UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Educação

CIDADANIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E TERAPIA OCUPACIONAL, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo

VOLUME I

ROSELI ESQUERDO LOPES

Campinas
1999

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Educação

CIDADANIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E TERAPIA OCUPACIONAL, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo

VOLUME II

ROSELI ESQUERDO LOPES

Campinas
1999

ROSELI ESQUERDO LOPES

CIDADANIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E TERAPIA OCUPACIONAL
no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência no Município de São Paulo

Tese apresentada como exigência parcial para a obtenção do Título de DOUTOR em EDUCAÇÃO na Área de Concentração: Administração e Supervisão Educacional à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Roberto Jacobi

Campinas
1999

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Educação

CIDADANIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E TERAPIA OCUPACIONAL no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência no Município de São Paulo

ROSELI ESQUERDO LOPES

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por

_____

e aprovada pela Comissão Julgadora.
Data: ____/ ____/ ____

Assinatura: _____
Orientador

Campinas
1999

Comissão Julgadora:

_____

_____

_____

_____

_____

... Lá dentro do hospital tem uma sala que, assim, pro lado de fora, está escrito: Movimento de Saúde. Agora com o PAS eles vão apagar. Mas depois nóis tornamo a por de novo ...

D. Tereza - Movimento Popular de Saúde da Zona Leste,

'in memoriam'

AGRADECIMENTOS

Tomara eu pudesse contar só com saudades os infinitos tempos idos, e pudesse também, esperançosamente, contar com o tempo eternamente, no meu coração, corpo e mente.

Sinto que agradeceria imensamente poder ter participado da vida até aqui, não por este trabalho, mas por mim mesma, que, no processo de sua realização, tornei-me melhor certamente.

Como o tempo já não conto tanto mais, conta aqueles amores queridos que compartilham a vida.

Obrigada.

Realizar este trabalho dependeu da ajuda de várias pessoas, às quais gostaria de agradecer:

Ao Gil por ter estado, desde o início, repleto de otimismo e coragem, me impulsionando e indo junto, sempre, sempre, solidário e amoroso. Seu olhar é onde eu encontro o infinito.

À Denise e à Fátima por me chamarem de volta.

Ao Pedro Jacobi pela oportunidade.

Às colegas do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos por terem possibilitado as idas; espero poder fazer as 'voltas'.

À CAPES e à UFSCar que através do PICD, auxiliaram, concretamente, as idas e vindas.

Às pessoas todas de tantas e intermináveis entrevistas, caleidoscópios de visões, opiniões e vivências. Muito obrigada por terem me permitido conhecê-las e, quem sabe, compreender um pouco mais a respeito dos inúmeros projetos que coexistem na mesma realidade.

À Sarah que tem sido a companheira de muitas caminhadas, desde aquelas que ela nem sonhava, ainda, até as inúmeras que estão por vir.

Finalmente, um agradecimento especial à Tereza Pugulin, do Movimento Popular de Saúde da Zona Leste que com sua clareza, simplicidade e persistência, ia 'direto ao ponto' e a quem dedico este trabalho.

RESUMO

Este trabalho estuda o processo de construção e implementação das inovações políticas na área da saúde, introduzidas pela gestão 89/92 no município de São Paulo, no âmbito da implantação do Sistema Único de Saúde, particularmente em relação às ações nas áreas de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, analisando, também, o modelo de atenção proposto para cada uma dessas áreas e o papel nele desempenhado pelos recursos humanos - inclusive, e em especial, as contribuições dos terapeutas ocupacionais, técnicos incorporados aos serviços municipais de saúde por esse governo. Procuramos, ainda, investigar o grau de permanência das inovações políticas implantadas durante a gestão seguinte (93/96), objetivando avaliar até que ponto os avanços alcançados foram (ou não) consolidados. Para tanto, definimos um referencial teórico e histórico que parametrizou o contexto geral no qual se inseriram aquelas problemáticas: o das políticas sociais no Estado capitalista democrático, suas relações com a ampliação/redução dos direitos de cidadania, no nível internacional - especialmente no que se refere às experiências dos Estados de Bem-estar Social e aos desdobramentos das propostas neoliberais para gestão do Estado - e suas possibilidades, nas áreas em estudo, no Brasil dos anos 90. A partir daí, realizamos uma pesquisa empírica, que buscou compreender como cada um dos atores sociais envolvidos percebeu aquele processo. Para isso, focalizamos nossa pesquisa numa das 10 regiões de saúde da cidade: a Administração Regional de Saúde-6. Foram realizadas 118 entrevistas semi-estruturadas com: gestores centrais, regionais e distritais da Secretaria Municipal de Saúde e da ARS-6; técnicos (assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais) e diretores dos serviços que desenvolveram ações de saúde naquelas áreas; usuários desses mesmos serviços e representantes das organizações e movimentos da sociedade civil, na área de saúde, na região. Traçamos, então, um painel detalhado e plural do processo de construção, das estratégias e dos efeitos daquelas inovações sócio-políticas na ARS-6. Os temas-guia que perpassaram os depoimentos dos diversos atores que nele intervieram, foram categorizados segundo metodologia que seguiu o referencial teórico apresentado, de forma a possibilitar o estudo da dinâmica de mudanças das políticas sociais. Assim, foram definidos e detalhados quatro grandes eixos, no que respeita à relação de aspectos levantados nas entrevistas para análise, a saber: avaliação da situação anterior; propostas; processo e permanência. As principais conclusões permitem-nos dizer que a gestão 89/92 logrou ampliar o grau das necessidades sociais admitidas na área da saúde em geral e da saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência em particular, e que avançou, com dificuldades e limites, na direção da consolidação de propostas assistenciais para aqueles grupos populacionais. Nessa perspectiva foi fundamental a ação dos movimentos sociais na área, assim como a dos técnicos de saúde. O terapeuta ocupacional teve importantes contribuições a oferecer nesse processo.

ABSTRACT

This work studies the process of construction and implementation of the political innovations introduced by São Paulo's municipal government (89/92), within the context of the 'Sistema Único de Saúde – SUS' (the Brazilian National Health System), particularly those related to mental health and to the health of the disabled person. We further analyze the attention models proposed to each of these two areas and the role played in it by human resources; special care was given to the contributions made by the occupational therapists, who had been incorporated into the city's health service staff by that government. We also investigate if the mentioned policies have been able to survive, during the next government (93/96), in order to measure to which extent the improvements reached before were (or were not), by then, consolidated. As an initial task, we defined a theoretical and historical framework, which set referential parameters to the general context in which the problems we here address were inserted: that of social policy, in a democratic capitalist state. We then discussed the relationships between social policies and the extension / reduction of the citizenship rights, in the international level – specially in what refers to the Welfare State experiences and to the neo-liberal way of State management – and the possibilities opened by that type of policies, concerning the areas under study, in Brazil (in the 90's). From this point onwards, we used an empirical research that we have carried out: one of its main goals was to understand how each one of the participant actors of this process has viewed it. We focused our research in one out of the ten health regions which exist in São Paulo: the 'Administração Regional da Saúde-6' (ARS-6). 118 semi-structured interviews were done, with: central, regional and districtal managers, from the 'Secretaria Municipal da Saúde' and from ARS-6; technicians (social assistants, nurses, physiotherapists, speech therapists, doctors, psychologists and occupational therapists) and directors of services who developed health actions in the referred areas; service users and people representing the civil society health organizations and the health movements existing in the region. We drew then a plural and detailed panel of the building process of the social political innovations described, in the ARS-6, the strategies adopted for their accomplishment and the effects of those policies. The guiding themes that highlighted most actors' interviews were categorized according to the methodology which followed from the theoretical references established, in such a way as to facilitate the study of the dynamic of the social policies changes. In this way, four great categories were defined and detailed, regarding the aspects selected in the interviews, as follows: evaluation of the previous situation; proposals; process and permanence. The main conclusions allow us to say that the 89/92 government managed to increase the degree of the accepted social needs in the health field, in general, and, in particular, in mental health and in the health of the disabled person, and that it was able to promote, with difficulties and within certain limits, advances towards the consolidation of health assistance proposals for those population groups. In this perspective, the actions of the social movements and also those of the health technicians' movements were fundamental. The occupational therapist had important contributions to offer, along this process.

SUMÁRIO

VOLUME 1

APRESENTAÇÃO 1

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA 10

1.ESTADO CAPITALISTA, POLÍTICAS PÚBLICAS E CIDADANIA

1.1 O caráter classista do Estado capitalista 17
1.2 As políticas sociais do Estado capitalista 25
1.2.1 As políticas sociais do Estado capitalista e suas relações funcionais 25
1.2.2 Dinâmica de mudanças das políticas sociais: as inovações sócio-políticas 33
1.3 A gestão concreta dos Estados capitalistas: políticas sociais e cidadania 36
1.3.1 A instabilidade do sistema capitalista e o surgimento do Estado de Bem-Estar Social 37
1.3.2 A crise do Estado de Bem-Estar Social 47
1.3.3 A experiência neoliberal na América Latina 56

2.POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 Um breve histórico 63
2.2 O Sistema Único de Saúde 74

3.POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

3.1 Área de saúde mental 84
3.1.1 A experiência internacional 84
3.1.2 A experiência brasileira 103
3.2 Área de saúde da pessoa portadora de deficiência 114
3.2.1 A experiência internacional 114
3.2.2 A experiência brasileira 124

4.RECURSOS HUMANOS - O TERAPEUTA OCUPACIONAL

4.1 O surgimento do terapeuta ocupacional..... 132
4.2 Perspectivas da terapia ocupacional no cenário internacional 142
4.3 A formação profissional dos terapeutas ocupacionais no Brasil 148

5.A EXPERIÊNCIA DA GESTÃO 89/92 NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: SAÚDE PARA TODOS

5.1 As inovações sócio-políticas da gestão 159
5.1.1 Introdução 159
5.1.2 As ‘exigências admitidas’ pela gestão 160

5.1.3 As políticas de saúde do PT e as da gestão 89/92 167
5.1.4 As inovações sob a ótica dos movimentos de saúde 178
5.1.5 As inovações: o contexto específico e o geral 180
5.2 As propostas nas áreas de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência 181
5.2.1 Saúde Mental 181
5.2.2 Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência 194
5.3 A implementação das propostas e os resultados alcançados 205
5.3.1 Saúde mental 206
5.3.2 Saúde da pessoa portadora de deficiência 215

VOLUME 2

6.A CONSTRUÇÃO, AS ESTRATÉGIAS E OS EFEITOS DAS POLÍTICAS DA GESTÃO 89/92, NA ARS-6

6.1 Avaliação da situação de saúde na ARS-6 219
6.1.1 Condições de vida e saúde na ARS-6 220
6.2 A ótica dos gestores regionais e distritais 227
6.2.1 Propostas para a área da saúde: peculiaridades da ARS-6 227
6.2.2 A implementação das propostas na região e distritos de saúde 232
6.2.3 Os resultados na ARS-6 254
6.3 As ações de saúde na assistência direta: a ótica dos gestores locais e técnicos nos serviços 257
6.3.1 Unidades Básicas de Saúde 257
6.3.2 Emergências Psiquiátricas e Enfermarias de Saúde Mental 272
6.3.3 Hospitais-Dia 282
6.3.4 Centros de Convivência e Cooperativa 300
6.3.5 Unidade de Reabilitação do Hospital Prof. Dr. Alípio Corrêa Neto 328
6.4 A ótica dos usuários dos serviços 337
6.5 A ótica das organizações/movimentos da sociedade civil na área de saúde na ARS-6 352

7.A PERMANÊNCIA DAS INOVAÇÕES POLÍTICAS DA GESTÃO 89/92 NA ÁREA DE SAÚDE EM GERAL, SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

7.1 Introdução 367
7.2 As propostas e ações da gestão 93/96 na área da saúde 369
7.2.1 Propostas na área da saúde: período inicial 370
7.2.2 O PAS 395
7.3 A permanência dos programas e propostas da gestão 89/92 397
7.3.1 A ótica dos gestores centrais, regionais e distritais da gestão 89/92 398
7.3.2 A permanência concreta nos serviços: a ótica dos técnicos e gestores locais 401
7.3.3 A ótica dos usuários dos serviços 407
7.3.4 A ótica das organizações/movimentos sociais na área de saúde na ARS-6 408
7.3.5 Alguns comentários sobre a permanência das inovações implementadas 410

8. A AÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA ARS-6

8.1 A incorporação da terapia ocupacional na assistência municipal de saúde 414
8.1.1 Razões da incorporação da terapia ocupacional 419
8.1.2 Terapeuta ocupacional: um ator protagonista? 422
8.2 O trabalho realizado: a contribuição do terapeuta ocupacional para a assistência à saúde mental e à saúde da pessoa portadora de deficiência 424
8.2.1 A população assistida pelo terapeuta ocupacional no cotidiano dos serviços 424
8.2.2 Rotinas, métodos, técnicas, recursos de trabalho empregados pelo terapeuta ocupacional e sua relação com a equipe 428
8.3 A formação profissional e as demandas de trabalho na ARS-6 442
8.3.1 A graduação em terapia ocupacional e a atenção em saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência 443
8.3.2 A pós-graduação e a capacitação para o trabalho 449
8.4 A avaliação da contribuição do terapeuta ocupacional na ARS-6 453
8.4.1 A ótica dos terapeutas ocupacionais: lições aprendidas 453
8.4.2 A ótica dos demais atores sobre a contribuição do terapeuta ocupacional 456
8.5 Trilhas percorridas, caminhos construídos 467

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

9.1 A cidadania de 'loucos' e 'deficientes' 471
9.2 Trabalhadores técnicos e políticos – atores protagonistas 475
9.3 Aprender, compreender e poder conhecer: algumas perspectivas 479

ANEXOS

1. Roteiro das entrevistas 482
2. Entrevistas realizadas com os diferentes atores 489
3. Listagem das entrevistas realizadas 498
4. Dados coletados nos diferentes serviços para caracterização dos usuários 505
5. Dados estatísticos dos atendimentos na ARS-6 e composição da mostra 508
6. Detalhamento dos temas-guia das entrevistas por conjunto de atores 515

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 520

APRESENTAÇÃO

O objetivo central de nossa tese é estudar o processo de construção e implementação das inovações políticas introduzidas pela gestão 89/92 no município de São Paulo, no âmbito da saúde, particularmente em relação aos serviços criados na área de assistência à saúde mental e à saúde da pessoa portadora de deficiência, analisando-se também o papel desempenhado pelos recursos humanos na dinâmica de implantação daquelas inovações, em função de sua formação, de suas experiências anteriores, de suas motivações – inclusive, e em especial, as contribuições dos terapeutas ocupacionais, contratados em número significativo nesse período. Nos dedicamos, igualmente, à investigação do grau de permanência daquelas inovações políticas, durante a gestão seguinte (93/96), objetivando avaliar até que ponto os avanços alcançados lograram consolidar-se, mantendo-se vigentes mesmo após a mudança de governo.

