importante articulador político, cuja função central era implementar este novo Sistema. No Estado de São Paulo, ao assumir o cargo de Secretário da Saúde, Pinotti desencadeou um rápido processo de estadualização, de tal forma que, ao ser criado o SUDS em julho de 1987, este Estado, através do ERSA, já possuía uma estrutura, ao menos nas regiões mais articuladas politicamente, em que a regionalização, a descentralização e a universalização das ações de saúde já haviam dado seus primeiros passos.

Na sub-área da Saúde Mental, a recém-empossada *Assessoria de Saúde Mental* lançou o Documento "*Proposta da Política de Saúde Mental para o Estado de São Paulo no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde*" (1987), buscando delinear um programa assistencial com vistas à implantação do SUDS. Dentre as várias propostas lançadas pelo Documento, destaca-se a referente à entrada do paciente psiquiátrico no sistema de saúde, que deveria ser feita pelos Prontos-Socorros de hospitais gerais, em situação de crise. Para tanto, estes serviços deveriam possuir leitos de curta permanência nos hospitais gerais e equipes de saúde mental atuando no Serviço de Emergência.

Campinas, pela sua peculiaridade, já possuía uma estrutura de saúde pública que preenchia os critérios de um sistema descentralizado, com comissões atuantes e tendo, na área de saúde mental, um Pronto-Socorro Psiquiátrico vinculado a um Hospital Geral: *a Unidade Psiquiátrica de Urgência do Hospital e Maternidade Celso Pierro, da PUCCAMP*.

¹³³ Parece-me que este fato não se apresenta como correto. É certo que muitas das residências da época tinham alguma ligação com hospitais psiquiátricos para treinamento de seus residentes, porém a obrigatoriedade deste tipo de convênio não é de nosso conhecimento.

Em junho de 1987, o *Grupo de Trabalho de Saúde Mental da CIMS de Campinas* promoveu um Seminário para avaliar a situação da área de abrangência do ERSA-27, criado pela Secretaria Estadual de Saúde. O ERSA-27 abarcava 11 municípios da região de Campinas. (CIMS-Campinas, 1987)

Este Seminário, cujo objetivo era fazer um diagnóstico situacional da região, demonstrou, entre outras coisas, um número insuficiente de atendimentos ambulatoriais e os serviços com equipes de saúde mental estavam praticamente todos concentrados em Campinas (CIMS-Campinas, 1987).

Em relação aos serviços hospitalares, observou-se uma média de leitos por 1000 habitantes (0,97 leitos) compatível. Os hospitais psiquiátricos da região, porém, trabalhavam totalmente isolados, tendo como clientela predominante, quadros crônicos, tais como alcoolismo, psicoses, oligofrenias e distúrbios da conduta (CIMS-Campinas, 1987).

Deste Seminário, foi elaborado Documento do Grupo de Trabalho (1987). Propostas foram lançadas, visando à modificação do modelo hospitalocêntrico vigente e a organização dos serviços de saúde mental segundo critérios homogêneos e racionais (CIMS-Campinas, 1987).

Para que esses objetivos fossem alcançados, o Documento elencava uma série de propostas, das quais gostaríamos de destacar uma, que bloqueava o fluxo de pacientes para hospitais através de internações diretas. A estratégia para conquistar o objetivo era tornar a *Unidade Psiquiátrica de Urgência* e os serviços ambulatoriais da rede pública as únicas vias de internação para hospitais psiquiátricos (CIMS-Campinas, 1987).

Esta, sem dúvida, era a função que se esperava de um serviço de emergência psiquiátrica, enquanto órgão triador dos hospitais psiquiátricos. Porém, para que isto ocorresse de forma eficaz, necessitava-se romper com a prática das internações na porta desses hospitais. Mas isto não era suficiente; precisava-se de uma equipe técnica que trabalhasse no Serviço de Emergência Psiquiátrica, com uma proposta clara e homogênea de suas funções assistenciais.

A CIMS de Campinas, através de seu *Grupo de Trabalho em Saúde Mental*, tinha este tipo de entendimento, mas, a possibilidade de co-gestão com a UPU não foi viabilizada. A alternativa encontrada foi promover avaliações em relação ao funcionamento da UPU.

No dia 14 de outubro de 1987, a CIMS convidou o Dr. Sully Urbach, coordenador da UPU e o Dr. Rubens Maciel, assistente técnico do ERSA, para participarem de uma reunião de avaliação da UPU, após seis meses de funcionamento (CIMS-Campinas, Livro-Ata, 1987).

Após as análises iniciais quanto ao número de internações ocorridas no período (cerca de 30% dos pacientes atendidos), a Comissão levantou pontos considerados importantes. Notou-se, por exemplo, que, apesar da existência da UPU, os hospitais psiquiátricos da região continuavam lotados. Certamente este fato se devia à inexistência de uma Central de Vagas. Outro ponto destacado referia-se à demora dos serviços ambulatoriais em receberem os pacientes egressos da UPU, pois, segundo a CIMS, deveriam ser atendidos no máximo três dias após a alta. Tal fato na prática não ocorria, pois os pacientes eram encaminhados para os ambulatórios ou Centros de Saúde, aguardando cerca de dois meses para o primeiro atendimento (CIMS-Campinas - Livro-Ata, 1987).

A CIMS propôs à UPU rever a remuneração dos plantões, pois estava aquém do valor pago na região, desinteressando profissionais mais bem qualificados em trabalhar neste serviço. Para a CIMS, a complexidade de um serviço como a UPU exigia pessoal altamente treinado e qualificado, não apenas no Pronto-Socorro, como também na enfermagem, no intuito de dar uma boa resolutividade. Para tanto, deveriam ser contratados, além de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais que pudessem desenvolver um trabalho eficaz deveriam ser

contratados. (CIMS-Campinas-Livro-Ata, 1987)¹³⁴

Alguns problemas ocorriam na UPU em sua fase inicial, e a opção do serviço se dava por um caminho que, se não se pode denominar de isolamento, não era, em absoluto, de aproximação e troca de experiências com as entidades gestoras da política pública da região.

Esta postura não era exclusiva aos elementos externos, pois isto também ocorria internamente. Não havia na UPU, desde o seu início, uma política clara sobre a proposta do serviço. A pequena equipe técnica raramente se encontrava para discutir o seu trabalho; muitos dos profissionais, principalmente os não médicos, eram totalmente inexperientes na área, alguns, recém-formados. Parecia ser um trabalho desconectado, não havendo compreensão, por parte da equipe, do real papel de um serviço como aquele.

O próprio coordenador pouco comparecia à UPU e as questões administrativas eram resolvidas por uma secretária de sua inteira confiança.

Os plantonistas eram contratados sem uma avaliação mais profunda. Profissionais inexperientes iam para a "linha de frente" de um serviço que, por ser novo na região, trazia para a população atendida uma expectativa muitas vezes negativa. Era comum, no início, pacientes e familiares exigirem internações diretas para hospitais psiquiátricos, não querendo a internação de três dias. As pressões eram intensas e, caso o paciente fosse atendido e liberado, os familiares ameaçavam o plantonista de responsabilizá-lo por qualquer atitude agressiva que o paciente viesse a ter em casa. Mesmo quando era indicada a internação na UPU, o curto período de estadia não era aceito.

Recordo-me de dois fatos ocorridos com plantonistas, naquele período, exemplificando bem a situação vivida. O plantonista, ao atender um paciente, recebeu da família um abaixo-assinado dos vizinhos, exigindo a internação. Os familiares justificaram a atitude, pois teriam levado o paciente várias vezes à UPU e ele não havia sido internado. Devido ao quadro de agitação que ele apresentava, a alternativa encontrada foi o abaixo-assinado. Diante de uma situação inusitada, não houve outra opção ao plantonista senão interná-lo.

Outra situação, certamente dramática, aconteceu com uma plantonista que, por não indicar internação de um paciente, foi ameaçada de agressão pelos familiares. Dentro da sala de atendimento, a médica foi acuada fisicamente pelos parentes do paciente e só liberada quando a equipe de enfermagem, ao ouvir os gritos dos familiares, solicitou a presença dos seguranças do hospital que os retiraram à força da sala de atendimento.

É evidente que situações como estas podem ocorrer em qualquer serviço de emergência, principalmente na área psiquiátrica, em que questões como periculosidade e distúrbio de comportamento são referenciais para justificar a internação. No entanto, o despreparo dos profissionais e a falta de discussão a respeito do papel do plantonista no Pronto-Socorro podem tornar o atendimento muito mais vulnerável.¹³⁵

¹³⁴ A CIMS chegou a propor, nesta reunião, o remanejamento de alguns profissionais do serviço público para a UPU, buscando aprimorar a funcionalidade do serviço. Apesar da proposta, não houve interesse maior por parte da UPU na sua viabilização (CIMS-Campinas-Livro-Ata, 1987).

¹³⁵ A respeito deste assunto sobre periculosidade e emergência psiquiátrica, Pitta, em sua Dissertação "*Por uma Política de Saúde Mental*" (1984), discute o perigo da "militarização" da equipe técnica em função de possíveis pacientes agitados. Delgado, no trabalho "*Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil*" (1990), também faz referência aos serviços de emergência psiquiátricas relacionados à periculosidade como uma forma de controle social. Por fim, Menon, na Tese "*Avaliação de fatores que se associam à indicação de internação em serviço de emergência psiquiátrica de hospital geral universitário*" (1994), encontrou como um dos mais importantes fatores que influenciam a internação em um Serviço de Emergência Psiquiátrica, a questão da agressividade.

A discussão sobre o papel do plantonista é extremamente delicada, pois, salvo raras exceções, o profissional que atua em serviço de emergência psiquiátrica, mais que desenvolver um trabalho cujos referenciais clínicos e psicopatológicos devam ser os pontos norteadores da conduta terapêutica, experimenta uma situação definida por muitos como "*de juiz ou delegado*", em que de um lado estão os familiares ou a sociedade a exigir internação, e de outro, o paciente solicitando sua liberação. O plantonista estaria lá para "*absolver um e condenar o outro*".¹³⁶

Outras questões também prejudicavam o trabalho na UPU, como a remuneração cada vez mais baixa dos plantonistas, principalmente em um momento em que o processo inflacionário voltara de maneira galopante, gerando falta de plantonistas. Em *janeiro de 1988*, o coordenador da UPU chegou a mandar ofício à CIMS, comunicando o fechamento da Unidade em alguns períodos, devido à falta de profissionais.¹³⁷

Além dessas questões, os constantes atritos do chefe da UPU com o Departamento de Neuropsiquiatria e com a Superintendência do HMCP levaram a Unidade a passar por um período de dificuldades institucionais, resultando na diminuição de 8 leitos na enfermaria de psiquiatria da UPU, em *setembro de 1988*. A Enfermaria, que desde o seu início possuía 40 leitos, passou a ter 32 leitos. Um dos entrevistados descartou qualquer represália ao serviço de Psiquiatria o qual, menos de um mês antes, recusara participar da Residência Médica do HMCP.

"O que ocorreu foi que vários departamentos cirúrgicos do hospital estavam solicitando leitos, mas a capacidade de 360 leitos era a máxima no Hospital. A UPU possuía 40 leitos e 4 salas administrativas e a capacidade de ocupação foi de 58% no período de janeiro a julho de 1988, enquanto a média do hospital era de 85%. Foi solicitada uma reunião do CTA (Conselho Técnico Administrativo do HMCP) em que foi aprovada a diminuição de oito leitos da UPU que seriam utilizados pelo Hospital"(E.10)

A análise técnica era clara: a UPU, que passou a receber apenas por dia de internação de seus pacientes e possuir uma média baixa de leitos ocupados (58%), perdera não só espaço funcional, como também político.

Em *22 de junho de 1988*, o *Grupo de Trabalho em Saúde Mental* trouxe à CIMS alguns problemas que ocorriam no município, como a distorção da existência de um ambulatório psiquiátrico privado, responsável por cerca de 50% do atendimento ambulatorial de Campinas. Este ambulatório atuava basicamente como repassador de receitas médicas, sem a presença do paciente, além de encaminhar um número significativamente alto de pacientes para hospitais psiquiátricos¹³⁸ (CIMS-Campinas - Livro-Ata,1988).

Outras questões levantadas pelo Grupo de Trabalho referiam-se à carência de profissionais em vários serviços públicos, que provocava uma diminuição de cerca de 25% do potencial de

¹³⁶ Certamente este papel se dá pelo próprio perfil que o serviço de emergência psiquiátrica veio assumindo enquanto modelo assistencial predominantemente "*triador*" de internações, não conseguindo superar a função "*médico legal*" que lhe foi incumbida desde sua origem.

¹³⁷ Esta situação só foi resolvida com a contratação de Residentes do convênio Juqueri/PUCCAMP para trabalharem como plantonistas noturnos, recebendo pelo plantão, fato considerado irregular pela CNRM.

¹³⁸ Cerca de 10% dos pacientes, enquanto o aceitável estaria por volta de 3 a 4%.

atendimento, além da falta de medicamentos e material de consumo(CIMS-Campinas - Livro-Ata,1988).

Com o SUDS, os municípios tinham o poder de alocar recursos conforme as necessidades observadas pelas Comissões Municipais (CIMS), além de garantir o controle dos serviços privados. A CIMS achou por bem descredenciar o Ambulatório privado devido a sua ineficiência técnica e administrativa. No entanto, este ambulatório era responsável por cerca de 3.000 atendimentos/mês. A CIMS determinou, então, que cada Universidade de Campinas ficaria responsável por 1.500 atendimentos, conforme a localização da moradia dos pacientes (CIMS-Campinas-Livro-Ata,1988).

Sendo assim, a PUCCAMP estaria responsável por uma clientela, girando em torno de 1.500 pacientes, número expressivo que o ambulatório de psiquiatria do HMCP não conseguiria absorver, pois já havia fila de espera para casos novos para os próximos dois meses.

A opção encontrada foi fazer uma escala de plantão entre quatro profissionais do serviço, durante um mês: cada profissional trabalharia, sem qualquer tipo de remuneração, uma noite por semana, para atender os pacientes egressos do ambulatório privado e posterior encaminhamento.¹³⁹

No dia *25 de novembro de 1988*, dez dias após a eleição de Jacó Bittar à prefeitura de Campinas, a CIMS se reuniu com o Grupo de Saúde Mental, que relatou as dificuldades na participação, controle e acompanhamento dos serviços privados, em especial a UPU. Foram discutidas duas propostas de ação estratégica ante as instituições privadas. A primeira era não permitir que os hospitais psiquiátricos privados desenvolvessem atividades ambulatoriais, não reproduzindo, assim, o esquema de internação direta; e a segunda era estabelecer mecanismos de controle e avaliação constantes pela CIMS, evitando desvios por parte dos setores privados (CIMS-Campinas - Livro-Ata, 1988).

A CIMS encontrava dificuldade em exercer seus mecanismos legais de controle ao setor privado, inclusive em relação à UPU. Porém, a eleição de um governo claramente privilegiador das ações públicas criava nova perspectiva quanto à assistência psiquiátrica no município.

Era lançada pela administração municipal, nova proposta de saúde mental: a alternativa baseada no conceito preventivista da saúde pública deveria ser substituída por uma atuação cujos eixos centrais não estivessem no hospital psiquiátrico e nem nos ambulatórios de saúde mental.

Em *março de 1989*, foi realizado o "*Seminário dos Trabalhadores em Saúde Mental*", sugerindo, como diretrizes básicas, uma prática voltada à desospitalização, com atuação descentralizada, predominantemente nos Centros de Saúde, incrementando a criação de serviços intermediários entre a hospitalização e o atendimento ambulatorial, como CAPS, Hospital - Dia e Unidade Psiquiátrica de Urgência (Medeiros,1994).

Enquanto a política municipal se modificava, a política interna da UPU também indicava alterações, principalmente porque o coordenador da Unidade encontrava-se cada vez mais distante do serviço, sem nenhum tipo de comunicação, mesmo que formal, com o Departamento de Neuropsiquiatria e com a Superintendência do HMCP. A situação insustentável levou ao pedido de demissão do Dr. Sully, do cargo de coordenador da Unidade Psiquiátrica de Urgência e da chefia do Serviço de Psiquiatria da FCM, no dia *20 de abril de 1989* (PUCCAMP- Departamento de Neuropsiquiatria - Livro-Ata,1989).

¹³⁹ Um dos reflexos do fechamento deste ambulatório se deu no Pronto-Socorro da UPU, que se transformou também em um serviço de Pronto Atendimento, pois a absorção dos pacientes nos ambulatórios de saúde mental e centros de saúde tornara-se difícil, pela falta de profissionais nestes serviços. Era mais rápido procurar um serviço de emergência para a obtenção de receita de pacientes crônicos pelo uso de psicofármacos, que aguardar meses de espera em serviços ambulatoriais que se mostravam ineficazes no sentido de agilizar o atendimento.

Na reunião do Departamento de Neuropsiquiatria realizada naquele dia, discutiu-se a necessidade da escolha imediata de um novo coordenador para a UPU, pois estaria havendo um movimento interno entre profissionais do serviço, predominantemente plantonistas e equipe de enfermagem, no intuito de indicar, para a coordenação da Unidade, um profissional ligado à nova administração municipal. Este profissional era plantonista e estava há pouco tempo trabalhando na instituição, sem qualquer vínculo docente. Na ata da reunião, há a colocação de um membro do Departamento, afirmando que a Secretaria Municipal de Saúde teria interesse em assumir a UPU, tirando-a do HMCP. No final da reunião, o Dr. Geraldo Ballone assumiu a coordenação da UPU, não sendo, porém, indicado pelo Departamento para a chefia do serviço de Psiquiatria, que ficou em aberto.¹⁴⁰

" Ballone não foi indicado para chefiar o serviço por uma pretensa ligação política que ele tinha com o Paulo Maluf, e este fato não era bem visto pelo Departamento, pois a PUCCAMP dependia de verbas do governo estadual, adversário político do Maluf"(E.16).

Realmente, o Dr. Ballone tinha afinidade política com Paulo Maluf, o qual, quando governador do Estado de São Paulo, indicou-o para prefeito de Paulínia, na época município de segurança nacional, devido à existência da Refinaria de Petróleo REPLAN. Um dos membros do Departamento, entretanto, refutou esta versão, alegando que o serviço de Psiquiatria necessitava buscar novas posturas, menos vinculadas ao padrão psiquiátrico tradicional e mais voltadas a praticas multiprofissionais e comunitárias, perfil que o Dr. Ballone não possuía.

" O Ballone não se transformou em chefe do serviço de psiquiatria, pois a posição predominante no Departamento era que este serviço precisava evoluir no padrão de atendimento, buscando-se formas mais adequadas do que as que se apresentavam. Outro fator era que o serviço de psiquiatria precisava se transformar em uma área de atuação de vários profissionais de saúde mental e não apenas psiquiatras e o Ballone não aceitava esta participação mais ampla, pois parecia que ele não tinha experiência em atividade multiprofissional "(E.14).

Esta postura, sem dúvida, se fazia necessária, pois a PUCCAMP buscava desenvolver uma atuação acadêmica mais vinculada aos serviços públicos, tendo os Centros de Saúde da PUCCAMP criado serviços de saúde mental para a população da região de atendimento. Essa proposta vinha ao encontro do modelo assistencial desenvolvido pelo Grupo de Trabalho em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde.

A UPU já apresentava seus primeiros estudos comparativos, demonstrando algumas características no seu perfil assistencial. Ballone & Citti (1990), analisando a evolução das atividades da UPU, compararam os períodos de novembro de 87 a abril de 1988 e novembro de

¹⁴⁰ A chefia do serviço de psiquiatria estava hierarquicamente acima da coordenação da UPU e do ambulatório de psiquiatria, bem como respondia pela área de ensino de psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas.

1988 a abril de 1989. Os autores encontraram dados importantes, como o aumento de 68,4% no número de atendimentos do Pronto-Socorro.

Segundo os autores,

"este aumento expressivo deveu-se principalmente ao conhecimento por parte da população da possibilidade de pronto atendimento num P.S. psiquiátrico, muito mais desejável para o paciente ou para sua família, do que o agendamento moroso do atendimento ambulatorial da rede" (Ballone & Citti, 1990 p83).

Ao mesmo tempo em que houve um aumento no atendimento do PS, notou-se um decréscimo no número de internações na enfermaria da UPU, na ordem de 34,2%, nos períodos estudados. Isto se deveu, segundo os autores, a duas razões: a primeira, pela diminuição de 20% dos leitos (de 40 para 32 leitos); e a segunda, pelo aumento do tempo médio de permanência de 3,17 para 3,59 dias, fato ocorrido basicamente pela diminuição da oferta de vagas para transferência em hospitais psiquiátricos.

Quanto à média de transferência para hospitais psiquiátricos da região após a internação na UPU, pouco se modificou, passando de 32,3% no primeiro período, para 35,8% no período seguinte (Ballone & Citti, 1990).

Neste estudo, os autores demonstraram a mudança do perfil da UPU, que foi gradativamente se transformando em um Pronto Atendimento na sua porta de entrada. Porém, o decréscimo das internações na UPU aconteceu mais por fatores de ordem funcional como diminuição do número de leitos e aumento do tempo médio de permanência, do que por uma política desospitalizante, fato que pode ser comprovado pela manutenção do alto percentual de transferências para os hospitais psiquiátricos.¹⁴¹

Uma das alternativas para justificar o aumento do tempo médio de permanência foi a diminuição da oferta de vagas nos hospitais psiquiátricos. Todavia, naquele período, ainda não havia iniciado o processo de diminuição de leitos e hospitais na região de Campinas. Isto só ocorreu cerca de dois anos depois.

Certamente, dois outros fatores poderiam justificar a superlotação dos hospitais psiquiátricos na região: o primeiro seria a atitude administrativa, por parte dos hospitais conveniados, no sentido de manter um tempo médio de permanência alto para os pacientes internados, como forma de estar com os hospitais cheios, mesmo com a diminuição das internações.¹⁴² O segundo, e mais provável motivo, seria a prática, mesmo que proibida, de internação dos pacientes na porta do hospital psiquiátrico, justificando ao ERSA como casos de urgência.

¹⁴¹ Deve-se levar em consideração o "aspecto triador" de internações de serviços com este perfil, mas nota-se que muito pouco estava sendo feito para buscar alternativas verdadeiramente desospitalizantes, não apenas na UPU como certamente em toda a assistência psiquiátrica de Campinas.

¹⁴² Este tipo de situação encontra-se muito bem relatado no artigo de Ivan Figueira (1989) "*Fechamento de uma Enfermaria de 72 horas em uma emergência psiquiátrica do INAMPS: análise das possíveis causas do insucesso e sugestões preventivas*".

Esta questão mais uma vez, foi objeto de discussão em reunião da CIMS (18/05/89) e novamente se propôs a criação da Central de Vagas. O Grupo de Trabalho em Saúde Mental e a CIMS possuíam uma nova composição, o que certamente colaboraria para a viabilização de problemas antigos, como o da Central de Vagas (CIMS-Campinas - Livro-Ata,1989).

Após três meses, o Grupo de Saúde Mental apresentou à CIMS propostas operacionais referentes ao tema acima exposto. A Central de Vagas deveria se localizar em um serviço público, mais especificamente no Hospital Mário Gatti¹⁴³, fazendo-se um levantamento diário do número de vagas nos hospitais da região abrangidos pelo ERSA-27. A distribuição de vagas teria a moradia do paciente como critério de encaminhamento (regionalização), havendo, sempre que possível, uma distribuição equitativa entre os hospitais. Os pacientes agressivos teriam prioridade na solicitação de vagas. O Grupo de Saúde Mental entendia que a viabilização da Central de Vagas era fundamental no intuito de controlar as internações desnecessárias (CIMS-Campinas - Livro-Ata,1989).

A CIMS solicitou ao Grupo de Trabalho que operacionalizasse essa proposta o mais rápido possível e o local da Central de Vagas poderia ser na própria Secretaria Municipal de Saúde, pois diminuiria as despesas. Também deveria ser encaminhada à CRIS solicitação para bloquear a emissão de *Autorização de Internação Hospitalar-AIH* para os hospitais contratados, assim que fosse instituída a Central de Vagas¹⁴⁴ (CIMS-Campinas-Livro Ata,1989).

A UPU continuava com suas dificuldades habituais: excesso de pacientes atendidos, falta de vagas na Unidade, transferências para instituições psiquiátricas. No ano de 1989, o então chefe do Departamento de Neuropsiquiatria, Professor Dr. Lineu Correa Fonseca procurava alguém para coordenar o serviço de Psiquiatria. Após contatar alguns profissionais, inclusive fora da PUCCAMP, que recusaram por vários motivos, convidou o Professor Silvio Saidemberg, que havia sido contratado pela disciplina de Psiquiatria um ano antes, para ministrar o curso de Psicossomática para o sexto ano de medicina.¹⁴⁵

Tendo aceitado o convite e assumido a coordenação do serviço de Psiquiatria em 19 de janeiro de 1990, o Dr. Silvio Saidemberg propôs à equipe uma discussão ampla a respeito de um *Regimento Interno* que fosse norteador das ações assistenciais e acadêmicas, tanto da UPU, como do ambulatório de psiquiatria. Pela primeira vez, buscava-se definir uma identidade para o serviço de psiquiatria da PUCCAMP.