Para abordar essas questões, procuramos inicialmente estudar o contexto em que estavam inseridas, os instrumentos teóricos próprios à sua análise e a realidade objetiva que as cercava, do ponto de vista físico, temporal, político-econômico e social. Ao mesmo tempo em que, neste trabalho, buscamos fundamentar solidamente a análise de nossos objetos de estudo, procuramos também observar permanentemente a realidade, de forma a não perder de vista as peculiaridades concretas dos problemas aos quais aqui nos reportamos, relacionando-as com os conceitos e circunstâncias mais gerais.

Assim, há quatro capítulos iniciais que estabelecem nosso balizamento teórico, desde definições relativas à perspectiva que adotaremos de Estado Capitalista, políticas sociais e cidadania, até retrospectivas históricas de interesse para esta tese. Já os quatro capítulos seguintes utilizam, a partir do quadro traçado, um conjunto de dados obtidos através de pesquisa documental e, principalmente, através de um extenso trabalho de campo, que constou de entrevistas em que tomamos o depoimento de gestores, técnicos, representantes de organizações / movimentos sociais e usuários, a respeito de suas avaliações sobre as propostas trazidas pelo governo 89/92.

No Capítulo 1, fixamos, pois, um referencial para o conceito de políticas públicas do Estado. Para tanto, tornava-se imprescindível adotar uma concepção de

Estado – no nosso caso, de Estado Capitalista. Optamos pelas construções constantes do trabalho de Offe, Lenhardt e Ronge (1984), que lá expusemos, com o nível de detalhe que nos pareceu suficiente. Explicitamos, assim, a caracterização daquele Estado através de suas determinações funcionais, conforme elaborado por esses autores. Discutimos seu caráter classista. Definimos os conceitos de políticas sociais do Estado, de seletividades, de filtros, de inovações sócio-políticas e outros, de forma a municiar nosso estudo com instrumentos adequados e tornar precisa a linguagem a ser futuramente utilizada. Debatemos a dinâmica das mudanças introduzidas pelas inovações sócio-políticas, com a progressiva transformação dos espaços de eventos e da forma de gestão do Estado capitalista determinados pela nova correlação de forças eventualmente presente, com seu impacto sobre as lutas pelos direitos de cidadania.

Apresentamos, ainda no Capítulo 1, um breve relato de alguns marcos importantes na história do capitalismo no presente século, do ponto de vista da subseqüente discussão de políticas públicas na área social: as instabilidades do início do século, que culminaram na grande crise de 1929, o surgimento posterior dos sistemas de 'bem-estar social' e a crise destes, dos anos 70 em diante. No caso da América Latina, estudamos a influência das experiências neoliberais que nessa época ganham força no continente: Chile, ainda naquela década; Brasil e diversos outros países, nos anos 80 e 90.

No Capítulo 2, buscamos descrever a trajetória histórica das políticas de saúde no Brasil e, em particular, apresentar uma análise dos significados, contradições e alcances do Sistema Único de Saúde. Isto teve fundamental importância para nossa tese, dado que, pela abordagem definida no Capítulo 1, necessitávamos compreender a dinâmica instalada na área da saúde pelo acúmulo histórico e estado atual do conjunto de instituições políticas a ela relacionadas. Para tal, era essencial conhecer ambas as questões, inclusive as estruturas jurídicas vigentes e sua construção. O texto deste capítulo procura aplicar os conceitos do referencial estabelecido anteriormente à problemática concreta de que aqui tratamos, buscando, por exemplo, estabelecer a diferença entre as restrições sistemáticas e não aleatórias aos espaços de possibilidades de eventos na área da saúde - antes e depois

da abertura democrática no Brasil, e analisando as distinções entre a operação dos diferentes filtros numa época e em outra.

Discutimos, no Capítulo 3, as políticas de assistência na área de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, procurando balizar o trabalho através da apresentação do quadro histórico nessas áreas, no nível nacional e mundial, relacionando as diferentes propostas técnicas relativas ao lidar com a 'loucura' e a 'deficiência' com o grau de cidadania e proteção social alcançados por indivíduos acometidos dessas problemáticas e seus familiares, nos diferentes contextos.

Na área de saúde mental, relatamos as experiências de vários países, escolhidos entre aqueles em que as conquistas de direitos de cidadania têm avançado e em relação ao quais há material bibliográfico suficiente disponível; explicitamos os princípios que nortearam essas experiências, os equipamentos que utilizaram e as modificações nas instituições políticas do Estado adotadas, inclusive no campo jurídico. Traçamos, assim, um rápido quadro internacional, abordando desde a psiquiatria clássica até os movimentos mais recentes, tais como a 'psiquiatria reformada', a 'antipsiquiatria' e a 'desinstitucionalização', na linha basagliana. Pareceu-nos útil e necessária esta retrospectiva, face à influência que os diversos movimentos exerceram, ao longo do tempo – e ainda exercem, sobre os correspondentes desdobramentos ocorridos em nosso país. Até por que as linhas de desinstitucionalização, com suas lutas pelo fim dos manicômios, tiveram forte impacto nas políticas públicas assumidas pelos diversos governos do campo democrático-popular que, no Brasil, se empenharam em equacionar a problemática da assistência à saúde mental.

Registramos igualmente a trajetória das propostas e práticas quanto ao lidar com o 'problema da loucura', com a 'doença mental', no Brasil, desde as primeiras décadas deste século até os anos 80, palco de extraordinária ebulição política neste país, fruto das lutas por redemocratização e pela conquista de direitos de cidadania. Os movimentos de saúde, no bojo destes eventos, discutiam temas como a reforma sanitária; na área dos portadores de transtornos mentais, cuja absoluta falta de direitos individuais era mais um exemplo das muitas arbitrariedades que nas décadas anteriores haviam sido cometidas, realizou-se, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental – um marco fundamental da luta pela reforma psiquiátrica no país.

Abriu-se espaço, nos anos seguintes, a partir da criação do SUS (1988) e da eleição de prefeituras/governos compromissados com sua construção, para novas experiências na área.

Quanto às pessoas portadoras de deficiência, recuperamos, internacionalmente, as mudanças trazidas pela construção da racionalidade científica moderna. Descrevemos o impacto causado pelas duas Guerras, com seus mutilados e a enorme demanda por mão-de-obra então surgida, durante e depois dos conflitos, da qual resultou forte impulso ao processo de inserção e reinserção dos 'deficientes' nas relações de troca, estabelecendo-se condições objetivas para a consolidação de diversas profissões correlatas (anos 50/60), como terapia ocupacional e fisioterapia. Ao mesmo tempo, eclodiam organizações em defesa dos direitos dos portadores de deficiência, em meio a diversos movimentos da sociedade civil, de cunho social.

No Brasil, durante as primeiras décadas do século XX, a tendência asilar foi predominantemente mantida. A década 50 marcou o início de modificações mais substanciais no cenário da saúde das pessoas portadoras de deficiência, com a instituição, em São Paulo, do primeiro centro público de referência e reabilitação para a reinserção no trabalho, na linha do preconizado pela Organização Mundial de Saúde. A par disso, diversas foram as iniciativas, na área, levadas a termo pela iniciativa privada, em geral de caráter filantrópico e/ou de solidariedade, a partir da década de 40, e, de forma mais intensificada, dos anos 50 em diante. Com o golpe militar de 1964, contudo, os governos da Ditadura abriram caminho para o florescimento da exploração de espaços pela iniciativa privada, inclusive no campo da reabilitação. A abertura política, nos anos 80, permitiu a expressão de manifestações similares às já descritas para a saúde mental: organizaram-se, de forma militante, diferentes movimentos de pessoas portadoras de deficiência, que, contando com mudanças profundas na correlação de forças existente e com novos desdobramentos no campo jurídico (como o SUS), articularam a luta pelos direitos das pessoas portadoras de deficiência.

Delineamos, no Capítulo 4, o percurso profissional dos terapeutas ocupacionais, cuja participação no processo de implementação de propostas de assistência aos dois grupos populacionais objeto de nosso estudo acompanhamos mais de perto. A necessidade de entender o histórico da profissão e respectiva

formação prende-se ao fato de que este é um elemento importante para a avaliação do papel desempenhado por esses recursos humanos naquele processo.

Fizemos, portanto, um breve histórico do surgimento da terapia ocupacional no primeiro mundo, no início do século XX, época em que o recrutamento era feito através de critérios de seleção do tipo 'moral', onde mais importava o 'caráter' do que conhecimentos técnicos especializados. Mostramos como, no pós-guerra, passou-se a exigir do terapeuta ocupacional um preparo mais 'técnico' e 'científico', consolidando-se, aos poucos, a nova profissão, que foi adquirindo identidade própria e campo específico de atuação. É importante ressaltar aqui que, a par da definição, mais recente, de aspectos técnicos – hoje importantes – da formação acadêmica dos terapeutas ocupacionais, houve pois, ao longo de toda a história da própria profissão, um contato permanente destes com as populações alvo de nosso trabalho, o que é um elemento que não pode ser negligenciado. Nos reportamos igualmente à formação e à prática dos terapeutas ocupacionais, no caso brasileiro (em que estes foram inicialmente caracterizados como exercendo 'funções intermediárias'), que seguiram linha similar à dos países centrais, com algumas décadas de atraso. Caracterizamos as sucessivas transformações pelas quais passaram aquela formação e prática, até os anos 80/90, buscando elencar as limitações e vantagens que estas lhes conferiram e quais os fatores que permitiram (ou dificultaram) a esse profissional, a partir daí, responder às demandas e necessidades dos usuários dos diferentes serviços criados em São Paulo, de 1989 em diante, na assistência pública municipal, dentro da lógica do SUS.

O Capítulo 5 focalizou as propostas do governo eleito em 1988 e a visão dos gestores centrais sobre o processo ocorrido durante os anos dessa gestão, bem como o contexto da saúde e das sub-áreas específicas que aqui tratamos, no Município de São Paulo.

Traçamos um diagnóstico do quadro encontrado, detalhamos as propostas de governo na área da saúde e, com mais ênfase, os programas voltados para o atendimento das populações objeto desta tese – as inovações sócio-políticas adotadas; e, por fim, debatemos a implementação concreta dessas propostas. Discutimos, para tal, num primeiro momento, as diretrizes programáticas do Partido dos Trabalhadores e as contradições existentes a respeito, no interior deste, antes e

durante a gestão, bem como a interface entre o novo governo e os movimentos de saúde, que, além de se constituírem em importante base de sustentação política deste, foram uma das principais fontes em que aquela administração foi buscar seus gestores. Na seqüência, descrevemos as dificuldades e resistências encontradas, os recursos humanos e financeiros disponíveis, enfim, os percalços, sucessos e alguns dos condicionantes do processo de implantação daquelas políticas.

No Capítulo 6 (bem como nos dois últimos), os depoimentos por nós obtidos no trabalho de campo foram subsídios que desempenharam um papel bastante diferenciado. Neste capítulo, e nos seguintes, aparecem, no concreto das vivências de cada um, nas falas que registram os fatos do dia-a-dia, os erros e acertos da proposta, seus avanços e limitações práticas, os conflitos presentes nos serviços. Sintetizamos aqui a visão dos diversos atores envolvidos, em relação às ações desenvolvidas pelo governo na assistência às populações estudadas, na ARS-6, onde concentramos geograficamente nosso trabalho.

Antes de prosseguir, contudo, uma palavra sobre a escolha da ARS-6. A zona leste foi uma das regiões da cidade onde o movimento popular de saúde se iniciou, teve e tem importante atuação, desde o final da década de 70, exercendo grande pressão junto ao Estado e ao Município de São Paulo, para a criação e implantação de serviços de saúde, segundo as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde e exercitando, na prática, a participação popular na gestão dos conselhos de saúde. As discussões e a organização dos movimentos, no que diz respeito aos temas da luta antimanicomial, à criação de serviços alternativos ao manicômio e à assistência a portadores de deficiência, contaram com a presença ativa de usuários e técnicos de saúde. Por outro lado, trata-se de região periférica, apresentando problemas típicos de países como o nosso, em que demandas específicas (como as que estudamos) entram em conflito com as exigências básicas de uma população que vive de maneira muito aguda os problemas da miséria e da carência generalizada, em todos os âmbitos. Por esses motivos consideramos essa área como sendo privilegiada, no sentido de possibilitar o conhecimento, a descrição e o estudo, em profundidade, da atenção tanto às pessoas que sofrem psiquicamente quanto às pessoas portadoras de deficiência, enquanto propostas assistenciais públicas, pois na

região conviviam, em contraponto, a dura realidade vigente, as contradições dela decorrentes e, simultaneamente, uma forte tradição de luta, por parte da população.

O Capítulo 6 inicia-se, portanto, com uma avaliação detalhada da situação de saúde existente na ARS-6.

Fizemos, a seguir, um diagnóstico múltiplo sobre a construção, as estratégias de implantação e os efeitos das políticas da gestão 89/92. Abordamos esta questão do ângulo de cada um dos segmentos que vivenciaram o processo.

Relatamos, discutimos e analisamos as impressões, as opiniões e as experiências dos gestores locais e dos técnicos nos serviços, por equipamento. Vimos, portanto, quais foram as dificuldades, contradições e sucessos obtidos pelos serviços propostos pelos modelos de atenção, nas duas áreas, tanto nas UBSs, como nas Emergências Psiquiátricas, nas Enfermarias de Saúde Mental, nos Hospitais-Dia, nos Centros de Convivência e Cooperativas e na Unidade de Reabilitação do Hospital Prof. Dr. Alípio Correa Neto.

A partir do material das entrevistas com os usuários dos serviços de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, desenhamos a forma pelo qual foram vistas as novas mudanças, do ponto de vista destes – suas expectativas e avaliações.