Marcada a reunião para 10 de março de 1990, o novo chefe do serviço de Psiquiatria apresentou um anteprojeto para ser discutido. Durante todo o dia, vários profissionais manifestaram suas posições quanto ao que deveria ser modificado na estrutura assistencial e acadêmica do serviço, delineando-se por fim, um Regimento Interno amplo. Para um dos participantes desta reunião, o Regimento tinha como objetivo estabelecer normas para o funcionamento do serviço de Psiquiatria, com uma filosofia predominantemente voltada para o trabalho multidisciplinar.

¹⁴³ Pronto-Socorro Municipal de Campinas que não atendia pacientes psiquiátricos.

¹⁴⁴ A orientação de solicitação para a CRIS do bloqueio de AIH se deve ao fato das vagas serem regionais e alguns hospitais estarem localizados fora do município de Campinas.

¹⁴⁵ Havia dois anos que os alunos do sexto ano médico passavam um mês no internato de Psiquiatria.

"A idéia que tínhamos era sair do papel de prestador de serviço com uma rotina pré-determinada externamente e buscar uma estrutura de serviço com característica e dinâmica própria no intuito da reabilitação do paciente. Eu achava, por exemplo, que a questão dos três dias de internação era algo muito rígido para um serviço que além de assistencial também era acadêmico. Por que não dividir a enfermaria da UPU em leitos de internação curta para a função basicamente assistencial e leitos de internação longa para atender às questões acadêmicas? "
(E.17)

O *Regimento Interno* deveria definir uma meta de trabalho na qual, após o paciente receber alta, seria encaminhado para os serviços ambulatoriais, se possível do próprio HMCP. Quando internado, o paciente não seria atendido apenas na concepção médica clássica de diagnóstico e tratamento medicamentoso, mas baseado em um modelo biopsicossocial.

Era um Regimento bastante abrangente, em que se tratava desde a proposta filosófica do serviço até questões como vestimenta dos pacientes e horário de visita dos familiares. Na verdade, apesar de ter sido uma experiência única na história do serviço, este Regimento jamais foi colocado em prática.

Vários poderiam ser os motivos para justificar tal fato. Porém devemos compreender que o movimento político interno do serviço de Psiquiatria continuava tenso. Em primeiro lugar, o Dr. Silvio Saidemberg, ao assumir a chefia do serviço, não possuía apoio interno. Apesar de ser professor de Psiquiatria no sexto ano, sua carga horária era pequena. Sem qualquer tipo de relação com os profissionais da UPU e do ambulatório, o Dr. Silvio era visto como alguém que "veio de fora" para coordenar o serviço.

Outro aspecto a ser enfatizado era o fato do Dr. Silvio não fazer parte da estrutura cotidiana da UPU, desconhecendo sua dinâmica e dificuldades, recebendo críticas veementes ao seu trabalho, mesmo tendo o apoio do Departamento de Neuropsiquiatria.

Mais uma vez, a UPU vivia suas crises internas, não conseguindo responder a qualquer tipo de articulação externa que se apresentasse. Isso foi detectado por uma profissional que não fazia parte da UPU, mas acompanhava a distância.

" A sensação que eu tive era que a UPU tinha um papel muito importante na região pois deveria ser a porta de entrada dos pacientes em crise. Porém o que eu notei era que a UPU estava totalmente desarticulada do sistema de saúde mental. O modelo era muito fechado, com pouco entrosamento entre os profissionais, não existindo um projeto da UPU, mas sim um projeto pessoal. Dependendo do plantonista, por exemplo, a dinâmica era diferente, começando a surgir problemas entre a UPU e o Hospital Cândido Ferreira devido aos critérios de internação "(E.5).

Uma questão levantada pela entrevistada que deve ser salientada, referia-se aos plantonistas do PS, que tinham diferentes atitudes na porta de entrada do serviço. O ponto central era a constante falta de vagas na enfermaria, provocando a necessidade de transferência direta de pacientes em crise para os hospitais psiquiátricos, sem passar pela enfermaria da UPU.

Esta era uma questão crucial, pois se esbarrava na definição da função da enfermaria da UPU: serviço assistencial ou acadêmico?

No ano de 1990, por exemplo, a UPU tornara-se campo de estágio para residentes em Psiquiatria e estudantes do quarto e sexto ano de Medicina, assim como dos de Terapia Ocupacional, Psicologia e Enfermagem. Ao mesmo tempo em que o PS solicitava vagas para internação na enfermaria, os docentes se queixavam da rotatividade de 72 horas dos pacientes. O aluno acompanhava o caso um ou dois dias e, no terceiro dia, o paciente estava de alta ou era transferido. Por outro lado, manter o paciente internado por um período maior, além do HMCP não receber a diária por ter extrapolado o tempo de internação, criava uma situação de "estrangulamento" na porta do PS. Houve momentos em que a enfermaria estava lotada, a sala de observação com os quatro leitos ocupados e ainda uma fila de espera com cerca de doze pacientes em crise aguardando vaga, nem que fosse na *sala de observação*. Enquanto isto, os hospitais psiquiátricos permaneciam lotados, oferecendo, quando muito, uma vaga ao dia.

Esta situação caótica motivou o encaminhamento de um *ofício do coordenador da UPU* para a *assessora de saúde mental do ERSA*, em agosto de 1990; transcrito abaixo:

"Prezada Osmarina

Através desta levo ao conhecimento do ERSA, bem como dos interessados na lide com a Saúde Mental da região, nosso seguinte posicionamento:

- Há mais ou menos quinze dias não têm sido oferecidas à nossa Unidade de Psiquiatria da PUCCAMP, vagas para internações suficientes à demanda. Se, anteriormente, este número era de aproximadamente dez a doze vagas por dia, evidentemente aproveitadas apenas em parte por nosso serviço, hoje não aparece mais de uma vaga por dia entre todos os hospitais da região.

- Em não havendo disponibilidade de vagas, o propósito de internação breve desta Unidade fica seriamente prejudicado. Em outras palavras, não havendo porta de saída, congestionam-se a porta de entrada e, como consequência, os 90% de pacientes que se beneficiavam da internação breve sem que fossem internados em hospitais de crônicos deixam de receber este nosso tratamento emergencial. Isso em decorrência de nossa Unidade estar represando um número crescente de casos crônicos com diminuição progressiva da vaga dos casos agudos.

- Pelo tal, solicitamos encarecidamente que providências neste sentido sejam tomadas urgentemente e, a título de contribuição, sugerimos uma efetiva observação acerca das internações procedidas diretamente pelos hospitais psiquiátricos; reivindicação desta Unidade que, se bem lembrarmos, tem sido constantemente postulada desde Abril de 1987.

Atenciosamente, Geraldo Ballone "
(Ballone, Ofício encaminhado à Assessoria de Saúde Mental-ERSA-27, 17/08/90).

A questão de vagas para internação em Campinas, que estava tornando-se insolúvel, foi, de certa forma, resolvida a partir de duas medidas importantes. A primeira foi a *Secretaria Municipal de Saúde de Campinas* assumir, em 1990, através de um processo de co-gestão, o *Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira*, que passava por grave situação econômica e precárias condições de atendimento, com cerca de 70% dos pacientes em situação asilar. Imediatamente após o início da co-gestão, criou-se uma enfermaria de agudos, com cerca de 40 leitos, transformando-se em referência para as enfermarias psiquiátricas da PUCCAMP e UNICAMP.¹⁴⁶

A segunda medida foi a formação de uma *Comissão Interinstitucional de Saúde Mental*, de que participariam, também, os hospitais psiquiátricos da região, sob a coordenação do ERSA. A proposta inicial da Comissão foi a criação de uma *Central de Vagas* cujo objetivo principal era a racionalização dos leitos psiquiátricos e a descentralização dos laudos de AIH para os serviços que possuíssem equipes de saúde mental, retirando-os dos hospitais psiquiátricos. Esta medida resolveria problemas básicos: a possibilidade de serviços como centros de saúde, ambulatórios e serviços de psiquiatria em hospital geral solicitarem vagas diretamente à Central de Vagas, e não mais ao hospital psiquiátrico. Este, por sua vez, não teria mais como internar diretamente, porém, se internasse, deveria comunicar imediatamente a Central de Vagas, para diminuir as vagas disponíveis naquele hospital.

Na verdade, esta era uma forma de controlar as internações ditas de "*urgência*" na porta do hospital. Se este tipo de situação fosse constante em uma determinada instituição, a *Unidade de Avaliação e Controle - UAC* do ERSA iria até lá e avaliaria a real necessidade para a emissão da AIH. Caso não houvesse, o SUDS não remuneraria.

Decidiu-se então que a Central de Vagas, a partir de *15 de outubro de 1990* funcionaria durante a semana na sede administrativa do ERSA e à noite e finais de semana, na UPU do HMCP. Os municípios que se utilizariam da Central de Vagas seriam os que compunham o ERSA - 27¹⁴⁷ e os Hospitais para referência seriam os da região ¹⁴⁸, perfazendo - se um total de 1446 leitos¹⁴⁹

¹⁴⁶ Devido o Hospital Cândido Ferreira ter se transformado em serviço de referência da UPU, que um dos entrevistados colocou a questão dos atritos existentes entre estes dois serviços quanto aos critérios de internação.

¹⁴⁷ Americana, Campinas, Cosmópolis, Indaiatuba, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Santa Bárbara D'Oeste, Sumaré, Valinhos e Vinhedo.

¹⁴⁸ Clínica de Repouso e Seara de Americana, Clínica de Repouso Indaiá de Indaiatuba, Hospitais Bierrembach de Castro, Cândido Ferreira, Vale da Alvorada e Tibiriçá de Campinas, além das enfermarias da UNICAMP e PUCCAMP

¹⁴⁹ O número de leitos diminuiu para 995, alguns meses depois com o fechamento dos Hospitais Bierrembach de Castro e Vale do Alvorada.

(Secretaria de Estado da Saúde, 27/08/90).

No ano de 1991, a UPU viveu mais um momento de crise interna, quando o Dr. Ballone solicitou afastamento, por um período de dois anos, das suas funções docentes da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP e da coordenação da UPU. Os residentes tentaram viabilizar o nome de um plantonista recém-chegado ao serviço para coordenador da UPU e o Dr. Silvio Saidemberg desejava indicar um profissional de sua confiança. A situação chegou a um nível de radicalização que profissionais foram demitidos, residente afastado e o serviço mais uma vez esteve à deriva, prenunciando novos períodos de turbulência.

Talvez, a percepção de alguém que não fazia parte da UPU, melhor definisse o serviço:

" A UPU se caracterizava enquanto um serviço que não possuía um projeto próprio, mas sim vários projetos pessoais."(E.5)

Esta realidade, evidentemente, se refletia na proposta terapêutica da Unidade, cuja funcionalidade se mantinha com o perfil estritamente medicamentoso, em um espaço pequeno, com uma equipe de funcionários pouco treinada para trabalhar com pacientes em situação de crise e a equipe técnica não conseguindo desenvolver uma proposta de trabalho no mínimo uniforme. Assim diagnosticou uma profissional não médica do serviço:

"O modelo de funcionamento do serviço era muito antigo, parecendo que não foi possível se adaptar a uma nova proposta de saúde mental. A própria forma, localização, espaço físico, o uso prioritário de medicações, a falta de treinamento aos profissionais de enfermagem, com pacientes extremamente agitados, tudo isto transformava a UPU em uma 'bomba-relógio cotidiana'. O que se observava era que não havia qualquer tipo de organização, com todos os setores bastante inadequados, fazendo o possível para reverter uma situação caótica. O exemplo mais fidedigno da situação foi a criação de um grupo de alta, em que os psiquiatras não participavam e davam alta ao paciente sem informar os profissionais que coordenavam o grupo. Quando você ia chamar o paciente para o grupo, era informado pelos outros pacientes ou pela equipe de enfermagem que ele já havia ido embora no dia anterior"
"(E.18)

A mesma profissional definiu, de forma bastante crítica, a situação de internação do paciente na UPU, sem qualquer tipo de recepção e orientação:

"O paciente chegava não entendendo muitas vezes porque estava sendo internado, não sendo recepcionado no serviço e sendo despojado de todos os pertences. Foi tentado por um período curtíssimo que membros da equipe recepcionassem o paciente, mas esta proposta não foi adiante devido à pouca participação dos profissionais. Na verdade, os profissionais estavam pouco comprometidos com o serviço, sendo que os médicos não conseguiam desenvolver outras atividades que não medicar. Eles não conseguiam participar de atendimentos grupais por falta de preparo; tentava-se romper a visão organicista e medicamentosa, mas toda a vez que o serviço saía do funcionamento esperado, optava-se pela dinâmica tradicional. O paradigma da loucura enquanto doença orgânica predominava no serviço "(E.18)

Como a UPU não conseguia responder aos anseios de uma política de saúde mental que se desejava para Campinas, a Secretaria Municipal de Saúde desencadeou o processo de criação de uma Unidade Psiquiátrica de Urgência própria, em 1991.

Na justificativa apresentada, a Secretaria Municipal de Saúde alegava a necessidade de haver mais uma Unidade, visto que Campinas, por possuir uma população estimada em 1.200.000 habitantes, vivia situação de estrangulamento com apenas uma Unidade de Urgência. O próprio Ministério da Saúde, em seu *Manual de Orientações para Funcionamento e Supervisão dos Serviços de Saúde Mental*(1988), preconizava a existência de um serviço de emergência psiquiátrica para uma população estimada em 600.000 habitantes. Esta Unidade teria, inicialmente, cerca de 20 leitos, localizando-se na Santa Casa de Campinas, em um processo de cogestão entre a *Irmandade de Misericórdia* e a *Prefeitura Municipal*. Prefeitura Municipal de Campinas, 1991)

Em dezembro de 1991, o Secretário Adjunto da Secretaria do Estado da Saúde, Dr. Marcos Toledo Ferraz, aprovou a proposta, encaminhando ao chefe da Coordenadoria Regional de Saúde-4 (Macro-Região de Campinas), Luiz Ricardo Barbosa Ulson. Este que também aprovou, salientando que o município já havia providenciado parte da reforma do espaço físico e contratado os profissionais para o funcionamento da Unidade. O Estado ficaria responsável pela contrapartida financeira para equipar o serviço e terminar a reforma. No entanto, não existia, naquele momento, verba para viabilizar o projeto.

Durante todo o ano de 1992, o Projeto tramitou por vários setores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e pela Secretaria Estadual de Saúde. No final do ano ocorreram eleições para prefeito e a Unidade Psiquiátrica de Urgência Municipal mais uma vez não se viabilizou.

VI.3.2 : O Convênio Juqueri/PUCCAMP

No dia 30 de agosto de 1988, foi lançado o primeiro edital para o concurso de Residência Médica do Hospital e Maternidade Celso Pierro para o ano seguinte, sem no entanto abrir vagas para Psiquiatria, afinal o Departamento de Neuropsiquiatria não havia conseguido reverter a posição do Professor Dr. Sully Urbach.

Alguns problemas começavam a ocorrer no *Convênio Juqueri/PUCCAMP*, sendo um dos mais graves, naquele ano de 1988, a liberação de verba pela Secretaria de Estado da Saúde. O Convênio, assinado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a PUCCAMP, na sua *Cláusula Segunda - Dos Compromissos da Universidade*, afirmava no item 5, o seguinte:

"Apresentar (A Universidade), anualmente, até o dia 31 de outubro, 'Plano de Execução de Trabalho e de Aplicação dos Recursos', para o exercício seguinte, elaborado conforme instruções da Coordenadoria de Saúde Mental indicativas, dentre outros, da finalidade e limites na aplicação dos recursos concedidos, para o integral cumprimento dos objetivos deste Convênio."(Secretaria de Estado da Saúde-Convênio CSM/PUCCAMP,1986)

Ainda na mesma Cláusula Segunda, item 9 -

"Apresentar, mensalmente e até o dia 10 do mês seguinte ao da realização das atividades, prestação de contas das importâncias aplicadas no mês anterior."(Secretaria de Estado da Saúde-Convênio CSM/PUCCAMP,1986)

O Convênio propunha que a Universidade, até o dia 31 de outubro de cada ano, estabelecesse um *Plano de Execução de Trabalho* para o ano seguinte. Neste Plano, além de descrever as atividades a serem desenvolvidas pelos residentes, apresentaria a previsão de despesas para o próximo exercício. Por exemplo, no *"Plano de Execução de Trabalho e Recursos para 1988"*, o coordenador do convênio, Dr. Sully Urbach, detalhou as despesas que ocorreriam para aquele ano, dividindo-as em três tipos: a) *remuneração de docentes e pessoal técnico - auxiliar;* b) *remuneração de docentes convidados pelo convênio;* c) *material de consumo.* (PUCCAMP-Plano de Exec.,1987)

Todos os meses, até o dia 10 do mês seguinte ao da realização das atividades, a Universidade, através da Faculdade de Ciências Médicas, deveria prestar contas à Secretaria Estadual de Saúde das importâncias aplicadas no mês anterior. Assim sendo, haveria a liberação da verba para remuneração dos profissionais e reposição de material de consumo.

No entanto, em 1988, os profissionais ficaram cerca de seis meses sem receber do Convênio, fato que criou um clima de mal-estar entre os preceptores da Residência Médica, principalmente em um ano com índice inflacionário atingindo 27% ao mês. O motivo pelo atraso na liberação da verba não foi esclarecido e no dia 10 de maio de 1988, o Dr. Sully encaminhou ao *Diretor Financeiro da PUCCAMP*, Dr. Pedro Rampazzo, ofício informando que haveria uma auditoria na UPU por representantes dos Ministérios da Educação, Saúde e Previdência Social na semana seguinte. No item - 3 do ofício, o Dr. Sully questionava a respeito da documentação da PUCCAMP em relação ao Convênio, que estaria incompleta.

"Do ponto de vista educacional (treinamento de recursos humanos) a UPU depende do Convênio PUCCAMP/ Secretaria de Saúde e, como V.S. sabe, o Convênio está suspenso, por falta de regularização dos documentos contábeis junto à Secretaria da Saúde. Convém lembrar, Dr. Pedro, que a D. Bernadete, responsável pelas contas na Secretaria da Saúde, reclama que desde dezembro de 1986, os documentos da PUCCAMP estão incompletos."
(Urbach, Correspond., 10/05/88).

A resposta do Dr. Pedro Rampazzo a este questionamento foi seca:

" A afirmativa do item - 3 não é do conhecimento da Diretoria Financeira. "(Urbach, Corresp.12/05/88)

Segundo importante profissional ligado ao HMCP, o Convênio havia sido assinado diretamente pelo Reitor, não passando pela Faculdade de Ciências Médicas, nem pela Superintendência do HMCP:

" A informação que tínhamos era que o Dr. Sully preparava o orçamento do Convênio, mensalmente liberado pela Secretaria da Saúde. Quando o Dr. Sully questionou a Diretoria Financeira da PUCCAMP, esta afirmou não poder prestar contas de um dinheiro a que a PUCCAMP nunca tivera acesso. A Mantenedora da Universidade também não tinha qualquer conhecimento deste dinheiro e, por isso mesmo, não tinha como prestar contas à Secretaria da Saúde" (E.10).

As informações na época eram as mais desconstruídas possíveis, sendo que alguns preceptores entraram em contato direto com a Secretaria de Saúde, que informava não poder liberar a verba devido à falta de prestação de contas pela PUCCAMP. Ao ser questionado, o Coordenador do Convênio afirmava que os documentos de prestação de contas estavam em ordem e haviam sido liberados para a Secretaria da Saúde.

O desencontro de informações foi tornando o ambiente da residência médica cada vez mais tenso, com forte descontentamento por parte dos preceptores que não recebiam havia vários meses. No entanto, apesar de todas essas pendências, no dia 23 de novembro de 1988, na Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo, o Professor José Aristodemo Pinotti, Secretário de Estado, e o Reitor da PUCC, Dr. Eduardo Pereira Coelho, assinaram Termo Aditivo do Convênio Juqueri/PUCCAMP, transferindo para a Universidade a importância de Cz\$ 1.093.180,14, conforme previsto na Cláusula Sexta do referido acordo (Secretaria de Estado da Saúde-Proc. 4220/86, 1988).¹⁵⁰

Em dezembro de 1988, os preceptores e o corpo técnico-auxiliar do Convênio receberam os salários atrasados, sem, no entanto, nenhum tipo de correção inflacionária.

A partir de 1988, o Convênio Juqueri/PUCCAMP aprovou 14 residentes para o primeiro

¹⁵⁰ Cláusula Sexta - Do critério de Suplementação - "A Secretaria poderá, dentro de suas possibilidades e de acordo com as necessidades, suplementar a verba dotada." (Secretaria de Estado da Saúde-ConvênioCSM/PUCCAMP, 1986)

ano(R1) e o grupo foi dividido em duas turmas de sete residentes. Na programação de atividades, definiu-se que, às segundas-feiras, todos os R1 estariam no Hospital do Juqueri onde haveria, pela manhã, reunião clínica com os preceptores daquele hospital e à tarde, teriam curso de Psicologia Médica. Nos outros dias da semana, o grupo que estivesse passando pelo Hospital do Juqueri teria, como rotina, no período da manhã, atividades na enfermaria de agudos e na Pré-Internação e no período da tarde, cursos teóricos de Psiquiatria Clínica, Psicopatologia, Terapêutica Psiquiátrica e Supervisão de casos clínicos.

O grupo que estivesse no HMCP teria, no período da manhã, atividades na UPU e no período da tarde, cursos de Psicopatologia, Semiologia Psiquiátrica, Psicofarmacologia e, no final da tarde, ambulatório de Psiquiatria Clínica.

As atividades dos sete residentes do segundo ano (R2) seriam unicamente na PUCCAMP: pela manhã eles supervisionariam os leitos dos R1 e à tarde teriam cursos teóricos de Psicoterapia Analítica, Psicoterapia Breve e Psicodrama. Após os cursos teóricos, os R2 fariam ambulatórios de Psiquiatria Clínica, Psicoterapia de Grupo, Neurologia (Um residente revezando a cada dois meses) e supervisão de ambulatório para residentes do primeiro ano. Além dessas atividades, os R2 dariam monitoria para os alunos de graduação de Psicologia, às sextas-feiras de manhã.

As atividades dos residentes do terceiro ano (R3)-opcional, seriam quase que exclusivamente na UPU (exceto às segundas-feiras, em que estariam no Hospital do Juqueri), desenvolvendo práticas assistenciais e de pesquisa, predominantemente voltados para a Psiquiatria Social.

A *Comissão de Residência Médica do Convênio Juqueri/PUCCAMP- COREME*, formada pelo chefe de Clínica do Pavilhão-Escola do Juqueri, pelo Coordenador do Convênio como seu presidente, por um representante docente e por um representante de cada ano de residência, reunia-se mensalmente para discutir as questões da Residência Médica. No entanto, em 1988, com a perspectiva de ser criada uma residência em Psiquiatria no HMCP, ocorreu um acirramento de ânimo por parte dos docentes do Convênio e dos residentes.

Os docentes ligados ao Hospital do Juqueri sentiam-se desprestigiados com a possibilidade da criação de uma residência própria da PUCCAMP, o que poderia levar, inclusive, ao rompimento do Convênio.

Os residentes, por sua vez, começaram a fazer comparações entre os estágios do Juqueri e os da PUCCAMP, levando este clima para as atividades. Segundo um docente do Convênio, com atividades na PUCCAMP, praticamente não existiam reuniões entre os docentes, sendo que ele, por possuir poucas horas na instituição, recebia informações pelos residentes, observando um clima de conflito.

"Nós professores da residência, recebíamos informações pelos residentes, pois não tínhamos reuniões com o Coordenador do Convênio. Estas informações eram desencontradas, com vários boatos, clima de competição entre Campinas e Franco da Rocha, cada um querendo mais tempo para os residentes, e estes emitindo opiniões onde aprendiam mais, enfim, vários níveis de conflito" (E.7).

Em abril de 1989, o Dr. Sully solicitou afastamento do cargo de Coordenador da UPU e de chefe de serviço de Psiquiatria da PUCCAMP mantendo suas funções de docente das Faculdades de Medicina e Psicologia e Coordenador do Convênio Juqueri/PUCCAMP. O seu afastamento não

modificou o Programa de Residência do Convênio para aquele ano, porém criou condições para viabilizar a Residência própria em Psiquiatria do HMCP. Isto pode ser observado na Ata da reunião do Departamento de Neuropsiquiatria do dia 20 de abril quando o Dr. Sully encaminhou o Ofício de pedido de demissão da função de coordenador da UPU e um membro do Departamento colocou a necessidade em pleitear a Residência. Consta na Ata, os seguintes termos:

"O Dr. Alexandre coloca que é a hora do Dr. Ballone pleitear a residência em Psiquiatria, já que o Dr. Sully não pode mais impedir." (PUCCAMP-Departamento de Neuropsiquiatria - Livro-Ata, 1989).