Finalmente, abordamos a ótica das organizações e movimentos sociais na área de saúde. No campo da saúde mental, verificamos a grande proximidade entre gestão e os movimentos, com as vantagens que daí decorreram e com as inerentes contradições. Retratamos também a visão dos movimentos pelos direitos da saúde da pessoa portadora de deficiência, menos envolvidos diretamente na gestão, suas angústias e críticas com a morosidade das ações na respectiva área e sua luta pela efetiva implantação das propostas já aprovadas.

Fizemos, ao longo de todo o Capítulo 6, uma avaliação crítica das diferentes opiniões encontradas, uma análise e um balanço dos resultados obtidos.

O Capítulo 7 busca investigar a permanência das inovações políticas introduzidas no período 89/92, na área da saúde e nas áreas específicas, no período 93/96. Em outras palavras, nos perguntamos qual foi o saldo final, quais foram as marcas efetivas e duradouras - em termos dos objetivos que a gestão 89/92 afirmava defender, deixados pelas intervenções desse governo nessa área, assim entendidos os

legados que, institucionalizados politicamente no período, adquiriram um certo grau de irreversibilidade, fruto de sua incorporação à consciência sanitária da população, enquanto conquistas capazes de expressar a satisfação de necessidades historicamente construídas e cuja supressão não será admitida sem oposição pelos movimentos populares, pela sociedade civil organizada.

Para isso, nos referimos primeiramente às mudanças de rumo impostas pelo governo 93/96, de orientação política distinta do anterior, resumindo brevemente as principais propostas e ações adotados. Incluímos uma rápida menção ao Plano de Atendimento à Saúde – PAS, implantado em 1996 no município de São Paulo. Nosso objetivo aqui não foi o de analisar ou discutir essas questões em seu próprio mérito, mas apenas desenhar o pano de fundo que parametrizou o grau daquela permanência.

Neste capítulo nos valemos, novamente, dos depoimentos prestados por usuários, gestores de ambos os governos, técnicos dos diversos serviços e representantes de organizações e/ou movimentos sociais.

No Capítulo 8 discutimos o papel dos terapeutas ocupacionais na implantação das propostas de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, na ARS-6. Traçamos um histórico de sua incorporação, vinculada à oferta de serviços para essas populações, no âmbito da assistência pública. Expusemos minuciosamente as contribuições desse profissional no cotidiano desses serviços: rotinas, métodos, técnicas, recursos de trabalho empregados e sua interação com as equipes. Para entender até que ponto foi possível aos terapeutas ocupacionais responder às demandas colocadas, procuramos analisar os diversos fatores que influenciaram o processo, em especial sua formação profissional e suas experiências pregressas, no campo da prática, e a importância destes frente às múltiplas questões de natureza técnica e/ou política envolvidas. Apresentamos, na seqüência, uma síntese da opinião dos próprios terapeutas ocupacionais e dos demais atores sobre a contribuição dos primeiros. Encerramos o texto com nossa avaliação sobre essas questões.

Finalmente, resumimos algumas observações sobre tópicos que nos pareceram de maior relevância sob o título de ‘Comentários finais’, em que, para além das conclusões, destacamos a essencialidade dos técnicos em quaisquer

transformações decorrentes da implantação de inovações políticas e procuramos apontar caminhos que, a nosso ver, podem nortear a continuidade de nosso trabalho, no sentido de prosseguir investigando o tema que nos motivou, buscando compreender: o que pode de fato fazer, em termos da conquista da cidadania pela maioria da população, uma gestão efetivamente comprometida com um 'governo para todos', dadas as limitações impostas pela realidade; como melhor analisar esta questão, do ponto de vista técnico e político, na área da saúde, relativamente a grupos – como os aqui estudados – que têm sido sistematicamente alijados de seus direitos mais elementares; como melhor apreender a complexa interação dos recursos humanos com a dinâmica das transformações necessárias a essas mudanças – condição necessária ao repensar de sua formação – inclusive acadêmica.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Aspectos gerais

Foi escolhida a Administração Regional de Saúde - 6 (ARS-6) da Secretaria Municipal de Saúde, situada na zona leste do município de São Paulo e compreendendo os distritos censitários de Ermelino Matarazzo, Ponte Rasa, Itaim Paulista, Jardim Helena, São Miguel Paulista, Vila Jacuí e Vila Curuçá. Sua população e sua área representavam, em 1991, 7,4% e 4,0%, respectivamente, do total do município, sendo a densidade demográfica, portanto, 85% maior na ARS-6 do que em São Paulo como um todo. A ARS-6 compõe-se também de três Distritos de Saúde, a saber: DS 61, São Miguel Paulista; DS 62, Ermelino Matarazzo; e DS 63, Itaim Paulista.

Foi estudado o período de proposição e criação de serviços de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência (1989-1992), bem como o correspondente aos quatro anos seguintes (1993-1996).

A ARS-6 se constitui em área periférica, não homogênea em suas condições de saneamento, saúde e vida, registrando-se, por exemplo, diferenças importantes nas taxas de mortalidade infantil que, em 1991, variavam de 36,21 por mil nascidos vivos em Ermelino Matarazzo até 31,63 em São Miguel Paulista (FSEADE, 1993).

Em 1996, a região dispunha de rede de serviços municipais composta por: 15 Unidades Básicas de Saúde; 02 Hospitais Gerais, contando ambos com Emergência Psiquiátrica – um deles tinha também uma Enfermaria de Saúde Mental e uma Unidade de Reabilitação; 01 Pronto Socorro; 01 Pronto-Atendimento; 01 Ambulatório de Especialidades; 03 Centros de Convivência e Cooperativas e 02 Hospitais-Dia, para atendimento em saúde mental. Esses serviços integravam os planejados pelo Programa de Saúde Mental, compreendendo assistência em Hospital Geral, nos Pronto-Socorros, emergências psiquiátricas e equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde, além daquela disponível em Hospitais-Dia, específica para saúde mental, e em centros de convivência, que atendiam, inclusive, pessoas portadoras de deficiência.

Segundo dados do Programa de Saúde do Deficiente cerca de 70% das unidades básicas de saúde desenvolviam ações programáticas em saúde da pessoa

portadora de deficiência (SMS, 1993). O Hospital Municipal de Ermelino Matarazzo, inaugurado em 1990, contava com uma Unidade de Reabilitação.

Dada a conhecida tradição de luta popular pelos direitos à saúde, na Zona Leste, e, em particular, na ARS-6, assim como no campo da saúde mental e da pessoa portadora de deficiência, consideramos essa área como sendo privilegiada, no sentido de possibilitar o conhecimento, a descrição e o estudo, em profundidade, tanto da atenção em saúde mental, como das pessoas portadoras de deficiência, enquanto propostas assistenciais públicas.

A Pesquisa

A análise da experiência dessa região, que se insere no campo das pesquisas qualitativas, trabalhando a partir de uma visão que busca, também, incluir informações quantitativas para compreender o objeto, em diferentes aspectos da realidade de investigação (Minayo, 1994), foi realizada a partir de:

Pesquisa documental

Nossa pesquisa documental pode ser brevemente descrita como se segue:

Nível municipal:

a. Levantamento de documentação e textos oficiais do município, referentes ao período em questão, que fundamentam a política assistencial implementada e as ações do terapeuta ocupacional nos serviços municipais de saúde;

b. Análise das modificações jurídico-legislativas no âmbito da saúde: a Lei Orgânica Municipal;

c. Identificação dos terapeutas ocupacionais contratados desde 1989 e sua distribuição nos serviços;

Nível da ARS-6:

a. Levantamento de documentação e textos oficiais da região, durante a época considerada;

b. Identificação dos terapeutas ocupacionais contratados para trabalhar na ARS-6 desde 1989 e sua distribuição nos serviços;

c. Identificação das características educacionais, a nível de graduação, dos terapeutas ocupacionais dos serviços municipais de saúde da região, a partir das estruturas curriculares vigentes à época de sua formação.

Pesquisa de campo:

Iniciamos a pesquisa de campo em março de 1996, coletando material nos serviços, junto aos gestores, nos vários níveis de administração, aos técnicos e junto aos representantes de organizações sociais e/ou do Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo.

Paralelamente a isso, elaboramos os roteiros das entrevistas, de forma a possibilitar a identificação, através da análise das respostas às questões apresentadas aos diferentes atores, de situações relativas aos serviços públicos de saúde, de acordo com a seguinte seqüência:

Situações

I. Realidade anterior à gestão 89/92;

II. Políticas propostas pela gestão 89/92;

III. Implementação concreta dessas propostas, seus resultados e o papel dos terapeutas ocupacionais incorporados à Prefeitura;

IV. Realidade posterior à gestão: qual o saldo efetivo?

Os diferentes atores entrevistados foram os seguintes:

Atores

I. Gestores:

I.1 Gestores centrais;

I.2 Gestores regionais/distritais;

I.3 Gestores locais.

II. Técnicos:

II.1 Técnicos do atendimento à saúde mental / saúde dos portadores de deficiência (exceto terapeutas ocupacionais);

II.2 Terapeutas ocupacionais.

III. Usuários

IV. Organizações / movimentos da sociedade civil na área da saúde

A lógica da construção dos roteiros foi a de elaborar perguntas que elucidassem como cada um dos atores percebeu as diversas situações apontadas. A participação dos terapeutas ocupacionais no processo foi enfatizada, de forma a garantir a oportunidade de estudá-la dos mais diversos ângulos - do ponto de vista dos gestores das propostas e responsáveis pelos serviços; da ótica dos colegas de equipe e da dos próprios terapeutas ocupacionais, bem como da perspectiva dos usuários e das organizações e movimentos da sociedade civil. A obtenção de dados que permitam análise igualmente multifacetada dos aspectos mais gerais descritos nas situações I a IV foi também o fio condutor das respectivas questões, constantes dos roteiros (Anexo 1).

Excetuando-se os usuários, foram realizadas 83 entrevistas que duraram em média duas horas, entre março e outubro de 1996, conforme consta nos Anexos 2 e 3. As mesmas foram gravadas, transcritas, digitadas e enviadas aos entrevistados para conhecimento e eventuais correções. Feitas as correções necessárias, o texto foi novamente enviado ao entrevistado. Todas as entrevistas foram realizadas por nós, bem como a correção da transcrição feita por três auxiliares de pesquisa, anteriormente ao envio desse material para os sujeitos. Esse trabalho foi finalizado em setembro de 1997.

A partir de prontuários dos serviços municipais de saúde da ARS-6, com relação aos programas em estudo, montamos um banco de dados de 1106 usuários dos serviços de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência (Anexo 4).

Tendo como base esse banco, bem como o relatório de atendimentos prestados na ARS-6, no período pesquisado (Anexo 5), nossa assessoria estatística estipulou que deveriam ser entrevistados 33, dentre os usuários que passaram pelos serviços em que atuaram terapeutas ocupacionais, distribuídos nos três distritos que compunham a ARS-6. Foram sorteados, proporcionalmente, 50 usuários e feitas 35 entrevistas (Anexo 2). Essas entrevistas foram realizadas entre junho e outubro de 1997, por três auxiliares de pesquisa preparados por nós entre os meses de abril e maio do mesmo ano. Tiveram a duração de cerca de quarenta minutos, em média. Os procedimentos quanto à transcrição, correção e envio do material para cada um dos entrevistados foi o mesmo adotado anteriormente, e ocorreu entre os meses de agosto e novembro/97. Assim sendo, dispomos de dados de 118 entrevistas.

Categorização de aspectos levantados nas entrevistas, para análise

Incorporamos, nos quatro últimos capítulos desta tese, elementos das entrevistas mencionadas, de forma a documentar, enriquecer e fundamentar a análise a ser apresentada, possibilitando o detalhamento e exemplificação da problemática retratada.

Para que essa incorporação pudesse ser adequadamente feita, sendo pautada por parâmetros que nos permitissem organizar e orientar o discurso, no sentido da análise das questões propostas nesta tese, foi preciso categorizar os temas-guia que perpassam os depoimentos dos diversos atores que intervieram nos processos que aqui são pesquisados, classificando-os de maneira sistemática.

A metodologia que utilizamos para essa classificação seguiu a construção teórica presente no Capítulo 1, e, a partir das teses ali assumidas, adotamos igualmente, neste trabalho, em linhas gerais, a proposta dos autores lá citados, para a análise da dinâmica de mudanças das políticas sociais - as inovações socio-políticas - dentro da seguinte seqüência:

(1) Demonstramos que os atores dentro do aparelho estatal só podiam conciliar as exigências admitidas (por eles, em função de seu programa declarado de ação, apoiado majoritariamente pelo conjunto de forças políticas que os elegeu) e necessidades humanas já anteriormente sancionadas com os requisitos de reprodução do capital se mudassem a forma de gerar, financiar e distribuir as prestações de serviços sociais, isto é, se adotarem inovações sócio-políticas.

(2) Identificamos as estratégias de implementação dessas inovações.

(3) Avaliamos os efeitos de tais estratégias. Este último item foi de suma importância para o nosso trabalho, por dizer respeito ao resultado efetivo de tais inovações e respectivo impacto, com benefício ou prejuízo desta ou daquela classe social. O estudo desses efeitos incluiu a análise dos padrões e estratégias de conflito verificadas durante o processo.

(4) Por último, nos coube observar o grau de permanência dessas inovações, ou seja, a medida da estabilidade, do grau de absorção e incorporação das mudanças, como novas integrantes do 'estoque' das necessidades humanas sancionadas.

A escolha dessa orientação implicou, a seu lado, a definição de quatro grandes eixos genéricos.

A - Situação anterior

Este item refere-se a informações e avaliações relativas à compreensão da situação concreta vigente, no âmbito dos assuntos que aqui abordamos, em momento imediatamente anterior ao período sob análise. Isto foi essencial para que, combinando esta informação com o conhecimento das exigências admitidas pelas gestão 89/92, 'em função de seu programa declarado de ação, apoiado majoritariamente pelo conjunto de forças políticas que a elegeu', pudessem ser compreendidas as necessidades e motivações que levaram os gestores a 'mudar a forma de gerar, financiar e distribuir as prestações de serviços sociais, isto é, a adotar inovações sócio-políticas'.

B - Propostas

Um segundo ponto de importância central foi a apreensão das diversas perspectivas e entendimentos havidos sobre as propostas que se pretendia referendar, pois daí adviria uma compreensão mais exata das inovações sócio-políticas em efetiva implantação.