No dia 20 de junho de 1989, o Dr. Ballone, então novo coordenador da UPU, encaminhou Ofício ao Superintendente do HMCP, Dr. Roque Balbo, solicitando apreciação do *Projeto de Programa para Residência Médica em Psiquiatria* a ser pleitado junto à Comissão Nacional de Residência Médica (Ballone, Ofício encaminhado ao Superintendente do HMCP, 20/06/89).

O Programa encaminhado para a CNRM apresentava os requisitos exigidos por esta Comissão. As atividades práticas compreenderiam o Pronto-Socorro, Enfermaria e Ambulatório de Psiquiatria, todos localizados no HMCP. Quanto às atividades teóricas, seriam desenvolvidos cursos de Psicofarmacologia, Psicoterapia, Neurologia, Saúde Mental e Técnicas Grupais.

A Residência Médica em Psiquiatria estaria subordinada à COREME do HMCP e a bolsa dos residentes seria paga pela instituição. Por fim, havia a solicitação de três vagas e o *Programa de Residência Médica em Psiquiatria do HMCP* iniciaria suas atividades em 20 de janeiro de 1990.

Em 05 de setembro de 1989, o Presidente da COREME do HMCP, Dr. Alberto Liberman, encaminhou Ofício ao coordenador da UPU, informando que a CNRM autorizara a abertura da Residência Médica em Psiquiatria para o ano seguinte, com 03 vagas anuais. Porém, neste mesmo Ofício, o Dr. Liberman afirmou :

"O Conselho Técnico-Administrativo do HMCP resolveu também tolerar em caráter precário 03 residentes do segundo ano em 1990 do Convênio PUCCAMP/Juqueri, sem pagamento da Bolsa Residente" (COREME - HMCP, 1989 - Grifo nosso).

Isto significava que o HMCP não desejava a continuidade do *Convênio Juqueri/PUCCAMP*, porém este não havia sido rompido, o que deixava, de certa forma, a instituição em posição desconfortável. Mas, um fato novo, de significativa gravidade, surgiu no período. Os residentes que haviam completado seu Programa no final de 1987, através do Convênio (Primeira turma que iniciou suas atividades no começo de 1986), não estavam conseguindo o certificado de conclusão da Residência Médica, pois a CNRM alegava que este Programa não havia sido credenciado.

Em outubro de 1989, o Dr. Ballone trouxe esta questão para a reunião do Departamento de Neuropsiquiatria, sendo que este se esquivou de tomar qualquer atitude, visto que o Convênio, oficialmente, nunca havia passado pelo DNP, por isso não o reconhecia (PUCCAMP-Departamento de Neuropsiquiatria - Livro-Ata, 1989).

Em janeiro de 1990, o Dr. Silvio Saidemberg foi convidado pelo Departamento de Neuropsiquiatria a coordenar o serviço de Psiquiatria do HMCP, tendo aceitado.

No dia 19 de janeiro, o Reitor da PUCCAMP, Dr. Eduardo Coelho, encaminhou ofício ao Dr. Sully Urbach, alegando que, devido ao *Convênio Juqueri/PUCCAMP* ter interfaces e interesses comuns com o serviço de Psiquiatria do HMCP, decidira nomear o Dr. Silvio Saidemberg como coordenador também do Convênio. Sendo assim, o Dr. Sully perdia a coordenação do Convênio Juqueri/PUCCAMP, ficando apenas como docente da Universidade (PUCCAMP- Gabinete do

Reitor, Of. 059/90, 1990).

Como haveria em 1990 o início do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do HMCP, ficou acordado entre a PUCCAMP e o Hospital do Juqueri que os residentes do primeiro ano do Convênio não passariam pelo HMCP naquele período e apenas os residentes do segundo ano desenvolveriam suas atividades neste hospital, em dois grupos de sete residentes por semestre. No entanto, os residentes do segundo ano do Convênio se recusaram a iniciar o estágio na PUCCAMP, enquanto não fosse resolvida a questão do certificado de conclusão da Residência Médica das turmas de 1987 e 1988.

Assumindo a coordenação do Convênio, o Dr. Silvio Saidemberg procurou esclarecer os motivos pelos quais a Comissão Nacional de Residência Médica não estava liberando os certificados. Ao encaminhar solicitação de informações, foi informado pela Secretária Executiva da CNRM, Sra. Maria Marly Nicolini, que em 1988, o Dr. Carlos Eduardo Paitl, dessa Comissão, fez uma visita ao Programa que havia solicitado credenciamento. Logo após, a CNRM enviou ofício ao então coordenador do Programa, Dr. Sully Urbach, cobrando algumas folhas que haviam sido encaminhadas erradas. A Secretária Executiva da CNRM informou, em resposta ao Dr. Silvio, no dia 13 de março de 1990, "que até aquele momento não havia recebido as referidas folhas"(Comissão Nacional de Residência Médica, Of 998/90, 1990).

Em anexo a esta resposta, havia a cópia datada de *04 de outubro de 1988* em que a CNRM cobrava do Coordenador do Convênio os documentos que faltavam para o credenciamento:

"Informamos a V.Sa. que, até a presente data, não recebemos as folhas 01; 02; 03; 04; 05; 06; 07; 10; 12; 13 e 14 do Pedido de Credenciamento de Programas devidamente preenchidas, apesar de havermos fornecido as orientações necessárias.

Desta forma, o processo de credenciamento do projeto de Programas de Residência Médica em Psiquiatria encontra-se parado e só poderá ser levado à sessão plenária, após sua complementação com as referidas folhas, motivo pelo qual solicitamos que essas folhas nos sejam enviadas com a máxima brevidade"
(Comissão Nacional de Residência Médica, 5965/88, 1988).

Tais ofícios deixavam a situação bastante clara, ou seja, foram solicitados alguns documentos que faltavam para completar o processo de credenciamento do *Programa de Residência Médica do Convênio Juqueri/PUCCAMP*, porém estes documentos não teriam sido enviados para Brasília, ou teriam sido extraviados, por isso o processo de credenciamento estava parado.

Estas informações surpreenderam um dos médicos do Hospital do Juqueri no Programa de Residência Médica:

"No decorrer de 1988, quando o então coordenador do Convênio mandou o pedido de credenciamento da Residência, logo depois veio uma solicitação da Comissão Nacional de Residência Médica para que fossem retificadas algumas folhas do processo. Algum tempo depois, ele nos comunicou que já havia mandado retificar e teria enviado à Comissão estas folhas. Após, começou a haver um desentendimento interno na PUCCAMP, mas o Juqueri achava que o credenciamento estava feito. Só quando alguns residentes começaram a nos procurar informando que não estavam conseguindo os certificados de conclusão da residência, e o Silvio recebeu a carta da Comissão Nacional de Residência Médica, que percebemos que a situação não estava resolvida.

P - O que poderia ter acontecido?

R - Não sei, talvez as folhas não tivessem sido enviadas, ou quem sabe, se perderam... " (E.13)

Os residentes do Juqueri insistiam em fazer o estágio na UPU apenas quando a situação estivesse regularizada, ou seja, quando os antigos residentes recebessem seus certificados. Criou-se assim um impasse, pois a *COREME do HMCP* exigia que os residentes iniciassem o Programa no HMCP até *20 de março de 1990*. Um dia antes desta data, o Dr. Silvio Saidemberg e o Dr. Rui Benedito Mendes Filho (responsável pelo Programa no Hospital do Juqueri) se reuniram para discutir o que poderia ser feito diante de tal situação. A solução encontrada junto à Superintendência do Hospital foi prorrogar por mais um mês a ida dos residentes para o HMCP, desde que não prejudicasse as atividades programadas para o seu treinamento.

No entanto, mais uma questão estava pendente: definir quem assinaria os certificados, bem como quem seria o responsável por regularizar a documentação exigida pela CNRM.

Segundo carta do Dr. Silvio endereçada ao Dr. Rui, datada de *21 de março de 1990*, o Departamento de Neuropsiquiatria da PUCCAMP não possuía nenhum documento que comprovasse a existência deste Programa de Residência, sendo assim essa Residência não era reconhecida pela PUCCAMP. Por fim, o Dr. Silvio informava que entrara em contato telefônico com a CNRM, a qual respondera que aguardaria o encaminhamento da documentação até 30 de março. (Saidemberg, Correspondências, 21/03/90)

Em resposta, o Dr. Rui encaminhou carta ao Dr. Silvio, datada de *10 de abril de 1990*, afirmando que evidentemente a PUCCAMP sabia da existência da Residência Médica por ter sido partícipe do Convênio, recebendo verba da Secretaria Estadual da Saúde, conforme previsto pelo Termo de Convênio assinado pelas partes. Citou vários fatos e documentos, provando a existência do Programa, invocando o Regimento Interno da Residência Médica do Programa e demonstrando que era função do Professor da disciplina de Psiquiatria e Coordenador da Residência estabelecer a ligação entre a PUCCAMP e o Convênio:

"De acordo com o Regimento da Residência, eram atribuições do Professor da disciplina de Psiquiatria e Coordenador da Residência:

'Fazer cumprir este Regimento nas áreas de assistência diretamente ligadas à PUCAMP.

Estabelecer a ligação entre a PUCAMP e a Residência Psiquiátrica, como representante da COREME, e dentro de suas atribuições de Professor Titular e Coordenador da Residência.

Coordenar o planejamento e a execução do programa de Residência, especialmente no tocante à expansão das atividades no Campus II da PUCAMP.

Coordenar e supervisionar o planejamento e a administração da verba do Convênio do Programa de Saúde Mental, destinada à Residência Psiquiátrica, através da Assessoria Administrativa da PUCAMP.

Estabelecer as comunicações necessárias entre a COREME e a CNRM, no tocante ao planejamento, coordenação e supervisão do programa da Residência, apresentando, para aprovação da CNRM, as modificações eventuais determinadas pela COREME" (MendesFilho, Correspondência 10/04/90)

Diante do Regimento Interno e dos fatos que comprovavam a existência da Residência no HMCP-PUCAMP, o Dr. Rui Benedito afirmou:

"Se não consta um único documento que confirme o Programa de Residência nos Serviços de Psiquiatria do Departamento de Neuropsiquiatria da PUCAMP, desde 1987, como sendo o Programa Oficial da Residência do Convênio PUCAMP/SES, que abrange a área de Franco da Rocha (SUDES - 14), trata-se de irregularidade referida pelos próprios Serviços do Departamento de Neuropsiquiatria da PUCAMP, ao qual pertencia o Prof. Dr. Sully Urbach, o que não é da nossa competência, enquanto coordenador da área de Franco da Rocha"(Mendes Filho, Correspondência, 10/04/90).

Em relação à questão das retificações do credenciamento, o Dr Rui também citou em sua resposta ao Dr. Silvio:

"Quanto ao envio das retificações do Pedido de Credenciamento, para que seja regularizado, também não são de nossa competência neste SUDS - R - 14, como confirmam os of. 988 (13 de março de 1990) e of. 5965 (04 de outubro de 1988).

Entretanto, a título de cooperação, e dada a importância da questão, incumbimo - nos de contribuir para com a regularização do credenciamento, com o aval de V.S. "

Por fim, o Dr Rui concluiu:

"Não é justo que os médicos residentes, que exerceram seu treinamento em serviços no SUDS - R 14 e no HMCP da PUCCAMP, sejam os principais prejudicados por irregularidades atribuíveis à PUCCAMP. Atribuíveis à PUCCAMP, sim, pois sejam quais forem as responsabilidades individuais, tratava-se de profissionais da PUCCAMP, e de serviços do HMCP, e se os médicos residentes exerceram atividades no próprio HMCP, sem o conhecimento da Superintendência e da Diretoria Clínica, isto aponta para falhas graves da instituição "(Mendes Filho, Correspondência, 10/04/90).

Na verdade, quando da criação do Convênio Juqueri/PUCCAMP, o Programa de Residência Médica não foi submetido ao Departamento de Neuropsiquiatria e nem à Superintendência do HMCP, fato que os desincompatibilizava de qualquer responsabilidade pela emissão dos certificados.

Em 24 de abril de 1990, o Dr Silvio enviou outra carta ao Dr. Rui, alegando desconhecimento de várias questões levantadas por este na correspondência anterior, já que na época ele não era o Coordenador do Convênio. Por fim, o Dr Silvio afirmou que os médicos residentes deveriam receber o certificado, porém a PUCCAMP e o HMCP se sentiam desobrigados de emití-los.

"A Disciplina de Psiquiatria do Departamento de Neuropsiquiatria não poderá simplesmente endossar decisões tomadas sem seu pleno conhecimento, apesar do nosso empenho em ajudar e colaborar com o colega no que fizer necessário.

É parecer da Coordenação atual da disciplina de Psiquiatria da PUCCAMP que não é responsabilidade da disciplina de Psiquiatria e dos serviços de psiquiatria do HMCP, a expedição deste certificado baseado na documentação existente que nos foi colocada à disposição até o momento, e sobre isto discutimos no HMCP e PUCCAMP em todos os níveis" (Saidemberg, Correspondência, 24/04/90).

Em nova carta endereçada ao Dr. Silvio Saidemberg, datada de *03 de maio*, o Dr. Ruy Benedito, mais uma vez relatou todos os fatos desde a assinatura do Convênio, estranhando a inexistência dos documentos referentes ao Convênio e à Residência Médica no HMCP e na PUCCAMP. Também estranhou que o Dr. Sílvio desconhecesse alguns fatos referentes a este Programa, se pessoas como o Dr. Roque Balbo (Superintendente do HMCP), Dr. Lineu Correa Fonseca (Chefe do DNP) e o Dr. Sully Urbach (Docente da FCM) faziam parte da PUCCAMP e seriam facilmente contactadas para esclarecimentos.

O Dr. Ruy finalizou a carta, afirmando:

"Contudo, ante a evidência dos fatos, nada mais nos resta do que registrar nosso profundo pesar pela constatação de que os problemas são apenas veiculados, e não documentados, no âmbito dos órgãos mencionados.

Desejamos ainda informar que a questão dos certificados de Conclusão da Residência e a do Credenciamento, serão por nós encaminhados através de outros órgãos, e não haverá mais, de nossa parte, o intuito de contar com os Serviços de Psiquiatria do HMCP, e que seguiremos solicitando da FCM da PUCCAMP e da Mantenedora os esclarecimentos necessários para a devida elucidação dos fatos.

De resto, ressaltamos que a ausência de documentação referente à Residência, no HMCP e na FCM da PUCCAMP, revela desarticulação interna importante numa Instituição que reputamos sempre idônea e digna de confiança, através de seus representantes, especialmente dos dignos docentes envolvidos na questão.

Infelizmente, a proposta de uma

Infelizmente, a proposta de uma Residência conjunta não pôde frutificar e, portanto, apenas nos resta esperar da FCM da PUCCAMP que se digne a nos propiciar condições de encerrar o Programa atual com a atenção que merecem os senhores médicos residente, e também os ex-residentes, desde 1986 "(Mendes Filho, Correspondência, 03/05/90).

Sendo assim, os residentes do Hospital do Juqueri não fizeram o estágio na PUCCAMP e em 1991 não houve concurso para Residência Médica no Hospital do Juqueri. No ano seguinte, a Faculdade de Medicina de Jundiaí, que havia estabilizado sua situação quanto à reabertura do vestibular, mostrou-se interessada em retomar o Convênio com o Juqueri, nos moldes parecidos aos que havia sido rompido em 1985.

Os residentes do *Convênio Juqueri/PUCCAMP*, só receberam o certificado definitivo de conclusão da residência médica em 1996.

A PUCCAMP iniciou seu Programa de Residência Médica em 1990 e no primeiro concurso, apenas da Faculdade de Ciências Médicas, inscreveram-se 11 alunos do sexto ano, em uma turma de oitenta alunos, demonstrando o bom curso de psiquiatria que tiveram no internato.¹⁵¹ No entanto, no ano de 1991, conflitos internos que envolveram docentes, preceptores e residentes provocaram importante crise na UPU, refletindo diretamente no Programa de Residência Médica de Psiquiatria.

Em 1992, houve diminuição no número de vagas para Residência Médica do HMCP. O Programa de Psiquiatria passou de três para duas vagas, iniciando um processo de reformulação, buscando parceria com outros modelos assistenciais, principalmente com a Prefeitura Municipal de Campinas, através do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, em cujo Hospital-Dia os residentes passaram a estagiar.

¹⁵¹ O internato do curso de medicina era de um ano e em 1988 passou para dois anos. Sendo assim, o curso de Psiquiatria, ministrado apenas no quarto ano médico, passou a ser dado também no sexto ano, no período de um mês. As atividades eram desenvolvidas tanto na UPU como no Ambulatório de Psiquiatria do HMCP.

CONCLUSÕES:

Historicamente, a evolução da Política de Saúde Mental no Brasil nos anos 70 caracterizou-se pela contradição. A década de 70 apresentava, de um lado, uma série de Planos e Documentos pautados na implementação de um projeto preventivista para a saúde mental, sob a influência da psiquiatria comunitária norte-americana; todavia, por outro lado, era absolutamente perceptível o crescimento da prática governamental de financiamento dos hospitais psiquiátricos privados, levando ao sucateamento das instituições públicas e a quase inexistência de serviços extra-hospitalares.

O processo de democratização do país no final dos anos 70 ocasionou, na década de 80, dois momentos distintos em relação à questão da saúde no país. Num primeiro momento, ainda sob o regime militar, a sociedade civil começou a se organizar, refletindo na saúde pública, com o surgimento do movimento sanitarista, viabilizando um projeto de ação descentralizado e participativo, buscando romper com a política assistencial predominantemente curativa e privatista. Esta prática sanitarista repercutiu na assistência psiquiátrica, cujas propostas reformistas emergiram, inicialmente questionando o papel dos profissionais de saúde mental e das instituições psiquiátricas públicas, diante da hegemonia hospitalocêntrica privada.

O segundo momento ocorreu no final do governo militar e início da Nova República, quando setores progressistas assumiram o controle de órgãos estratégicos vinculados ao Ministério da Saúde. Desencadeou-se um amplo processo de reforma sanitária, fortalecendo o papel dos estados, municípios e da sociedade civil no planejamento e gerenciamento do sistema público de saúde. Em relação à saúde mental, mudou-se o foco de ação, buscando viabilizar uma política de saúde mental que, inicialmente, não provocava uma contraposição incisiva à instituição psiquiátrica hospitalar. Optava-se por uma estratégia mais próxima ao modelo comunitário, através de serviços intermediários ao Hospital Psiquiátrico.¹⁵²

De certa forma, esta foi a ação implantada no Estado de São Paulo nos anos 80, particularmente no período compreendido entre 1982 e 1986. Priorizou-se uma política de fortalecimento de serviços de atenção primária e secundária, com a implantação e ampliação de serviços e equipes de saúde mental, além do resgate de leitos públicos, como forma de contraposição ao modelo hospitalocêntrico privado e conveniado.

Campinas, pela sua importância política e econômica, foi sem dúvida uma referência para o país, devido a experiências pioneiras nas décadas de 70 e 80 em relação à saúde pública, sendo considerada um dos municípios precursores no processo de municipalização da saúde. No entanto, na saúde mental, não ocorreu o mesmo ímpeto de pioneirismo, embora algumas experiências inovadoras, como a *Unidade Psiquiátrica de Urgência do Hospital e Maternidade Celso Pierro*, devam ser destacadas.

Não se pode afirmar que a UPU surgiu exclusivamente de uma estratégia política de setores envolvidos com o processo de Reforma Psiquiátrica. É certo que as discussões iniciais ocorridas nos Colegiados e na Sub-Comissão de Saúde Mental, ligados ao setor público, vislumbravam, na criação deste serviço, a possibilidade de implantação de uma estrutura triadora e

¹⁵² Apenas no final dos anos 80, em alguns poucos municípios governados por prefeitos com perfil predominantemente progressistas, ocorreram experiências mais incisivas na área da saúde mental, sob forte influência do movimento denominado Psiquiatria Democrática Italiana.

regularizadora de internações em hospitais psiquiátricos e campo de experimentação e pesquisa para um novo modelo assistencial, por estar inserido em uma instituição de ensino. Porém, qualquer tentativa de co-gestão entre o serviço público e o Hospital Celso Pierro foi rechaçado por este, quanto à possibilidade de gerenciamento bipartide da UPU.

Os primeiros momentos da UPU se caracterizaram por uma ação claramente assistencial, fato estimulado pela alta rentabilidade do serviço, pois não havia por parte do INAMPS, nenhuma forma de pagamento que não a feito aos hospitais cujo tempo médio de internação era muito superior ao da UPU.

Quanto ao ensino, o convênio assinado entre a PUCCAMP e a Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, viabilizando uma Residência Médica entre o Hospital do Juqueri e o serviço de Psiquiatria do HMCP, no ano de 1986, trouxe um acirramento de posições entre os integrantes do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP e o coordenador da UPU, professor de Psiquiatria da referida escola, pois o Departamento não fora ouvido na condução das negociações. Este fato gerou uma situação insustentável para o coordenador da UPU, quando, cerca de três anos depois, a Superintendência do HMCP resolveu criar Residência Médica própria de Psiquiatria, não sendo possível a manutenção do Convênio com o governo estadual.

Os constantes conflitos internos na UPU se agravaram pela falta de uma proposta clara para o serviço. Não havia discussão política a respeito de quais vertentes que a Unidade deveria caminhar, sendo que o corpo de profissionais não conseguia viabilizar ao menos algum tipo de padronização de serviço. A multidisciplinaridade não era exercida, mesmo nas formas mais simplificadas.

Um dos fatores que contribuíram para as constantes dificuldades foi a UPU ter se tornado o Pronto-Socorro de referência de toda a região de Campinas, necessitando de uma resolutividade rápida, por volta de 72 horas, para dar vazão à demanda. Por outro lado, a UPU fazia parte de uma estrutura de ensino, sendo campo de estudo dos cursos de Medicina, Psicologia, Enfermagem e Terapia Ocupacional e Residência Médica de Psiquiatria. A contradição se apresentava, ou seja, se por um lado o serviço deveria possuir uma dinâmica funcional eficiente, por outro tinha que responder às necessidades acadêmicas que exigiam uma outra característica de serviço.

Outro ponto a ser destacado refere-se às relações externas da UPU, com momentos de franco isolamento com outras instituições públicas e privadas, dificultando a possibilidade de uma ação integrada entre os serviços de saúde mental de Campinas e região.

Os anos se passaram e mudanças ocorreram na UPU. Não foi pretensão deste estudo analisar a evolução do serviço, mas a sua formação, tentando demonstrar a necessidade de buscar alternativas eficazes no modelo assistencial em saúde mental. A eficácia destes serviços talvez não esteja em encontrar modelos, práticas e atitudes complexas, mas garantir no surgimento de uma proposta, a possibilidade de democratização da discussão, planejamento, troca de experiências, reflexão e, principalmente, envolvimento efetivo daqueles que se propõem à participação.

SUMMARY

This first assignment has the objective to reconstruct history the creation of Unidade Psiquiátrica de Urgência - UPU (Psychiatry Urgency Unity), of Hospital e Maternidade Celso Pierro - HMCP (Celso Pierro Hospital and Maternity) at Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCAMP, using the oral methodology and historical documental analysis as a reference.

To begin with the study of reconstruction of the Psychiatry assistance during the 70's and 80's was analyzed. During the first part of the study the contradiction of political official mental health of the country. The critics focused were based on the North-American preventivist model and the financial and support of private Psychiatry Hospital institutions.

During this part, I detained myself about the organization process in the civil society and the democratization during the 80's, reflecting on the viabilization of reformal propose involving the mental health, having questioned the role of the psychiatry institutions and professionals in the area.

There was also a study done on the reflex change in the political way of the health mentality in São Paulo State and in the District of Campinas.

With a large documental analysis and interviews with twenty one people who were involved directly or indirectly with formation of UPU unchained this process. Eventhough having a large participation of the sectors and the public health sistem in Campinas, there was no guarantee about the influence of this plan in the organization and managing of this service.

It should be noticed, that even being to the teaching hospital, UPU used to work basicly as an assistance service, with a smalll function in training and graduation of professionals in the health area. This role only established trough the accord of the Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo and PUCCAMP creating a Medical Resident Program which suffered intense internal restrictions in sectors of the Faculdade de Ciências Médicas.