C - Processo

Outro aspecto que despontou como fundamental foi a compreensão do processo através do qual se deu a tentativa de implementação dessas políticas públicas, pré-requisito para que se lograsse 'identificar as estratégias de implementação dessas inovações' e mesmo 'avaliar os efeitos dessas estratégias':

- De que forma interagiram o poder municipal, usuários e movimentos de saúde?
- A proposta afinal colocada em prática considerou um debate democrático, envolvendo esses sujeitos?
- Em que medida as novas práticas institucionalizadas foram consolidadas, internalizadas e passaram a fazer conscientemente parte de exigências das quais a população não mais se disporia a abrir mão?
- Até que ponto contribuiu - ou não - para o êxito e para uma ancoragem mais definitiva dessas propostas o perfil e a formação anteriores dos terapeutas ocupacionais incorporados?
- Para que tal se desse e/ou venha a se dar com mais eficácia, será necessária reciclagem de recursos humanos que os adeqüe aos desafios contidos na adoção das propostas?

D - Permanência

Em função de todas essas considerações e levando-se também em conta que o governo municipal de São Paulo em 89/92, cujas ações evidentemente foram restritas pelas limitações impostas por uma lógica de funcionamento econômico-político-social, pautada pelas determinações do Estado capitalista democrático e pelos filtros que delimitam os espaços de possibilidades de gestão dentro desse quadro, mas que, por outro lado, propunha uma atuação que visava, apesar disso, a maximização possível da extensão da cidadania a toda a população, deve ser inquirido:

- Qual o saldo final, quais as marcas efetivas e duradouras - em termos dos objetivos que a gestão afirmava defender, deixados pelas intervenções desse governo nessa área, assim entendidos os legados que, institucionalizados politicamente no período, adquiriram um certo grau de irreversibilidade, fruto de sua incorporação ao imaginário popular, enquanto conquistas capazes de expressar a satisfação de necessidades historicamente construídas e cuja supressão não será admitida sem oposição pelos movimentos populares, pela sociedade civil organizada?
- Se houve retrocesso, se em alguns aspectos avanços anteriores (segundo as diferentes óticas) se esvaíram, de que isso foi resultado? Em particular, algo deixou de ser feito, no sentido de dar maior estabilidade futura à seus empreendimentos?

Em resumo, neste item 'caberá observar o grau de permanência das inovações sócio-políticas'.

Finalmente, quanto ao detalhamento, para cada um dos particulares conjuntos de atores envolvidos que entrevistamos, dos aspectos correlatos aos temas recorrentes descritos, sugerimos a consulta ao Anexo 6, que trata do assunto.

1. ESTADO CAPITALISTA, POLÍTICAS PÚBLICAS E CIDADANIA

Uma das questões centrais e sempre atual na análise do Estado contemporâneo é a que se refere à compreensão da gênese das políticas públicas - no nosso caso, com maior foco, das políticas sociais - a partir das estruturas econômicas e político-institucionais existentes. No Estado capitalista, baseado na valorização privada do capital e na venda do trabalho enquanto forma-mercadoria, em que essas estruturas têm intrinsicamente caráter classista, quais são as funções que competem àquelas políticas? Quais são os limites objetivos a que estão sujeitas, dentro do leque de elasticidade paradigmático do Estado capitalista, sejam quais forem os atores situados à frente deste? Quais são portanto as ações possíveis nesse contexto e em que medida são estas definidoras de mudanças observáveis e estáveis? Como inserir nesta análise os temas da cidadania, das transformações sociais, no sentido da construção de um mundo socialmente menos injusto?

Para viabilizar um tratamento adequado a essas perguntas e à problemática que aqui nos interessa mais de perto, será necessário balizar o referencial teórico que utilizaremos neste trabalho. Para tal dividiremos este capítulo em três sub-tópicos.

1.1 O caráter classista do Estado capitalista.

Apresentamos primeiramente a conceituação de *Estado capitalista democrático* e de políticas desse Estado, a partir de formulações que, em linhas gerais, estão em consonância com as definições introduzidas por Offe (1984); Offe e Lenhardt (1984) e Offe e Ronge (1984). Convém anotar aqui que, embora esses autores utilizem apenas a expressão "Estado capitalista", está claro que a componente democrática é pressuposto implícito.

A partir daquelas definições, os Estados capitalistas democráticos podem ser entendidos como formas institucionais de poder público que, em sua relação com a produção material, se caracterizam basicamente por três *determinações funcionais***,** que passamos a descrever:

1. Privatização da produção

É privada a propriedade dos meios de produção, sejam estes força de trabalho ou capital. Não é função do poder público organizar esta produção material segundo seus próprios critérios políticos. Isto não quer dizer que o Estado não possa

ser detentor de parcela significativa de capital. O Estado, em realidade, possui em geral um contingente significativo de bens de capital e dispõe de um orçamento, que é politicamente aprovado e financeiramente executado no decorrer de cada ano; tanto um quanto outro podem, em maior ou menor grau, de acordo com o tipo de gestão do Estado capitalista, ser parcialmente utilizados tanto como subsídio direto ou indireto do processo de acumulação de capital privado ou como financiamento da reprodução da força de trabalho;

2. Dependência estrutural do processo de acumulação

O orçamento do Estado capitalista provem de arrecadação fixada através de regras tributárias que, variando dentro de certos limites, desde que respeitado o processo de acumulação, transferem para o Estado parcelas de recursos dos diversos segmentos que compõem o processo produtivo. O montante dos recursos orçamentários, portanto, depende diretamente daquela acumulação. Por outro lado, parte substancial das políticas públicas emanadas do Estado só pode se viabilizar concretamente através de correspondente destinação de verbas e subsequente repasse financeiro. Em conseqüência, o poder público é refém não só economicamente como em termos políticos do processo de acumulação, sobre o qual não tem controle direto, já que está impedido de intervir diretamente em sua geração;

3. Legitimação democrática

O Estado capitalista está submetido a dupla determinação do poder político: do ponto de vista do conteúdo, este é determinado pelo desenvolvimento e requisitos do processo de acumulação; já enquanto forma institucional está sujeito às regras do governo democrático-representativo, através do mecanismo de eleições periódicas.

As *políticas do Estado capitalista* serão definidas como:

> *"o conjunto de estratégias mediante as quais se produzem e reproduzem constantemente o acordo e a compatibilidade entre essas (...) determinações estruturais do Estado capitalista. (...) existe uma e* ***somente*** *uma estratégia geral de ação do Estado. Ela consiste em criar as condições segundo as quais* ***cada cidadão seja incluído nas relações de troca****. Criadas essas condições (...) todos os elementos constitutivos [as determinações funcionais] são igualmente considerados." (Offe & Ronge, 1984, p. 125, grifos no original)*

Esta definição indica a estratégia que deve nortear a concepção daquelas políticas, para que se cumpram as determinações do Estado capitalista, até como

condição da continuidade de sua existência. Portanto, os dirigentes eleitos terão que governar dentro dos limites de auto-preservação do sistema.

Para muito além disso, contudo, as políticas emanadas do executivo terão que ser articuladas e implementadas dentro e a partir do sistema de instituições políticas do Estado que, possuindo, em princípio, grande estabilidade temporal, é o guardião mais interno e eficaz do status quo. Em sua estrutura interna deveremos, em conseqüência, buscar os elementos que, ao exercer um poder de filtragem, impedindo a efetiva concretização de eventos potencialmente nocivos à continuidade do processo de acumulação, possam assegurar que apenas serão executadas estratégias que o preservem, garantindo ao mesmo tempo o equacionamento dos seguintes três problemas, para tal essenciais: a integração dos interesses resultantes do processo de valorização, isto é, a conciliação das arestas internas entre os vários setores do capital, inerentes à própria lógica de competição, com o estabelecimento de um denominador comum global; a proteção do capital contra interesses e conflitos anti-capitalistas; a ocultação destas duas ações, pois são necessários, nos processos de legitimação democrática, os votos dos indivíduos de todas as classes sociais e não apenas os daqueles pertencentes à classe dominante (Offe, 1984).

Essas considerações remetem a duas questões, que trataremos a seguir.

A primeira refere-se ao caráter da dominação de classes do Estado capitalista, questão tão antiga quanto polêmica. Inicialmente, é consenso que o Estado não é propriamente capitalista, no sentido de que não é ele mesmo, enquanto sujeito, o gestor e executor dos atos de valorização. Entretanto, não há dúvida que algo deve relacionar este Estado, não capitalista real, ou seja, em si próprio, com o conjunto de interesses e com a lógica do processo de acumulação, uma vez que sua própria sobrevivência depende:

(a) do seu êxito na compatibilização das contradições inerentes àquele conjunto de interesses, posto que a essência do capitalismo implica na concorrência entre eles, tanto verticalmente (em termos de volumes diferenciados de capital), quanto horizontalmente (enquanto área de atuação do capital);

(b) de sua habilidade em absorver e/ou reprimir interesses contrários ao capital e

(c) de sua capacidade de dissimular esses fatos.

Por outro lado, o nosso ponto de partida associa estas qualificações a invariantes da estrutura interna do sistema de instituições políticas do Estado e, assim, a interpretação da natureza do caráter de classe do Estado capitalista que adotaremos aqui é exatamente a de que esta reside nessas características estruturais daquele sistema.

É importante comentar previamente o porque desta opção, dada a existência de outras alternativas estabelecidas, em especial as que, de uma forma geral, consideram o aparelho do Estado capitalista como um instrumento que é utilizado pela classe dominante segundo seus interesses específicos, não podendo servir a qualquer outro interesse não-capitalista. Offe as classifica em "teorias da influência" e "teorias dos fatores limitativos" (1984, p. 141).

As primeiras apontam para o poder de intervenção direta e indireta que grupos e blocos do setor produtivo têm, no sentido de influenciar as ações do aparelho estatal em suas competências e funções legislativas, executivas e judiciárias: pressão, por parte dos diversos segmentos organizados, sobre decisões relativas à adoção de políticas públicas; interferência, desde jurídico-legal até corrupção concreta, nos controles e intervenções, reguladores de suas atividades, a cargo do poder estatal; domínio dos meios de comunicação e portanto da formação da opinião pública; influência no processo eleitoral, através da ajuda financeira dirigida e vinculada a compromissos políticos dos futuros eleitos e, finalmente, a ameaça sempre presente de redução de atividade ou mesmo transferência para o exterior, parcial ou total, da produção e conseqüente acumulação por parte deste ou daquele segmento do capital eventualmente insatisfeito com políticas que venham a ser adotadas - este é um trunfo real e particularmente impactante nos capitalismos centrais.

Já as teorias dos fatores limitativos representam o reflexo especular das primeiras: a falta de soberania das instituições e processos políticos seriam exemplos de que o aparelho do Estado não pode ser influenciado por interesses não capitalistas. Portanto, não haveria qualquer possibilidade, para as classes dominadas, de conseguir melhoria efetiva através da ocupação dos espaços institucionais existentes no capitalismo democrático, pois estes seriam sempre manipulados pela classe dominante e seus prepostos no poder.

O que ambas as teorias têm em comum é a visão do aparelho do Estado capitalista como um elemento externo à atuação do capital e, portanto, abstratamente neutro, podendo, em princípio, ser potencialmente utilizado pelas diversas classes; isto contudo não ocorreria em função de sua apropriação pela classe dominante - e apenas por ela - dado seu poder diferenciado de influência frente ao Estado e o não poder das demais.

Se é incontestável - até pela verificação empírica - que é real a capacidade intervenção direta e indireta do capital, como acabamos de descrever, quais as objeções a essas teorias e seus pressupostos básicos?

Em primeiro lugar, as pressões e influências exercidas pela classe dominante, embora existam, não podem ser quaisquer, mas têm que atuar dentro das limitações impostas pelo conjunto de instituições políticas do Estado capitalista e são relativas a um conjunto de eventos possíveis, pré-determinado estruturalmente por estas últimas.

Em segundo lugar e principalmente, essa ação superficial do capital (superficial porque não é ela a definidora do caráter de classe do Estado capitalista) não tem coesão e racionalidade para abstrair e cristalizar os interesses globais da valorização, ou seja, aquilo que seria aspiração comum a todos os capitalistas, dadas as contradições entre os diferentes segmentos produtivos que atuam no processo de acumulação. Ou seja, mesmo supondo por um instante que o Estado capitalista pudesse ser o instrumento de alguma classe, o capital não teria a possibilidade de articular e implementar uma ação concertada e unitária que fosse globalmente definidora de seus interesses comuns e não teria por conseguinte a possibilidade de instrumentalizá-lo (ao Estado), pelas seguintes razões: primeiro, pela natureza constitutiva da classe capitalista, que opõe seus vários segmentos, posto que a subjetividade individualizante das empresas é um empecilho à construção solidária de um projeto comum que consolide a essência capitalista global; segundo, porque a pressão competitiva (nacional/internacional) impede um planejamento estratégico de longo prazo; terceiro, porque cada capitalista, isoladamente, tende a considerar certos temas ‘políticos’ como algo que não é do seu interesse particular e muito menos é do horizonte de sua competência específica.

O Estado capitalista, de um lado, está portanto longe de ser um corpo inerte e não interativo, pronto a ser manipulado por qualquer classe, mesmo a mais poderosa; enquanto que, de outro, nem mesmo esta classe tem poder de coesão e organicidade suficientes para articular e sustentar, de forma uníssona e permanente, atividades que objetivem manipulá-lo. Não pode portanto o Estado, por sua complexidade, tanto estática quanto dinâmica, ser visto como um objeto a ser movido de fora por forças que nada tenham a ver com sua constituição - para que este movimento aconteça, deve haver uma relação de reciprocidade entre ações externas (isto é, pressões e intervenções no sentido de que certas políticas estatais sejam executadas) e características interiores do sistema de instituições políticas. Em outras palavras, as classes sociais do sistema capitalista agem sobre um sistema estruturalmente estável de instituições políticas que delineia o universo dos eventos potencialmente realizáveis. Em conseqüência, as ações dessas classes apenas delimitam, ao refletirem a resultante da correlação de forças entre os vários setores do capital e entre o capital como um todo e os demais atores da sociedade capitalista, em que região - entre as estruturalmente permitidas - se dará o equilíbrio dinâmico pontual do sistema, em um dado momento e conjuntura. Isto significa que o caráter classista do Estado capitalista está nos invariantes internos de sua dinâmica e não em um possível papel de instrumento de qualquer uma de suas classes - este é, em resumo, o ponto de vista que adotaremos neste trabalho.

O segundo problema ao qual nos remetem aquelas considerações iniciais é o de conceitualizar a dominação de classe implícita no Estado capitalista e suas instituições políticas - nos moldes expostos acima - como um "sistema de regulamentação seletivo, gerador de ocorrências, ou seja, como um 'processo de seleção'." (Offe, 1984, p. 147).

De acordo com nossas premissas teóricas, o Estado capitalista se caracteriza, em sua interação com a esfera produtiva, pelas três determinações funcionais: privatização da produção; dependência estrutural do processo de acumulação e legitimação democrática. Seu poder está portanto condicionado à sua capacidade de criar condições para a preservação dos interesses globais do capital (pois o Estado depende da acumulação que ele gera) protegendo-o a um só tempo de suas cisões internas e dos conflitos anti-capitalistas e à sua competência em dissimular esse seu

caráter classista, posto que sua forma de legitimação é o sufrágio universal pelos integrantes de todas as classes.

Por outro lado, o sistema de instituições políticas do Estado molda o universo dos eventos potencialmente realizáveis, de forma a que se cumpram as determinações funcionais deste e seja assegurada a continuidade de sua existência e a permanência de seu poder .

O conceito de *seletividade*, que configura esse poder discriminatório do coletivo de instituições políticas do Estado em relação ao conjunto de ocorrências socio-político-econômicas a que já nos referimos neste texto, será aqui pensado como uma *configuração de regras de exclusão institucionalizadas*, regras que, sancionadas pelas instituições políticas daquele Estado, operem uma *restrição sistemática e não aleatória dos espaços de possibilidades dos eventos*, excluindo assim desses espaços um subconjunto criteriosamente definido de eventos (os *não-eventos*), via *processos de seleção*, os quais também são designados pelo termo *filtros* (Offe, 1984).

À seletividade do aparelho estatal vinculada à criação das condições estruturais para a preservação do capital, que é o núcleo essencial de seu caráter de classe, nos referiremos como *seletividade convergente*; ela se relaciona à coordenação do interesse global capitalista (*seletividade convergente positiva*) ou à repressão dos interesses anti-capitalistas (*seletividade convergente negativa*). À seletividade que promove a invisibilização desse caráter classista do Estado, visando a sua *ocultação*, nos reportaremos como *seletividade divergente* (Offe, 1984).

A idéia central deste conceito, em outras palavras, é a seguinte: o capital não pode, ele próprio, realizar a síntese de seus interesses mais gerais. É o aparelho estatal, portanto, que deve apresentar seletividades que:

- destilem o cerne desses interesses, depurando-os dos detalhes irrelevantes, dos particularismos desnecessários, dos aspectos conflitivos que não sejam consensuais, de forma a favorecer de forma lúcida as pré-condições para sua melhor articulação e concretização, protegendo o capital de si mesmo, de sua diversidade e dos conflitos potenciais que dela adviriam a partir da própria lógica do processo de acumulação;
- neguem e restrinjam o espaço de concretização de eventos conflitivos de natureza anti-capitalista, protegendo o capital de seus contrários;

- implementem operações divergentes, isto é, ações que vão em direção oposta à realidade objetiva, ocultando-a, no sentido de preservar a farsa da aparente neutralidade do aparelho estatal, pré-condição à sua perpetuação e absolutamente necessária ao exercício continuado da dominação de classes.

Portanto, em resumo, consideraremos aqui que o caráter de classe do Estado capitalista não reside na sua manipulação pelo capital; que, além disso, o Estado não exerce atividades capitalistas, face à determinações funcional de privatização da produção; que, por outro lado, este Estado é dependente do processo de acumulação; que não é tampouco o capital, por suas contradições internas, o organizador das condições gerais que viabilizam este processo; e que, finalmente, os mecanismos e a natureza de dominação de classe no Estado capitalista estão vinculados à própria estrutura das instituições políticas destes e suas seletividades, convergente e divergente, que se expressam através de mecanismos de seleção ou filtros.

Descrevemos a seguir os principais filtros ou mecanismos de seleção apontados por Offe (1984).

Os mecanismos de seleção *estruturais* são aqueles que retiram da existência, isto é, definem como "não eventos", tudo aquilo que não tem respaldo nas instituições políticas do Estado, tanto legislativa como juridicamente, ou mesmo em termos burocráticos, orçamentários ou outros. Exemplificando: para que um determinado tema social possa ter tratamento político - possa existir enquanto evento realizável, é preciso que esteja no raio de ação permitido pela estrutura de alguma instituição política. Não é possível discutir politicamente a justeza ou não da divisão do lucro entre os trabalhadores de uma fábrica, dentro do sistema capitalista, pois a garantia jurídico-formal da propriedade privada e respectivos lucros coloca esta questão fora de existência; a discussão de como eliminar integralmente o déficit habitacional em um dado país cai no vazio se não há qualquer programa de apoio orçamentário a essa iniciativa; um projeto para distribuição estatal direta da produção agrícola, do produtor ao consumidor, sai do horizonte político se não há nenhuma estrutura burocrática que lhe dê suporte. Portanto, a inexistência estrutural de condições objetivas que dêem sentido real a um possível evento é um (poderoso) mecanismo de seleção.

Nem todos os eventos estruturalmente possíveis são efetivamente realizáveis. Apenas aqueles que possam ser percebidos e problematizados pelo 'senso comum', ou seja, aqueles compatíveis com as normas ideológicas e culturais em vigência, os capazes de passar pelos filtros *ideológicos*. Quanto mais rígidas forem aquelas, maior será a diferença entre o conjunto dos eventos estruturalmente possíveis e o dos ideologicamente realizáveis. Os mecanismos de auto-censura da imprensa são exemplos destes filtros: não é necessário que se estabeleça censura direta ou mesmo potencial para que um determinado fato passe a ser definido como existente (ou não) através dos noticiários; existe um consenso, entre articulistas, redatores, jornalistas e outros profissionais da mídia, em relação ao que é e ao que não é passível de ser noticiado e, mesmo em caso afirmativo, de que aspectos devem ou não virar notícia e de que forma.

Um outro mecanismo de seleção é o contido nos processos, nas regulamentações formais que enquadram e restringem o desenrolar de dados eventos. Em muitos casos, a regulamentação de um processo elimina um grande contingente de resultados e na verdade é estatisticamente condicionante destes; trata-se portanto de um jogo quase de cartas marcadas. Assim é: nas campanhas eleitorais, pela forma como são patrocinadas e propagandeadas; em muitos processos de licitação pública, onde as condições exigidas por si só eliminam grande parte dos eventuais concorrentes. Este é o filtro *processo*.

O filtro *repressão* funciona tanto diretamente, com a aplicação objetiva de punições via aparelhos formais do Estado (polícia, justiça, forças armadas, etc.) quanto indiretamente, através da ameaça velada de sua possível aplicação.

Passaremos agora a estudar em detalhe as políticas sociais, um particular tipo de política pública.

1.2 As políticas sociais do Estado capitalista

1.2.1 As políticas sociais do Estado capitalista e suas relações funcionais

As *políticas sociais* do Estado capitalista são definidas como um caso particular das políticas estatais: são aquelas relações e estratégias organizadas que visam criar as condições para que os *proprietários da força de trabalho sejam*

incluídos nas relações de troca, isto é, objetivam produzir continuamente a transformação destes em *trabalhadores assalariados* (Offe & Lenhardt, 1984).

Para que a incorporação que define as políticas sociais se verifique, estas precisam participar funcionalmente (embora não necessariamente como o único ator: nos itens abaixo entram igualmente em cena outras políticas estatais, que não são consideradas, de forma mais estrita, políticas sociais) da solução dos três problemas estruturais que indicamos a seguir:

(a) os proprietários da força de trabalho precisam estar inclinados a oferecer sua força de trabalho ao mercado, isto é, *dispostos a se proletarizar* - o que Offe e Lenhardt, em sua terminologia, chamam de "proletarização ativa" (1984, p. 15) -, aceitando o valor de troca determinado por aquele e os riscos e sobrecargas associados. Esta problemática é a relativa à necessidade de 'motivar' a venda da força de trabalho, que é certamente mais complexa do que o simples incentivo material compensatório.

(b) é necessário ainda que:

- de um lado, os proprietários da força de trabalho possam efetivamente negociá-la no mercado enquanto forma mercadoria, isto é, *possam se proletarizar*;
- de outro lado, que existam *sistemas de amparo*, externos ao mercado, nos quais os proprietários momentaneamente ou terminantemente despossuídos do poder de venda de sua força de trabalho possam se abrigar de forma temporária, para tratamento de saúde e/ou reciclagem profissional, que os reabilitem a voltar a atuar no mercado, ou de forma permanente, como é o caso de aposentadoria por idade ou invalidez;
- por último é preciso que o Estado defina *mecanimos normativos*, para controlar as condições em que será permitido a alguém ficar fora do mercado de trabalho.

O primeiro ângulo desta questão refere-se à possibilidade de concretização da troca da forma mercadoria trabalho, para o que é necessário um correspondente processo de educação, de formação profissional e, também, a solução de diversos problemas, tais como moradia e assistência à saúde física e mental do trabalhador e sua família, transporte entre a casa e o local de trabalho, entre outros.

O segundo, diz respeito à preservação da mercadoria que, por um certo de período de tempo, não pode ser trocada no mercado: trata-se de um afastamento

temporário, para tratamento de uma enfermidade passageira, de forma que o vigor físico ou o equilíbrio mental possa ser retomado, ou para reciclagem, de modo que o conhecimento anterior possa ser readaptado à nova realidade do mercado, renovando o valor de troca do trabalho, enquanto mercadoria.

O terceiro e último diz respeito ao papel de definir o conjunto de fatores mediante os quais o Estado avalisa a permanência do proprietário da força de trabalho fora do mercado. Isto é, trata-se de regulamentar aquelas circunstâncias em que este não é forçado a 'se dispor' a vender sua mercadoria. Não se trata apenas de sancionar a desproletarização permanente dos que se retiram do mercado por razões aceitas pelo Estado (como a aposentaria por tempo de serviço ou por invalidez, como tratadas em **(b)** acima). Aqui estamos falando daquele conjunto de pessoas ao qual é permitido, sob certas regras, não se proletarizar - como donas de casa, crianças e jovens em idade escolar, alguns portadores de deficiência, dentre outros.

(c) precisa haver um *controle quantitativo* do processo de proletarização. Este item refere-se ao ajuste fino que deve existir, por parte do Estado, de maneira que a desproletarização contínua e inevitável possa ser compensada numericamente por uma correspondente proletarização, mantendo-se a capacidade produtiva da economia e portanto o processo de acumulação.

Passamos a discutir a pertinência dessas três questões como centrais para a garantia de que a forma-mercadoria trabalho possa ser intercambiada de maneira permanente e duradoura no mercado, com a conseqüente segurança de continuidade e eficácia da valorização da qual depende o Estado capitalista.

Uma das principais características do capitalismo é o dinamismo, o ritmo muitas vezes vertiginoso de mudanças, em função do próprio funcionamento competitivo do mercado, que torna superados os meios de produção e a força de trabalho. Isto é o que ocorre sempre que entra em curso uma nova revolução tecnológica, do ponto de vista macro, ou, em menor escala, sempre que surge uma inovação poupadora de mão-de-obra; ou, por exemplo, quando a entrada no mercado de um novo produto elimina o consumo de um outro. A obsolecência da mercadoria trabalho e o conseqüente processo de *desproletarização* - a que Offe e Lenhardt chamam de "proletarização passiva" (1984, p. 15) -, isto é, de desapropriação das condições de utilização de força de trabalho, tem portanto rapidez que varia, em

alguns casos de maneira imprevisível, em função de um complexo de fatores: geopolíticos (país, estado, município), temporais, econômicos, setoriais e outros. Imprevisível também é, nesses mesmos sentidos, a eventual necessidade de mão-de-obra nova, de acordo com as necessidades variáveis do mercado.

Assim, viabilizar a oferta de reposição da força de trabalho adequada ao consumo do capital, na hora própria, no lugar correto e na quantidade necessária à valorização - seja para substituir a força de trabalho desproletarizada, seja para suprir as novas necessidades do mercado - facultando assim aos proprietários da força de trabalho a possibilidade de venda de sua mercadoria e, além disso, assegurar ainda sua disponibilidade para fazê-lo, é certamente um desafio extraordinariamente difícil.

Todo sistema que pretenda manter sua existência e portanto necessite preservar determinados invariantes de sua dinâmica precisa dispor de meios para repor aqueles seus elementos constitutivos que são destruídos periodicamente ou se tornam não funcionais, sendo eliminados ou reciclados, em velocidades diferentes e em diferentes pontos do espaço, ou para suprir possíveis novas necessidades. Para isso, novos elementos substitutivos devem estar disponíveis no instante certo, no local exato, em quantidades superiores às mínimas desejáveis. Além disso, precisarão ser adequados a desempenhar o papel dos elementos que deixaram de integrar o sistema ou os novos papéis que se desenham como necessários; do contrário o sistema todo pode entrar em crise ou até em colapso, dependendo da essencialidade e agudeza do desbalance produzido por eventuais carências. Isto é verdade para quaisquer sistemas, tais como físicos, químicos ou biológicos. A diferença qualitativa fundamental, no caso de sistemas sociais, é que os átomos individuais agora são pessoas e, como tal, itens como disponibilidade e adequação têm conteúdo que, trivial nos demais exemplos, neste se transformam no âmago da questão.

Os três problemas apontados acima sintetizam, nos Estados capitalistas, as principais dificuldades a serem vencidas para equacionar a permanente inclusão dos proprietários da força de trabalho no mercado, para o bom funcionamento do processo de acumulação.

Vamos analisar a seguir como se relacionam as seletividades do sistema de instituições políticas do Estado com aqueles problemas, em especial **(a)** e **(b).**

As seletividades das instituições políticas que necessitam entrar em jogo, no caso do primeiro problema, mencionado em **(a)**, são de diversas ordens.

A 'disposição' dos proprietários da força de trabalho de vendê-la no mercado certamente nada tem de 'natural', como já demonstrado por Marx (1977) em sua teoria da alienação; em conseqüência, o processo de proletarização nada tem de 'automático'. Portanto, trata-se de 'levar' esses proprietários a aceitar as incertezas, perigos e tensões inerentes à sua nova situação, bem como o preço a ser pago por sua mercadoria.