The UPU isolation with various services in Campinas and region, the difficulty of planning compatibel practise assistance with the teaching and internal conflicts found in the structure of this services have helped to obstaculize the consolidation of a model assistance whose proposed was to reconstruct a practice wich should be overcome.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO - "Reforma Psiquiátrica: A Questão das Novas Tecnologias de Cuidados - Relatório Final." In: Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, p: 32-45, 1992
- ALVES, D.S.N. et al. - "Elementos para uma Análise da Assistência em Saúde Mental no Brasil." bras. Psiq.41(8): 423-426,1992.
- AMARAL, M.A. - "Análise da Implantação da Política de Saúde Mental para a Rede Básica em Campinas - 1992/1993." Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, Campinas, S.P., 1995. 103p.
- AMARANTE, P. - "A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil". Rio de Janeiro, 1996 (mimeo) 128p.
- , "A Trajetória do Pensamento Crítico em Saúde Mental no Brasil: Planejamento na Desconstrução do Aparato Manicomial." In: KALIL, M.E.X. (org.) Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde. São Paulo - Salvador: HUCITEC/ Cooperação Italiana em Saúde, p. 103-119, 1992.
- , "Algumas Notas sobre a Complexidade da Loucura e as Transformações na Assistência Psiquiátrica". Rev. Ter. Ocupacional - USP- 3 (1-2):8-16, Jan/Dez.,1992
- , "A Lei 180 e a Reforma Psiquiátrica Italiana: História e Análise Atual - Entrevista com Franco Rotelli." In: BEZERRA Jr., B. & AMARANTE, P. (orgs.) Psiquiatria sem Hospício. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p: 91-97, 1992.
- BALLONE, G.J. - "Ofício Encaminhado à Assessoria de Saúde Mental do ERSA -27" Campinas, 17/08/90.
- , - "Ofício Encaminhado ao Superintendente do H.M.C.P." Campinas, 27/08/90.
- ; CITTI, M.L. - "Evolução dos Resultados das Atividades de uma Unidade de Urgência Psiquiátrica de um Hospital Geral" J. bras. Psiq. 39(2):81-84, 1990.
- BARRETO, M. - "Vivendo a História de Campinas" Campinas: Mercado das Letras, 1995. 96p.
- BASAGLIA, F. - "Psiquiatria Alternativa." São Paulo: Brasil-Debates, 1979.
- BASAGLIA, F.O. - "Mário Tommasini - Vida e Feitos de um Democrata Radical." São Paulo: HUCITEC, 1993. 105p.
- BATTISTONI FILHO, D. - "Campinas: Uma Visão Histórica." Campinas: Pontes, 1996. 79p.

- BEÇA, E.T. - "Reformulação da Assistência Psiquiátrica: Realidade e Perspectiva." *Neurobiologia*, Recife: V.44, n.3: 223-248, Julho/Setembro - 1981.
- BERTO, C.D. - "Organização de um Serviço de Urgência Psiquiátrica no Hospital Dr. Raul Malta - M.DP-II" *Arq. Coord. Saúde Mental*, São Paulo, XLV, (51-60), 1985.
- BEZERRA Jr., B. - "O Campo Psiquiátrico no Brasil dos Anos Oitenta." In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (orgs.) Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80., Rio de Janeiro: Relume Dumará, p.172-191, 1994.
- BIRMAN, J. - "Sobre o Campo Psicanalítico no Brasil nos Anos 80." In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (orgs.) Saúde e Sociedade no Brasil nos Anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.155-169, 1994.
- .- "A Cidadania Treloucada" In: BEZERRA Jr., B. & AMARANTE, P. (orgs.) Psiquiatria sem Hospício. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p: 71-90, 1992.
- BRAGA, J.C.S. & DE PAULA, S. G. - "Saúde e Previdência: Estudos de Política Social". São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.
- BRASIL, M.A.A. - "A Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral." Dissertação de Mestrado - Instituto de Psiquiatria - UFRJ - Rio de Janeiro, 1982. 143p.
- CAMARGO, A.; LIMA, V.R. & HIPÓLITO, L. - "O Método de História de Vida na América Latina." *Cadernos CERU*, V.19, p. 148-180, Junho/1984.
- CAMPOS, C. - "Perspectivas Práticas em Saúde Mental" In: BASAGLIA, F.(org.) "Psiquiatria Alternativa" São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- CAMPOS, G.W.S. - "A Saúde Pública e a Defesa da Vida" 2 ed., São Paulo: HUCITEC, 1994. 175p.
- CAPS - "Centro de Atenção Psicossocial Prof. Dr. Luiz da Rocha Cerqueira". São Paulo, 1987, (mimeo).
- CARDOSO, M.L. - "Ideologia do Desenvolvimento - Brasil: JK - JQ" 2 ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. 459p.
- CECÍLIO, L.C. - "Inventando a Mudança na Região: Reconstituição e Análise da Experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas(DRS-5)-1983/87" Dissertação de Mestrado - Depto. de Medicina Preventiva e Social - UNICAMP, Campinas, p: 27-62, 1992.
- CERQUEIRA, L. - "Psiquiatria Social - Problemas Brasileiros de Saúde Mental." São Paulo: Livraria Atheneu, 1984. 306p.

- CESARINO, A.C. et al. - "Projetos de Ações Integradas de Saúde Mental na Zona Norte do Município de São Paulo - Diretrizes Gerais, Conteúdo e Configuração Atual." Rev. Ass. Bras. Psiq. Vol.7, n.27, pp: 131-139, 1985.
- CIMS - CAMPINAS - "Livro - Ata" Período 07/10/87 à 19/01/90.
- - "Propostas de Organização em Saúde Mental do Grupo de Trabalho em Saúde Mental" Campinas, Outubro/1987. (mimeo)
- COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA - "Ofício 23/87 - MEC/SESU/CNRM" Brasília, 18/12/87.
- . - "Ofício 5965 - MEC/SESU/CNRM" Brasília, 04/10/88.
- . - "Ofício 988 - MEC/SESU/CNRM" Brasília, 13/03/90
- CONGRESSO NACIONAL - "Projeto de Lei 3657/89" Brasília, 1989. (mimeo)
- COREME - H.M.C.P. - "Ofício Encaminhado ao Responsável pela U.P.U. - H.M.C.P." Campinas, 05/09/89.
- COSTA, J.F. - "A História da Psiquiatria no Brasil: Um Corte Ideológico." 4 ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989. 187p.
- CRIS - CAMPINAS - "Livro - Ata" Campinas, Período 03/06/85 à 17/03/88
- . - "Ofício 32/86" Campinas, 14/06/86.
- . - "Ofício 38/86" Campinas, 10/07/86.
- CRIS/CIMS - "Resolução 02/87" Campinas, 06/04/87.
- DALGALARRONDO, P. - "Repensando a Internação Psiquiátrica. A Proposta das Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral." Dissertação de Mestrado Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, Campinas, S.P., 1990.
- DAÚD, N. - "A Desinstitucionalização do Doente Mental: Estratégias de Superação dos Manicômios." Cadernos METEP-Suplemento PSICOLOGIA, DPI/CCH/UEM, Ano 7, n.6, Supl.1, p: 49-64, 1995.
- DELGADO, P.G.G. - "Perspectivas da Psiquiatria Pós-Asilar no Brasil." In: TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R.(orgs.) Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, p: 171-202, 1990.
- . "Reforma Psiquiátrica e Cidadania: O Debate Legislativo." Rev. Saúde em Debate, n. 35, p: 80-84, Julho/92.

- DELL 'ACQUA, G. & MEZZINA, F. - "Resposta à Crise" In: DELGADO, J. (org.) Loucura na Sala de Jantar. São Paulo: Resenha, p: 53-79, 1991.
- DIAS, I.M. "A História da Psiquiatria no Estado de São Paulo - Sob o Signo da Exclusão" Dissertação de Mestrado - Departamento de Medicina Preventiva- Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1985. 329p.
- FAGUNDES, S. - "Saúde Mental Coletiva: A Construção no Rio Grande do Sul." In: BEZERRA Jr., B. & AMARANTE, P. (orgs.) Psiquiatria Sem Hospício. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 57-68, 1992.
- FERRAZ, M.P.T. - "Por uma Nova Política de Saúde Mental" Editorial, Rev. Assoc. Bras. Psiq. Vol.2, n.3, p:161, 1980.
- . - "Prioridades em Saúde Mental" Arq. Coord. Saúde Mental, São Paulo, Vol. XLIV, n. único, p: 11-17, Jan/Dez de 1984.
- ; MORAIS, M.F.L. - "Política de Saúde Mental: Revisão dos Dois Últimos Anos". Arq. Coord. Saúde Mental - São Paulo, XLV, (11-22), 1985.
- FIGUEIREDO, A.C. - "Psiquiatras, Psicanalistas e Psicólogos: O Jogo Profissional no Campo Psi". In: RUSSO, J. & SILVA FILHO, J.F. (orgs.) Duzentos Anos de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ/Relume-Dumará, p.53-58, 1993.
- FIGUEIREDO, G.R. - "A Evolução do Hospício no Brasil." Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Paulo - E.P.M. , São Paulo: 1996. 238p.
- . - "O Príncipe e os Insanos". São Paulo: Cortez, 1988. 170p.
- ; DIAS, C.G. - "O Advento e a Evolução dos Novos Modelos Assistenciais em Saúde Mental na Cidade de Campinas, S.P." Rev. ABP/APAL, 18(1):17-28,1996.
- FIGUEIRA, I.L.V. - "Fechamento de uma Enfermaria de 72 Horas em uma Emergência Psiquiátrica do INAMPS: Análise de Possíveis Causas do Insucesso e Sugestões Preventivas." J bras. Psiq 38(2): 69-73, 1989.
- FILHOU, A.J. et al. - "A Emergência Psiquiátrica do Hospital São Paulo - Características Demográficas e Nosográficas dos Atendimentos no Período de 1986-1988." Bol. de Psiq. São Paulo, 22-23, p: 16-20, jan89/dez90.
- FISCHETTI, S. - "Saúde Mental nos Silos: Propostas Operacionais." In: KALIL, M.E.X. (org.) "Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais deSaúde." São Paulo-Salvador: HUCITEC/ Cooperação Italiana em Saúde, p:121-149, 1992.

- FRALETTI, P. - "Juquerí: Passado, Presente e Futuro." Arq. Coord. Saúde Mental - São Paulo, XLVI, p: 156-177, 1986/87.
- FRANKLIN, O.J.J.; CASSORLA, R.M.S. & KARNIOL, I.G. - "Algumas Características do Atendimento em um Pronto Socorro Psiquiátrico que Mantém Convênio com a Previdência Social." Rev. Assoc. Bras. Psiq., São Paulo, Vol.2, n.4, p:202-206, 1980.
- FUNDAP - "Secretaria de Estado da Saúde: Concepção, Organização e Funcionamento" FUNDAP/Sec. de Estado da Saúde, São Paulo, 1987. (mimeo) 122p.
- GERSON, S. & BASSUK, E. - "Psychiatric Emergencies: An Overview" Am. J. Psychiatric. 137(1):1-11,1980.
- GIORDANO Jr., S. - "A Persistência da Higiene e à Doença Mental: Contribuições à História das Políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo" Dissertação de Mestrado - Depto. de Medicina Preventiva - U.S.P., São Paulo, 1989. 203p.
- . - "Algumas Indagações sobre a Saúde Mental na Atenção Primária" Rev. ABP/APAL, Vol. 10, n.3, p: 91-94, 1988.
- GOMES, M.P.C. - "A Emergência Psiquiátrica em Angra dos Reis: Um Estudo de Caso." Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social UERJ - Rio de Janeiro, 1993. 208p.
- GUARIDO, E. "A Atenção em Saúde Mental em Campinas" Campinas, 1993 (mimeo). 22p.
- HORTA, R.L.; ALBUQUERQUE, F.P. & COZATTI, L.C. - "A Abordagem Sistemica da Urgência Psiquiátrica no Domicílio." Rev. ABP/APAL 18(4):105-110,1996.
- I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE. - "Relatório Final" Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, Outubro, 1991.
- I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - "Relatório Final". Brasília, Ministério da Saúde, 1987. 43p.
- JORNAL CORREIO POPULAR - "Ambulatório Psiquiátrico será fechado até dia 30." Campinas, 13/03/86.
- . - "INAMPS pode denunciar contrato com clínica" Campinas, 26/03/86.
- . - "Psiquiatria urgente vai ter nova unidade" Campinas, 28/03/86.
- . - "Em maio, cidade terá unidade psiquiátrica." Campinas, 15/04/86.
- . - "Saúde monta esquema para atendimento psiquiátrico." Campinas, 16/04/86.

----- . - "Emergência Psiquiátrica - Depois de um ano, o serviço está de volta." Campinas, 11/03/87.

----- . - "Inauguração da Unidade será dia 6." Campinas, 20/03/87.

----- . - "Psiquiatria de Urgência - Inaugurada unidade especial." Campinas, 07/04/87.

JORNAL DO CREMESP - "Saúde Mental em São Paulo Tem Quadro Caótico" Ano 4, n.15, p: 6-10, out/nov/dez. 1982.

KARNIOL, I.G. et al. - "Considerações sobre a Utilização de Pronto Socorro Geral de Hospital Clínico para o Atendimento de Emergências Psiquiátricas" Bol. de Psiq., São Paulo Vol XI, n.3:79-83,1978.

KINOSHITA, R.T. - "Uma Experiência Pioneira. A Reforma Psiquiátrica Italiana" In: (Vários Autores) Saúde Mental e Cidadania. 2 ed. São Paulo: Mandacarú/Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental - S.P., p: 67-83, 1988.

KIRSCHBAUM, D.I.R. - "Análise Histórica das Práticas de Enfermagem no Campo da Assistência Psiquiátrica no Brasil , no Período Compreendido Entre as Décadas de 20 e 50" Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP- Campinas, S.P., 1994. 369p.

KOSMINSKY, E. - "Pesquisas Qualitativas - A Utilização da Técnica de Histórias de Vida e Depoimentos Pessoais em Sociologia". Rev. Ciência e Cultura, V.38, n. 1, p.30-36, 1986.

L'ABBATE, S. - "O Direito à Saúde: Da Reinvidicação à Realização. Projetos de Política de Saúde em Campinas." Tese de Doutorado, Departamento de Sociologia, Fac. de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - USP, São Paulo, 1990.

LANCETTI, A. & KINOSHITA, R.T. - "Sistema de Saúde Mental da Prefeitura de Santos" In: KALIL, M.E.X. (org.) Saúde Mental e Cidadania no Contexto das Sistemas Locais de Saúde. São Paulo-Salvador: HUCITEC/ Cooperação Italiana em Saúde, p: 232-237, 1992.

LANGLOIS, C.V. & SEIGNOBOS, C. - "Introdução aos Estudos Históricos" Trad. Laerte de Almeida Moraes. São Paulo: Renascença, 1946

LAURENTIZ, J.C. - "Serviços de Urgência Psiquiátrica" Pref. Município de São Paulo/ Sec. de Higiene e Saúde, 1983.(mimeo)

LE GOFF, J. - "História e Memória." Trad. Bernardo Leitão. Campinas: Editora da UNICAMP, 1990.

LINO, E.M. & CORDÁS, T.A. - "Manual de Padronização de Condutas da Emergência Psiquiátrica em Pronto Socorro Geral" São Paulo, Abril/1985. (mimeo) 28p.

- LUZ, M.T. - "As Instituições Médicas no Brasil: Instituições e Estratégias de Hegemonia." 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MARSON, A. - "Reflexões sobre o Procedimento Histórico". In: SILVA, M.A.(orgs.) Repensando a História, 2 ed. São Paulo: Marco Zero, p. 37-64, 1986.
- MARSON, D.C.; MAC GOVERN, M.P. & HYMAN, C.P. - "Psychiatric Decision Making in the Emergency Room: A Research Overview." Am. J. Psychiatric 145(8): 918-925,1988.
- MARSIGLIA, R.G. - " Os Cidadãos e os Loucos no Brasil: A Cidadania como Processo." In: (Vários Autores) Saúde Mental e Cidadania. 2 ed., São Paulo: Mandacarú/Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental, p: 13-28, 1988.
- MEDEIROS, M.H.R. - "A Reforma da Atenção ao Doente Mental em Campinas: Um Espaço para a Terapia Ocupacional". Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP - Campinas, S.P. 1994. 202p.
- MEDEIROS, T.A. - "Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil". Dissertação de Mestrado - Instituto de Psiquiatria - U.F.R.J., Rio de Janeiro, 1977. 137p.
- MENDES FILHO, R.B. - "Correspondências Enviadas ao Dr. Silvio Saidemberg" Franco da Rocha, S.P., 10/04/90 e 03/05/90.
- MENON, M.A. - "Avaliação de Fatores que Associam à Indicação de Internação em serviços de Emergência Psiquiátrica de Hospital Geral Universitário." Tese de Doutorado - Departamento de Psiquiatria - Escola Paulista de Medicina, 1994.
- MERHY, E.E. - "Brasil Pós 64: Financiamento e Modelos dos Serviços de Saúde". In: CAMPOS, G.W.S., MERHY, E.E. & NUNES, E.D.(orgs.) Planejamento Sem Normas. 2 ed. São Paulo:HUCITEC, p. 61-112, 1994.
- MINAYO, M.C.S. - "O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde". 4 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996. 269p
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - "Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica" Brasília: MPAS/CCS, 1983. 20p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - "Manual de Orientações para Funcionamento e Supervisão dos Serviços de Saúde Mental" Divisão Nacional de Saúde Mental, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. (mimeo)
- MOREIRA, D. - "Psiquiatria: Controle e Repressão Social" Petrópolis: Vozes, 1983. 206p.
- NASCIMENTO, A. - "Municipalização - Trinta Anos de Esperanças e Frustrações". Revista Tema - FIOCRUZ: Rio de Janeiro, V.9, N.12, p.3-6.,1991.

- NORONHA, J.C. & LEVICOVITZ, E. - "AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do Direito à Saúde" In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (orgs.) Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p:73-111, 1994.
- OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. - "(Im)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil." Rio de Janeiro: Vozes - ABRASCO, 1986.
- OLIVEIRA, J.C.R. - "Comunicação Interna" Campinas, 08/03/86
- OPAS - "Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: Bases Conceituais e Caminhos para sua Implantação - Memórias da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica." UZCÁTEGUI, R.G. & LEVAV, I.(orgs.) OPAS/Instituto Mário Negri, Caracas - 1990. 127p.
- PALLADINI, P.C.N. - "Lar Abrigado" Arq. Coord. Saúde Mental, São Paulo, XLV, (51 - 60), 1985.
- PAULIN, L.F.R.S. & ZAIDAN, E. - "Aspectos Estatísticos da Assistência Psiquiátrica Hospitalar em Piracicaba - S.P.: Uma Realidade Nacional?" Tema Livre – XLI Reunião da S.B.P.C., São Luis - M.A., 1989. (mimeo)
- PITTA, A. M. F. - "Sobre Uma Política de Saúde Mental." Dissertação de Mestrado - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1984.
- . - "Avaliação de Serviços e a Produção de Cidadania." In: KALIL, M.E.X.(org.) "Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde." São Paulo-Salvador: HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde, p:151-175, 1992.
- . et al. - "Determinantes da Qualidade de Serviços de Saúde Mental em Municípios Brasileiros. Estudo da Satisfação com os Resultados das Atividades Desenvolvidas por Pacientes, Familiares e Trabalhadores dos Serviços." J. bras. Psiq. 44 (9): 441-452, 1995.
- POSSAS, M.C. - "Saúde e Trabalho - A Crise da Previdência Social" Rio de Janeiro: Graal, 1981. 324p.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS - "Projeto Unidade de Desintoxicação e Emergência Psiquiátrica Em Hospital Geral - UDEP" Campinas, 20/11/1991.(mimeo) 8p.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO - "Política de Saúde Mental Democrática e Popular", São Paulo, 1989. (mimeo) 43p.
- PRÓ - ASSISTÊNCIA - "Projeto de Saúde Mental para o Ano de 1985 da Comissão de Saúde Mental do Pró Assistência" Campinas, 1984. (mimeo)
- . - SUB COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL - "A Emergência Psiquiátrica: Um Desafio Para o Setor Público." Campinas, 1986. (mimeo)

- . - FLACSO; UNICAMP. - "Seminário de Capacitação para a Gestão da Implementação das Programas de Saúde na Rede Básica Integrada", Campinas, Maio/84 (mimeo). 58p.
- PUCCAMP - DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA - "Livro - Ata", Campinas, Período - 26/10/79 à 28/09/1992
- . - "Ofício 05/86", Campinas, 08/07/86.
- . - "Ofício 06/86", Campinas, 23/07/86.
- . - GABINETE DO REITOR - "Comunicação interna" Campinas, 24/04/86.
- . - "Comunicação interna" Campinas, 25/04/86.
- . - "Ofício 680/86" Campinas, 27/06/86
- . - "Ofício 059/90" Campinas, 19/01/90
- . - "Plano de Execução de Trabalho e de Recursos para os Próximos 12 Meses." Campinas, 1987. (mimeo)
- PURYEAR, D.A. - "Proposed Standards in Emergency Psychiatric." Hosp. Community Psychiatric 43(1):14-15,1992.
- QUEIROZ, M.I.P. - "Variações sobre a Técnica do Gravador no Registro da Informação Viva." São Paulo: USP - CERU, 1991. 171p.
- RÁDICE - Revista de Psicologia - Rio de Janeiro: Bagaço Editora, Ano 2, n.7, p.30, 1978
- . - Rio de Janeiro: Bagaço Editora, Ano 2, n.8, p33, 1979
- REZENDE, H. - "Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica." In: COSTA, N.R. & TUNDIS, S.A. (orgs.) Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil. 2 ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, p.15-74, 1987.
- RIBEIRO, D. - "Informações Históricas para Pensar Campinas." Campinas, 1994. (mimeo)
- RIOS, I.C. & JABES, M.R. - "Estudo Crítico de Internações Psiquiátricas no Estado de São Paulo" Rev. ABP/APAL 14, (1): 9-13, 1992.
- RODRIGUES FILHO, S. - "Saúde Mental e Cidadania: Necessidade de uma Nova Legislação" In: Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de Saúde Mental, p: 96-106, 1992.
- ROTELLI, F.& AMARANTE, P. - "Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: Aspectos Históricos e Metodológicos". In: BEZERRA Jr., B. & AMARANTE, P. (orgs.) Psiquiatria sem Hospício. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 41-55, 1992.

ROTELLI, F. et al. - "Desinstitucionalização". São Paulo: HUCITEC, 1990. 112p.

SAIDEMBERG, S. - "Correspondências Enviadas ao Dr. Benedito Mendes Filho" Campinas, 21/03/90 e 24/04/90

SAMPAIO, J.J.C. - "Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: A Sobrevivência do Asilo e Outros Destinos Possíveis". Dissertação de Mestrado - Instituto de Medicina Social - UERJ - Rio de Janeiro, 1988. 432p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - "Implantação da Central de Vagas para Internações Psiquiátricas na Região do SUDS - R 27" Campinas, 27/08/90.(mimeo)

----- - "Proposta da Política de Saúde Mental para o Estado de São Paulo no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde(SUDS)." São Paulo, 1987. (mimeo) 20p.

----- - "Termo Aditivo do Convênio S.E.S/PUCCAMP - Processo 4220/86" São Paulo, 23/11/88

----- - "Convênio C.S.M./PUCCAMP" São Paulo, 17/11/1986.

----- - "Plano de Execução de Trabalho e de Aplicação de Recursos - Exercício de 1986 - Segundo Semestre." São Paulo (mimeo) Sem Data.

----- - COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL - "Ofício 071/86" São Paulo, 05/03/86

----- - GABINETE DO SECRETÁRIO - "DOC. 10734/91" São Paulo, 02/12/91. (mimeo) 27p.

SIMONE, A.S. - "Explicação Prévia". In: BASAGLIA, F. Psiquiatria Alternativa. São Paulo:Brasil Debates, 1979.

TANAKA, O.Y. - Gerenciamento do Setor Saúde na Década de 80 no Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 26(3): 185-194, 1992. URBACH, S. - "Comunicação interna" Campinas, 10/06/86.

URBACH, S. - "Correspondência Encaminhada ao Dr. Pedro Rampazzo Filho - Administração da PUCCAMP" Campinas, 10/05/88.

----- - "Correspondência Encaminhada ao Reitor da PUCCAMP" Campinas, 10/05/88

----- - "Unidade de Urgência Psiquiátrica da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas." Arq. Saúde Mental - Estado de São Paulo, Vol. XLVII a LII: 94-103, 1988/93.

-----; BALLONE, G.J. & CHAVES, P.H.P. - "Unidade de Urgência Psiquiátrica em um Hospital Geral: Primeiro Ano de Funcionamento" Arq. Saúde Mental - Estado de São Paulo, Vol. XLVII a LII: 104-117, 1988/93.

VAISSMAN, M. - "Assistência Psiquiátrica e Previdência Social: Análise da Política de Saúde Mental nos Anos 70." Dissertação de Mestrado - Instituto de Psiquiatria - UFRJ - Rio de Janeiro, 1983. 124p.

VECINA NETO, G. - "Análise da Situação da Secretaria de Estado da Saúde e Formulação de Propostas para seu Futuro Imediato." Rev. Saúde em Debate n.33, p: 80-83, 1991.

VIEIRA, M.P.A.; PEIXOTO, M.R.C. & KHOURY, Y.M.A. - "A Pesquisa em História". Série Princípios, São Paulo: Ática, 1989. 80p

WELLIN, E; SLESINGER, D.P. & HOLLISTER, C.D. - "Psychiatric Emergency Services: Evolution, Adaptation and Proliferation" Soc.Med.24(6):475 - 482, 1987.