A seletividade ideológica desempenha aqui um papel importante. Permanecer desempregado, negando-se a vender a força de trabalho é um evento estruturalmente possível; contudo, como já observado anteriormente, o grau de rigidez das normas ideológicas e culturais impõe correspondente grau de redução do conjunto dos eventos ideologicamente realizáveis, frente aos estruturalmente possíveis (que o contem propriamente). Em outras palavras, quão mais drástico for o sistema de normas, quanto mais finos forem os respectivos filtros ideológicos, quanto mais estrita for a seletividade ideológica do Estado e mais agudas as políticas estatais organizadas por suas instituições políticas, tanto maior será o caráter de não-evento associado à condição de desemprego e maior a pressão no sentido de superá-la. Mecanismos de controle dos filtros ideológicos e políticas estatais correlatas podem então igualmente ajustar a 'disposição' do trabalhador a vender sua força de trabalho.

Os mecanismos de seleção e as políticas estatais repressivos implementadas pelas instituições correspondentes (polícia, exército, dentre outras) 'reforçam' a ação dos filtros ideológicos, na medida em que vedam as alternativas à venda da força de trabalho: proíbem-se assim a mendicância, a 'vadiagem', etc.

Finalmente, atua também a seletividade divergente, através de mecanismos de ocultação: procura-se escamotear o caráter de dominação de classe contido nas ações que impelem o proprietário da força de trabalho a disponibilizá-la no mercado. A verdadeira função do trabalho na sociedade capitalista, que é promover e sustentar a acumulação, é invisibilizada por frases do tipo: o trabalho dignifica o homem, ao

gerar a produção dos bens de que todos necessitam e outros lugares comuns do gênero.

A participação das políticas sociais na problemática apontada em **(b)** é dupla.

Em primeiro lugar, há o papel de garantir a integração dos interesses globais do capital, que é cumprido pelo Estado através de sua atuação em múltiplos âmbitos:

- na área de saúde, criando as condições para a manutenção ou para reaproveitamento posterior da força de trabalho, caso esteja esta temporariamente impedida de venda no mercado;
- na de educação, preparando os novos profissionais, do primeiro grau às escolas técnicas e universidades, ou readequando e reciclando os proprietários da força de trabalho aos requisitos dinâmicos do mercado;
- na de habitação e transporte, resolvendo as questões de viabilização espaço-temporal, via políticas que visem a criação de apoio infra-estrutural, de maneira que a troca da forma mercadoria trabalho possa ocorrer.

Em qualquer desses casos esses mecanismos têm que ser externos ao mercado: o capital individual, em sua faina competitiva, tende a exaurir a resistência física e psíquica dos trabalhadores, reagindo à danificação da força de trabalho com a demissão e contratação de outra mais eficaz; na área educativa, também não se dispõe a investir na qualificação da mão-de-obra, visto que esta pode romper a qualquer momento o contrato de trabalho, vindo a servir, por exemplo, um concorrente; finalmente, pode ocorrer que não haja interesse do capital privado em setores como habitação popular e outros, por não serem comercialmente rentáveis. Portanto, é o Estado que deve articular esses mecanismos, através de políticas sociais**,** que operem a partir de fundos públicos, resultado da contribuição de todos, desonerando assim parcialmente o capital, através da coletivização compulsória dos riscos do trabalho.

Essas políticas sociais preenchem também a função de normatizar as condições sob as quais o trabalhador pode afastar-se temporariamente do serviço, de determinar quais trabalhadores serão isentados pelo Estado da pressão de venda de sua força de trabalho e de definir e concretizar o apoio a lhes ser dado - esta é uma função hoje essencial, dada a progressiva ineficácia da igreja, da família e da caridade privada nesse âmbito. Além do que é importante para o Estado,

independentemente da eventual ineficiência dessas instituições, delimitar com precisão o contingente de força de trabalho ao qual será permitido ficar fora do mercado: condições excessivamente brandas ou por demais rígidas podem tornar inadequado o exército de reserva.

As seletividades do Estado relativas ao papel (que acabamos de detalhar) de integração dos interesses globais do capital, dentro da problemática expressa em **(b)**, são diversas. A estrutural é bem visível, pois todas as políticas sociais dependem de contrapartidas presentes nas estruturas das instituições políticas do Estado, tanto na área educacional, como na da saúde e nas demais. A seletividade ideológica dos processos educativos em geral é extremamente importante: desde a implantação de currículos e seu referendo por instituições políticas do Estado até a própria formação dos professores, em todos os níveis, esta seletividade acaba determinando o conjunto de discussões possíveis ideologicamente (os eventos filtrados positivamente) no interior do aparelho educacional do Estado e portanto o grau de conhecimento dos formandos, seu poder de análise crítica (ou não), enfim, sua capacidade (ou não) de integrar o técnico e o político, de analisar o dado particular em sua inserção global. O processo pelo qual a ação do Estado se dá, seja na saúde, na educação ou em outras áreas, também é determinante de uma poderosa dominação de classe; só para dar um exemplo, é óbvio o impacto sobre a formação profissional de cada um no processo sucessivo de seleção que sublinha a escalada dos vários degraus do ensino, que funciona como um filtro econômico muito eficaz, em quase todos os Estados capitalistas. A repressão opera em quase todos os níveis da problemática que ora analisamos, punindo os que não aceitam ou procuram burlar as regras definidas nas políticas sociais.

Em segundo lugar, analisemos um outro eixo de participação das políticas sociais na problemática apontada em **(b)**. Este eixo é o relativo ao papel dessas políticas do Estado na proteção do capital global contra conflitos, desobrigando-o política e juridicamente de resolver e mediar as inúmeras pendências. Mais que isso, desobrigam-no também parcialmente do financiamento da reprodução da força de trabalho, que é transferido para a esfera pública. Na verdade, é a correlação de forças entre os vários segmentos de classe do Estado capitalista e as necessidades do próprio capital que determinam a extensão das obrigações que deverão ser

cumpridas; a partir desse patamar é que se coloca a questão de quem as cumprirá e em que proporção: se o Estado, se o capital. Quanto maior for o nível de organização dos proprietários da força de trabalho, em defesa de seus interesses, tanto mais abrangentes serão as obrigações a serem exigidas e aceitas como direitos. E, portanto, maior será a necessidade de intervenção do Estado capitalista, através de suas instituições e pela via da implementação de políticas sociais, no sentido de evitar conflitos e desobrigar o capital de múltiplas tarefas.

Ao mesmo tempo, um fato básico é sempre presente. Trata-se da competição permanente por recursos públicos, que se estabelece na dinâmica do Estado capitalista: de um lado, são utilizados para viabilizar políticas sociais, em sua relação funcional com os problemas da socialização do trabalho e sua reprodução; de outro, são igualmente requeridos para a estruturação da reprodução do capital propriamente dito, a ser implementada por outras políticas estatais. Esta contradição inevitável é resolvida, nos Estados capitalistas, dentro de limites flexíveis, que caracterizam precisamente os diversos matizes e propostas políticas de gerenciamento desse Estado levadas a termo pelos governos, em função da correlação de forças entre as classes da particular sociedade capitalista que os levou ao poder, consideradas tanto as reivindicações do trabalho como as crises do capital. Voltaremos a esta questão mais adiante, pois nos interessa, para o presente trabalho, não só traçar teoricamente as características gerais e comuns à dominação de classe, políticas públicas e, em especial, políticas sociais nos Estados capitalistas, como também suas nuances e espaços de mudança e inovação sócio-política.

Por último, tratemos das questões levantadas no item **(c).** Resolvidas o problema de tornar a força de trabalho 'disposta' a oferecer-se ao mercado, os diversos mecanismos das políticas sociais citados em **(b)** precisam ser utilizados através de um controle fino, de natureza quantitativa, para que sejam a cada momento tornadas relativamente equânimes proletarização e desproletarização. Portanto, são necessárias normatizações desses mecanismos, que definam concretamente: a forma e extensão do 'recolhimento temporário' permitido da força de trabalho (o que cumpre o papel fundamental de prover uma reserva de mão-de-obra, que pode ser até certo ponto redirecionada, sempre que o processo de desproletarização assim o requiser); a disponibilidade de vagas em todos os níveis

de ensino público; a idade mínima e máxima para participação no mercado de trabalho; a quantidade e o valor do salário desemprego (se houver), entre muitos outros fatores. Essas normatizações objetivam, como já apontamos, estabelecer um certo controle do balanceamento espacial, temporal e funcional da dinâmica desproletarização/proletarização.

1.2.2 Dinâmica de mudanças das políticas sociais: as inovações sócio-políticas

Esboçamos acima os temas centrais que no Estado capitalista precisam ser tratados e equacionados por suas políticas sociais.

As análises teóricas feitas procuram estabelecer as relações funcionais que essas políticas precisam ter com os problemas estruturais da reprodução do trabalho em seus aspectos genéricos.

Por isso mesmo, há uma multiplicidade de formas distintas de gestão do Estado capitalista que é compatível com esses parâmetros mais gerais, formas essas que variam: com a correlação de forças entre as várias classes sociais de um dado país e sua característica de economia central ou periférica; com a matização política dos governos eleitos; com variáveis mais amplas, tais como o grau de globalização dos mercados mundiais num dado momento, as crises do capital, em nível nacional/internacional e outros. Ou seja, as considerações qualitativas que fizemos anteriormente traçam um referencial teórico genérico para o estudo das políticas sociais de um Estado capitalista, sem contudo analisar em detalhe a dinâmica da eventual evolução temporal dessas políticas.

Esta última questão será o assunto de que trataremos a seguir. Mais explicitamente: queremos investigar as "leis de movimento" - usando terminologia marxista - do desenvolvimento histórico das instituições e instrumentos sócio-políticos do capitalismo. Isto significa que, mesmo tendo compreendido e descrito de que maneira as políticas sociais expressam suas relações funcionais com a força de trabalho, nos moldes acima, em um particular Estado capitalista e num dado instante, esta expressão é efêmera, visto que evoluirá constantemente com os fatores que apontamos no parágrafo anterior. A compreensão das forças motrizes dessa dinâmica é uma ferramenta essencial ao nosso trabalho, que lidará com as mudanças nas políticas sociais na área de saúde, no município de São Paulo, durante um certo

período, com especial destaque para a forma de criação de novos serviços, seu conteúdo e o papel, nessas transformações, de uma particular força de trabalho - os terapeutas ocupacionais.

No início deste capítulo, construímos o conceito de políticas estatais enquanto estratégias para incluir cada cidadão nas relações de troca; mais adiante, identificamos as políticas sociais como as que procuram possibilitar que os que vendem sua força de trabalho possam ser incluídos nas relações de troca, isto é, possam se proletarizar. Como as políticas estatais precisam incluir todos nas relações de troca, é necessário também que o capital possa vender seus produtos, isto é, as mercadorias produzidas. Sem a satisfação simultânea destes dois quesitos, não há acumulação e, portanto, não há Estado (capitalista).

É evidente então que a gestão do Estado capitalista terá que produzir um conjunto de políticas que resolva e re-equacione permanentemente o seguinte dilema: as políticas sociais têm que participar funcionalmente da solução dos três problemas relativos à proletarização - o da disposição dos trabalhadores em oferecer sua força de trabalho; o da viabilização do potencial de troca, enquanto forma mercadoria, dessa força de trabalho e o do controle fino da dinâmica quantitativa do processo de proletarização/desproletarização; ao mesmo tempo, têm que ser compatíveis (política e orçamentariamente) com as demais políticas estatais, inclusive as direcionadas ao financiamento indireto, com recursos públicos, do processo produtivo, posto que a força de trabalho não é o único insumo necessário a incluir as mercadorias produzidas nas relações de troca. Este é um dilema em constante mutação temporal, pois mutantes são cada um de seus dois componentes.

Do 'lado' da inclusão da força de trabalho nas relações de troca, é a questão relativa à viabilização do potencial de venda da força de trabalho que suscita a necessidade de definição, pelo Estado, de políticas sociais que protejam o capital, econômica e politicamente, do embate direto com os proprietários da força de trabalho e resultantes conflitos. Ocorre que as exigências desta força de trabalho, no tocante às definições do que seriam as políticas sociais 'aceitáveis' para a viabilização da venda de sua mercadoria (e aqui o eixo dos conflitos é transferido ao binômio trabalho/Estado), são os componentes mais voláteis dos três problemas que exigem a intervenção funcional das políticas sociais. Por conseguinte, uma mudança

na correlação de forças entre as classes sociais da sociedade capitalista induz, em princípio, uma correspondente alteração do 'estoque' dessas políticas sociais, anteriormente consideradas 'aceitáveis', colocando sob pressão os mecanismos existentes.

Do 'lado' do capital, mudanças na esfera produtiva, tais como desenvolvimento de novas tecnologias, crises cíclicas, questões relativas à globalização e outras tendem a pressionar o Estado capitalista a redirecionar a utilização dos fundos públicos, desta vez em direção aos interesses globais comuns do capital, no sentido de protegê-lo de si mesmo e de suas instabilidades. Como os recursos são limitados, até porque derivam do próprio processo de acumulação, que precisa se reproduzir, qualquer desbalance orçamentário que aumente a proporção do orçamento público a ser destinada diretamente à reprodução do capital implica na redução do financiamento das políticas sociais. Dito de outra forma, este é o mesmo dilema já mencionado: a incessante contradição entre as necessidades orgânicas do processo de acumulação do capital e a concretização de políticas sociais, necessárias à minimização dos conflitos internos entre capital e trabalho.

A partir desses considerandos, assumimos a seguinte tese:

> *"para a explicação da trajetória evolutiva da política social, precisam ser levadas em conta como fatores causais concomitantes* ***tanto*** *'exigências' [do trabalho] quanto 'necessidades' [do capital], tanto problemas de 'integração social' quanto problemas de 'integração sistêmica' (Lockwood), tanto a elaboração política de* ***conflitos de classe*** *quanto a elaboração de* ***crises do processo de acumulação*** *(...). Deste modo, o modelo evolutivo das estratégias e inovações da política social do Estado é determinado pela tentativa de resolver um 'meta-problema', que pode ser resumido na seguinte pergunta: como podem ser desenvolvidas as estratégias sócio-políticas e como podem ser modernizadas as instituições existentes de modo que satisfaçam, simultaneamente, no contexto dos direitos políticos existentes da classe operária, as exigências políticas 'admitidas' e as necessidades previsíveis do processo de acumulação, levando em conta, ao mesmo tempo, os pré-requisitos da economia do trabalho e as possibilidades orçamentárias?" (Offe & Lenhardt, 1984, p. 36, grifos no original)*

Partindo da tese acima, adotaremos igualmente, neste trabalho, em linhas gerais, a proposta dos autores para a análise da dinâmica de mudanças das políticas sociais - as inovações socio-políticas - que propomos seja feita dentro da seguinte seqüência:

(1) Demonstrar que os atores dentro do aparelho estatal só podem conciliar as exigências admitidas (por eles, em função de seu programa declarado de ação, apoiado majoritariamente pelo conjunto de forças políticas que os elegeu) e as necessidades humanas já anteriormente sancionadas com os requisitos de reprodução do capital se mudarem a forma de gerar, financiar e distribuir as prestações de serviços sociais, isto é, se adotarem inovações sócio-políticas.

(2) Identificar as estratégias de implementação dessas inovações.

(3) Avaliar os efeitos de tais estratégias. Este último item é de suma importância para o nosso trabalho, pois diz respeito ao resultado efetivo de tais inovações e respectivo impacto, com beneficiamento ou prejuízo desta ou daquela classe social. O estudo desses efeitos inclui a análise dos padrões e estratégias de conflito verificadas durante o processo.

(4) Por último, caberá observar o grau de permanência dessas inovações, ou seja, a medida da estabilidade, do grau de absorção e incorporação das mudanças, como novas integrantes do 'estoque' das necessidades humanas sancionadas.

Este tópico e o anterior foram dedicados a fazer referência às bases teóricas dos conceitos que adotaremos neste trabalho, relativamente ao Estado capitalista, seu conteúdo de dominação de classes e suas políticas, particularmente as políticas sociais.

No restante do capítulo faremos uma breve exposição sobre a forma concreta das gestões dos Estados capitalistas nas últimas décadas, traçando, em paralelo, um histórico da trajetória da cidadania.

1.3 A gestão concreta dos Estados capitalistas: políticas sociais e cidadania

Passamos agora a dar um rápido panorama descritivo das formas objetivas assumidas pelo Estado capitalista neste últimos cem anos.

Começamos a exposição pelos Estados capitalistas centrais do início do século, suas crises e instabilidades e alguns desenvolvimentos posteriores: o fortalecimento das esferas públicas; o financiamento progressivo, através de fundos públicos, da reprodução da força de trabalho, especialmente na área de políticas

sociais, particularmente após a segunda guerra, com o surgimento dos Estados de Bem-Estar. Analisamos depois as condições que levaram ao questionamento destes, aos respectivos desdobramentos e alternativas surgidas.

Além da referência aos países centrais, fazemos depois algumas considerações relativas à periferia do sistema capitalista, particularmente à América Latina, em especial no que se refere a contingências específicas de nossos países, que viveram parte deste período, inclusive, sem a componente democrática do Estado capitalista a que nos reportamos até aqui. As conseqüências teóricas e práticas da inclusão desses novos elementos neste estudo são relevantes para o presente trabalho, na medida em que é no contexto brasileiro que aplicaremos os conceitos gerais de que tratamos anteriormente.

1.3.1 A instabilidade do sistema capitalista e o surgimento do Estado de Bem-Estar

Nas primeiras décadas do século XX, em particular nos anos 20, os regimes capitalistas de alguns dos países industrializados começaram a viver crescentes instabilidades internas. A diversificação das formas de produção subjacentes à revolução tecnológica em curso, a resultante complexificação das economias, a falta de mecanismos reguladores da dinâmica estabelecida, foram fatores que geraram o aparecimento de patentes sinais de mau funcionamento estrutural global, processo esse que culminou com a grande depressão de 1929.

Enquanto a produção de bens de consumo subia em ritmo sem precedentes, as atividades individuais dos detentores do capital continuavam gerenciadas microscopicamente segundo os interesses de cada um, sem que houvesse se consolidado ainda uma institucionalidade política que pudesse, nas circunstâncias novas então geradas, garantir a integração dos interesses resultantes do processo de valorização, sem que tivesse sido constituído um Estado mais forte e ordenador, frente aos movimentos relativamente caóticos das unidades capitalistas, no varejo.

Era igualmente crucial a sedimentação de institucionalidade política capaz de "proteger o capital global contra interesses e conflitos anti-capitalistas." (Offe, 1984, p. 150), pois acelerava-se a esse tempo a importância do processo de legitimação democrática, enquanto determinação funcional do Estado capitalista, o que facultava a expressão política dos conflitos de classe e a disputa do poder por segmentos

contrários à lógica do capital: "é a ameaça de um poderoso movimento das classes trabalhadoras que galvaniza a classe dirigente a pensar mais coesiva e estrategicamente e a re-estruturar o aparelho do Estado" (Gough, apud Fleury, 1995, p. 115).

Portanto, para que a institucionalidade do Estado continuasse, dentro da nova conjuntura, a criar as condições para que cada cidadão pudesse ser incluído nas relações de troca, era preciso uma reordenação estrutural do próprio Estado capitalista, posto que, de um lado, a extraordinária diversificação e intensificação da produção acirrava as ações individuais do capital em um mercado cada vez mais disputado e requeria um processo muito mais refinado de preservação da capacidade de reprodução da força de trabalho - portanto de sua proteção, no sentido da manutenção de sua integridade (saúde física e mental) e de sua capacitação e reciclagem, frente às mudanças (às vezes dramáticas) no processo produtivo; e, de outro, o afloramento, a campo aberto, de tensões sociais antes latentes, fruto da crescente vinculação do poder do Estado capitalista à legitimação democrática, requeria a articulação de inovações sócio-políticas capazes de fortalecer seus mecanismos de proteção contra forças alienígenas.

Em suma, para proteger o capital de si mesmo e dos interesses a ele contrários, mantendo-se as determinações funcionais básicas do Estado capitalista - a privatização da produção, sua dependência do processo de acumulação (então carente de controles mais estritos frente aos seu fantástico desenvolvimento) e a legitimação democrática, em curso àquele momento, era necessário alterar qualitativamente alguns aspectos do sistema de instituições políticas daquele Estado, face às constantes e sucessivas mudanças quantitativas do processo de acumulação durante as décadas anteriores. Dito de outra maneira, o Estado devia se consolidar, como cristalizador da essência dos interesses globais do capital, no sentido de impedir a instabilização progressiva da dinâmica capitalista, deflagrada quer pelas ações individuais míopes - a " 'miopia' social, temporal e objetiva do capital individual" (Offe, 1984, p. 144) - do próprio capital, quer pelo acúmulo de tensões sociais e correspondentes conflitos de natureza anti-capitalista, num mundo onde ganhavam peso os movimentos que se nutriam de concepções como a de luta de

classes e do abismo progressivo que se criava entre os detentores do capital e os trabalhadores e sua (então) 'descidadania' social.

Tornava-se, em conseqüência, cada vez mais clara - do ponto de vista dos defensores do capitalismo - a necessidade de aperfeiçoar alguns mecanismos que, estabelecendo a reordenação das estruturas institucionais políticas do Estado, pudessem evitar que todo o sistema de valorização, pressuposto de sua existência, fosse posto em risco.

É nesse contexto que, em 1926, o economista inglês John Keynes publicou um artigo intitulado "The end of laissez-faire", criticando duramente o Estado capitalista de inspiração liberal.

Dizia ele:

> *"Esclareçamos desde o início os princípios metafísicos ou gerais sobre os quais, de tempos em tempos, se fundamentou o* ***laissez-faire****.* ***Não*** *é verdade que os indivíduos possuam uma 'liberdade natural' prescritiva em suas atividades econômicas.* ***Não*** *existe um contrato que confira direitos perpétuos aos que têm ou aos que os adquirem. O mundo* ***não*** *é governado do alto de forma que o interesse particular e o social sempre coincidam.* ***Não*** *constitui uma dedução correta dos princípios da economia que o auto-interesse esclarecido sempre atue a favor do interesse público. Nem é verdade que o auto-interesse* ***seja*** *geralmente esclarecido; mais freqüentemente, os indivíduos que agem separadamente na promoção de seus próprios objetivos são excessivamente ignorantes ou fracos até para atingi-los. A experiência* ***não*** *mostra que os indivíduos, quando integram um grupo social, são sempre menos esclarecidos do que quando agem separadamente." (Keynes, apud Brandão, 1991, p. 89, grifos no original)*

Keynes aponta com clareza as contradições: entre a ação individualista do "auto-interesse esclarecido" e o que é do "interesse público" (dentro, é evidente, do paradigma da valorização, como princípio norteador); e "o interesse particular e o social". Portanto, o "interesse público" global deve ser preservado, acima e para além dos atos isolados de "auto-interesse", mesmo que esclarecido: o Estado tem que defender o capital de si mesmo. E deve também protegê-lo dos conflitos gerados por pressões anti-capitalistas, resguardando o interesse social, já que "o mundo *não* é governado do alto de forma que o interesse particular e o social sempre coincidam." Tomando como ponto de partida as considerações teóricas gerais de Offe & Ronge sobre as determinações funcionais do Estado capitalista, nas quais nos baseamos, aplicadas às condições daquele momento histórico, compreendem-se

claramente as mudanças de qualidade sugeridas para que essas determinações fossem de fato cumpridas no novo quadro dinâmico.

Keynes propunha o estabelecimento de política de pleno emprego, para a utilização máxima da capacidade de produção; a adoção de uma economia planejada, que levasse a uma maior estabilidade e à ampliação da demanda, que redistribuísse renda em favor dos trabalhadores, que incentivasse em contrapartida o investimento na produção e desmotivasse a especulação financeira, reduzindo as taxas de juros.

O novo 'padrão de investimento público', como proposto por Keynes, devia ser viabilizado através da adoção de política fiscal, como instrumento de redistribuição direta de renda e como suporte financeiro para a criação de 'aparelhos de consumo coletivo' - educação, saúde, habitação, transporte - a serem incorporados culturalmente como 'direitos de cidadania'.

Não é por pura coincidência que o pós-guerra é o momento em que as idéias de Keynes acabaram encontrando expressão na constituição dos diversos Estados de Bem-Estar. Em primeiro lugar, além da necessidade de gerar mecanismos estabilizadores da economia capazes de impedir a repetição de catástrofes como a de 1929 e da necessidade de contrapor o referencial intelectual marxista e pós-marxista com mecanismos de gestão realmente novos, destacava-se um elemento conjuntural importante: a Segunda Guerra havia renovado e revigorado um valor altamente discrepante da forma de gestão liberal do Estado, centrado no individual, em detrimento do coletivo: a solidariedade. Tanto no enfrentamento do inimigo comum, na necessidade constante de ajuda recíproca entre cada cidadão, independentemente de classe social, quanto no esforço coletivo essencial à reconstrução dos países devastados, ficava demarcada como fundamental a superação da ótica do bem-estar próprio como força motriz de todas as ações.

No campo econômico, um segundo desdobramento importante se dá no pós-guerra, igualmente positivo, com respeito ao advento do Estado de Bem-Estar: inicia-se uma tendência ao robustecimento do mercado mundial de mercadorias, acompanhado de redução do peso relativo das empresas e de uma tendência à expansão dos Estados capitalistas. Isto fortalecia os Estados frente às empresas,

levando a uma correlação de forças mais favorável, por exemplo, à aprovação das políticas fiscais essenciais à implantação de modelos social-democráticos.

Antes, contudo, de prosseguir no estudo dos Estados de Bem-Estar, discutiremos os conceitos de *esfera pública* e *padrão de financiamento público,* como expressos por Francisco de Oliveira (1988), relativos a estruturas cuja gênese foi necessária à construção objetiva dos Estados de Bem-Estar - muito embora sua existência não possa ser equacionada com eles, no sentido de que a manutenção dessas estruturas não é por si só suficiente para garantir a continuidade da existência daqueles Estados, na forma em que foram propostos, como discutiremos mais adiante.

Oliveira considera que Keynes propunha a alteração do sistema de instituições políticas do Estado no sentido de introduzir um 'padrão de financiamento público', com duplo objetivo: "o do financiamento da acumulação de capital, de um lado, e, de outro, do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais" (1988, p. 8).

Este autor prefere o termo 'padrão de financiamento público' a outros, como 'intervenção estatal' porque este último "induz a pensar-se numa intervenção de fora para dentro, escamoteando o lugar estrutural e insubstituível dos fundos públicos na articulação dos vetores da expansão econômica" (1988, p. 11).

Quanto à 'esfera pública', escreve Oliveira:

> *"Mais que uma coincidência, a construção de uma esfera pública que é igual à 'economia de mercado socialmente regulada' (termo cunhado pela social-democracia alemã de antes da ascensão do nazismo) identificou-se ou se ergueu sobre as bases da regulação keynesiana. Esta esfera pública é, nos países capitalistas, sinônimo da democracia, simultânea ou concomitantemente, e ao longo do tempo os avanços sociais que mapeavam o acesso e a utilização do fundo público entraram num processo de interação com a consolidação de instituições políticas democráticas. Para todos os efeitos, pode-se considerar a construção da esfera pública e a democracia representativa como irmãos siameses." (1988, p. 21)*

Aproveitamos o debate desses conceitos para uma rápida e a nosso ver necessária retomada da questão do caráter classista do Estado capitalista.

Com relação a este tema, diz aquele autor: "O Estado de Bem-Estar não deixou (...) de ser um instrumento poderoso para a dominação de classe. Mas está

muito longe de repetir apenas o Estado 'comitê executivo da burguesia' da concepção original de Marx, explorada a fundo por Lenin"(1988, p. 21).

Defendemos aqui, a esse respeito, a seguinte tese. Tomemos como ponto de partida as conceituasses de Offe & Ronge sobre o Estado capitalista e suas políticas (em geral), caracterizando-o, respectivamente, por suas determinações funcionais (privatização da produção; dependência do processo de acumulação e legitimação democrática) e como o conjunto de estratégias que consistem em criar as condições para que cada cidadão seja incluído nas relações de troca. Na época em que Marx escreveu sobre o caráter classista do Estado, era incipiente o desenvolvimento de uma esfera pública, de um padrão de financiamento público e de uma verdadeira democracia representativa, que somente ocorreu muito mais tarde. Portanto, é possível pensar nas concepções de Marx como o caso limite das definições de Offe & Ronge, em uma situação em que as determinações funcionais do Estado praticamente se reduziam à privatização da produção e dependência do processo de acumulação, numa conjuntura em que a falta de poder de mediação de uma esfera pública tornava o peso dos cidadãos possuidores apenas da força de trabalho (em comparação aos detentores dos meios de produção) insignificante na determinação das políticas do Estado, conforme aqueles mesmos autores.

Embora a abordagem clássica de Marx possa ser classificada genericamente dentro das teorias da influência/fatores limitativos, é possível imaginar, dentro do exposto acima e no contexto histórico de então, a hipótese do Estado "comitê executivo da burguesia" como um caso limite das definições de Offe & Ronge - embora evidentemente, do ponto de vista qualitativo, essas duas versões sejam paradigmaticamente distintas (o que não é exemplo único: a teoria newtoniana é igualmente o caso limite da teoria da relatividade - e os paradigmas são igualmente diferentes). Em resumo, as duas teorias sobre o caráter classista do Estado não estão de fato em oposição; os desenvolvimentos progressivos (quantitativos) da esfera pública, dos padrões de financiamento público e de uma efetiva democracia participativa são a ponte entre uma e outra, que a certo ponto forçam a necessidade teórica de mudança (qualitativa).

Uma outra questão correlata à constituição dos Estados de Bem-Estar, que tem que ser analisada em paralelo, devido à sua íntima relação com a natureza da

gestão capitalista que os caracterizou, diz respeito à referência sobre a proposta keynesiana de incorporação dos *direitos de cidadania*, no sentido social (segurança, educação, saúde, transporte, habitação e outros).

O conceito de cidadania tem sido discutido por muitos autores. Apresentamos a seguir a clássica e fundamental definição apresentada por Marshall em "Cidadania, classe social e status" (1967a).

Segundo ele, *cidadania* é o conteúdo da pertença igualitária de uma dada comunidade política e é medida: pelos direitos e deveres que a constituem e pelo conjunto de instituições que é compatível com a eficácia social e política desses direitos e deveres comuns. Ou seja, para Marshall, não é suficiente apenas que direitos e deveres da cidadania constem formalmente do ideário jurídico do Estado ou sejam reconhecidos como pertença igualitária; é necessário também que encontrem expressão através da estrutura do conjunto de instituições políticas constituído. Este conceito é adequado ao nosso contexto porque as definições que adotamos, relativas a Estado, dominação de classes, políticas estatais e sociais referem-se a qualidades estruturais do conjunto de instituições políticas e caracterizações funcionais; é o caso desta postulação de Marshall, em que os elementos constitutivos da cidadania terão que ser colocados em correspondência com as instituições políticas que os validam.

Marshall divide o conceito de cidadania em três partes ou elementos: a *civil*, a *política* e a *social*.

Por *cidadania civil*, entende os "direitos necessários à liberdade individual" (Marshall, 1967a, p. 63), que seriam a liberdade de ir e vir, a liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade, o direito de concluir contratos válidos e o direito à justiça. Este último refere-se à possibilidade de reivindicar, dentro da estrutura jurídica formal, o cumprimento de todos os demais direitos; assim, as instituições que são compatíveis com a "eficácia social e política" dos direitos e deveres da cidadania civil são os tribunais de justiça e outras estruturas do poder judiciário.

A *cidadania política* é o "direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo" (Marshall, 1967a, p. 63). Neste caso, as

instituições correspondentes são os diversos corpos legislativos e respectivos executivos.

O período de formação dos direitos civis foi, segundo o mesmo autor, o século XVIII, tendo sido consolidados no início do século seguinte: "em 1832 os direitos civis já eram uma conquista do homem e tinham, em seus elementos essenciais, a mesma aparência que têm hoje" (1967a, p. 66).

A época de gestação dos direitos políticos, contudo, é muito posterior. Além disso, enquanto o conteúdo dos direitos civis foi estendido à população em geral de forma mais rápida e, principalmente, homogênea, os direitos associados à cidadania política têm uma trajetória diferente. No século XVIII e mesmo no início do século XIX, os direitos políticos eram deficientes não em sua formulação, mas em sua distribuição. Isto é, uma parcela absolutamente minoritária da população tinha acesso aos direitos políticos. De fato, naquele mesmo ano de 1832 (na Inglaterra) "os eleitores ainda somavam menos de um quinto da população masculina adulta" (Marshall, 1967a, p. 69).

Os direitos políticos eram de início vinculados aos direitos econômicos e vistos como uma extensão da cidadania civil, durante o século XIX. Ao longo deste período, contudo, face à progressiva inclusão de parcelas significativas da população à economia de mercado, na condição de proprietários da força de trabalho, aquilo que era visto como um prolongamento da cidadania civil, restrito apenas aos indivíduos inseridos no mercado, passou a ganhar caráter universal, transformando-se num novo elemento de cidadania, isto é, transformando a cidadania em um conceito mais amplo. Foi:

> *"próprio do século XX abandonar essa posição e associar os direitos políticos direta e independentemente à cidadania como tal. Essa mudança vital de princípio entrou em vigor quando a Lei de 1918, pela adoção do sufrágio universal, transferiu a base dos direitos políticos do substrato econômico para o* ***status*** *pessoal." (Marshall, 1967a, p. 70, grifo no original)*

Ou seja, apenas do limiar do século XX em diante (dependendo da história de cada país) é que a cidadania, expressa por direitos, deveres e pelas instituições políticas dos Estados capitalistas que lhes dão existência real, absorveu os dois primeiros eixos: civil e político.

Esse é exatamente o contexto em que trabalha Offe: o Estado capitalista (democrático) garante, estruturalmente, a cidadania civil e a política. A outra componente, a cidadania social, não é intrínseca. A extensão e a qualidade do acesso aos direitos correspondentes, pela população, no Estado capitalista, dependem da particular forma de gestão deste, isto é, da forma específica pela qual é resolvida a contradição entre as exigências do capital, no sentido de viabilização da acumulação e as reivindicações da população, em termos de políticas sociais, necessárias à satisfação das necessidades essenciais admitidas como direito de todos e condição para a minimização dos conflitos internos entre capital e trabalho. O ponto de equilíbrio na solução desse dilema tem dupla determinação: de uma parte, é fundamental assegurar o processo de valorização e resolver as crises do capital; de outra, tem papel decisivo a correlação de forças entre as diversas classes.

A gênese do que mais tarde se constituiria em *cidadania social* se dá com a constituição dos Estados capitalistas democráticos, no início do século XX, e a partir dos marcos do pensamento liberal, que nessa época dominava a cena política.

Sobre esse momento, observa Boaventura S. Santos que "no período do capitalismo liberal a cidadania civil e política, enquanto parte integrante do princípio do Estado, não só não colidiu com o princípio do mercado como possibilitou o desenvolvimento hipertrofiado deste" (1995, p. 244). Nem tampouco colidem as primeiras formas de (pseudo) cidadania social, surgidas nesse âmbito:

> *"O modelo de proteção social cujo centro reside na **Assistência Social** tem lugar em contextos socio-econômicos cuja ênfase está dada no mercado como canal natural de satisfação de demandas sociais, onde as necessidades são preenchidas de acordo com interesses individuais e a capacidade de adquirir bens e serviços. Os valores dominantes enfatizam a liberdade e o individualismo, e a igualdade social requerida passa a ser a igualdade de oportunidades, capaz de gerar condições diferenciais de competição no mercado." (Fleury, 1994, p. 108, grifo no original)*

O assistencialismo social se caracteriza por não representar ainda verdadeiramente a incorporação de um novo elemento à cidadania. Para que assim fosse, conforme nossa definição, seria preciso que essa nova dimensão social dos direitos individuais fosse assumida pelo Estado capitalista como sendo de fato um direito, a ser respaldado por instituições políticas do Estado. Isto não ocorreu. Na realidade, a assistência não era respaldada orçamentariamente por um "fundo

público" até porque, nesse momento, não se haviam consolidado a "esfera pública" e seus "padrões de financiamento público" (no sentido de Oliveira, 1988). Os recursos canalizados para os fins de proteção social provinham então, essencialmente, de doações caritativas. Os serviços não eram sequer encarados como direitos do cidadão, mas como uma esmola, a ser concedida àqueles que demonstrassem publicamente, através dos chamados "testes de meios", sua condição de incapazes de suprir por si mesmos as necessidades mínimas próprias e de seus familiares. Nesse modelo "as ações estigmatizam os indivíduos como incapazes e o acesso a essa assistência implica na renúncia a outros âmbitos da cidadania, como do direito político" (Escorel, 1993, p. 35). Muito menos, portanto, eram esses serviços garantidos, em sua "eficácia social e política", como na definição de Marshall, por instituições do Estado (liberal) capitalista.

Por todas essas razões, a articulação entre proteção social, mercado, falta de direitos sociais ou direito à caridade que acabamos de descrever tem recebido denominações que demarcam sua condição de pseudo-cidadania social: *cidadania negativa* (Reis, apud Cohn, 1992, p. 36), *cidadania invertida* (Fleury, 1994, p. 108).

Um segundo tipo de 'cidadania' que também não pode ser classificado como tal, pela definição que adotamos, é a chamada *cidadania regulada*, baseada na condição de inserção no processo produtivo:

> *"um conceito de cidadania cujas raízes encontram-se (...) em um sistema de estratificação ocupacional e que, ademais, (...) é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo de direitos associados a estas profissões,* ***antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade****." (Santos, 1994, p. 68, grifo nosso)*

Este é o modelo de 'seguro social', que tem como sua característica central:

> *"a cobertura de grupos ocupacionais através de uma relação contratual, onde os benefícios dependem das contribuições previamente realizadas pelos trabalhadores segurados. Inspirado no seguro privado, distingue-se no entanto dele por ser sancionado pelo Estado, que, por meio de uma burocracia forte e atuante, reconhece e legitima as diferenças entre os grupos ocupacionais em busca da lealdade dos beneficiados." (Fleury, 1994, p. 109)*

Este tipo de proteção social tem peculiaridades que sem dúvida o distinguem fortemente do anterior.

Em primeiro lugar, há uma esfera pública relativamente mais organizada; o financiamento é publicamente gerenciado e, às vezes, prevê contribuições estatais a serem acrescidas às dos segurados e seus empregadores - isto é, há um padrão, ainda que parcial, de financiamento público.

Em segundo lugar, a proteção social não é uma dádiva, mas um direito adquirido. Porém não é um direito a ser exigido do Estado, pois é adquirido, de forma corporativa, por alguns e não por todos. A não universalidade dos mecanismos de proteção social, enquanto direito de todos, a não existência, admitida institucionalmente, da pertença igualitária, conforme constante da definição de cidadania, denota a condição de pseudo-cidadania social da cidadania regulada.

O terceiro elemento, a *cidadania social*, na linguagem de Marshall, se caracteriza pelos *direitos universais* de todos os cidadãos "a um mínimo [vital] em termos de renda, bens e serviços" (1967a, p. 93) e emerge a partir da "construção de uma esfera pública que é igual à 'economia de mercado socialmente regulada' (...) que se identificou ou se ergueu sobre as bases da regulação keynesiana" (Oliveira, 1988, p. 21). Em outras palavras, o desenvolvimento desta esfera pública permitiu a cristalização da cidadania social, pela via da estruturação de instituições políticas compatíveis com a eficácia social e política do conteúdo daqueles direitos universais. Políticas essas orçamentariamente baseadas exatamente no 'padrão de financiamento público'. Satisfazem-se, assim, todas as condições teóricas, enquanto postuladas por Marshall, para que, no Estado de Bem-Estar, a cidadania social, em parte sua marca registrada, seja um novo elemento de cidadania, que a partir de então passa a consistir da tríade: cidadania civil, política e social, que designaremos por *cidadania plena* (Marshall, 1967a).

1.3.2 A crise do Estado de Bem-Estar Social

As décadas de 40, 50 e 60 assistiram ao auge dos Estados de Bem-Estar. Várias foram as razões que permitiram sua sustentação e ampliação neste período.

Em primeiro lugar, uma economia apoiada no aquecimento do mercado de consumo, na criação de situações próximas do pleno emprego - com a decorrente integração de parcelas substanciais dos proprietários da força de trabalho no

mercado, na oferta de serviços sociais de boa qualidade e dos mais variados tipos, entre outros fatores, fizeram com que os partidos políticos da Europa do Norte (no Sul vivia-se uma outra conjuntura), que conduziram essas transformações, se mantivessem no poder, apoiados por movimentos operários. Estes haviam se consolidado em fortes confederações de trabalhadores, favorecidos pelas concentrações industriais dos grandes centros urbanos, o que construiu bases eleitorais importantes na sustentação de políticas baseadas no keynesianismo (King, 1988).

Em segundo lugar, a intervenção do Estado nas economias social-democratas era relativamente branda, tanto no que se refere à extensão e intensidade de suas políticas fiscais, quanto no tocante ao controle das taxas de juros. Além disso, a economia capitalista experimentava, justamente nas décadas de 50 e 60, momento de grande expansão, com o crescimento mais rápido de sua história (Resler & Westergaard, 1975).

O reformismo social-democrata parecia estar demonstrando - apesar da manutenção de um conjunto significativo de profundas desigualdades de classe - que progresso social e eficácia econômica podiam caminhar juntos, buscando comprovar na prática suas teses de que eqüidade social e justiça não são incompatíveis com o capitalismo (Resler & Westergaard, 1975; Przeworski, 1989; Ginsburg, 1992). Em outras palavras, para usar a seqüência histórica de Marshall, parecia que coexistiam em relativa harmonia, nos Estados de Bem-Estar, mercado, democracia representativa e direitos sociais, sob a égide da cidadania plena (civil, política e social).

Do ponto de vista estrutural, havia - e há - contudo várias contradições internas entre esses elementos, contradições essas potencialmente passíveis de manifestação, dependendo das condições objetivas.

As interações entre economia de mercado e Estado de Bem-Estar e entre este e a democracia representativa são estudadas em detalhe por Offe (1994), que as classifica em positivas e negativas.

No caso "mercado x Estado de Bem-Estar", esse autor menciona os vínculos que se seguem:

a) positivos -

> *"a economia em expansão do setor privado gera a base tributária para os 'dividendos do crescimento' que permitem financiar transferências e serviços do Estado do Bem-Estar [;] a provisão de qualificações, assistência médica, relações industriais pacíficas, estabilizadores de demanda 'embutidos', etc.; gera os* ***inputs*** *necessários para a economia de mercado e apóia a sua futura expansão." (Offe, 1994, p. 273, grifo no original)*

b) negativos -

> *"as mudanças tecnológicas poupadoras de trabalho, a fuga de capitais, hiatos de demanda interna, etc. solapam as perspectivas de pleno emprego no longo prazo, premissa dos Estados de Bem-Estar [;] a carga tributária excessiva; o efeito de* ***crowding out*** *do déficit orçamentário do governo; os Estados de Bem-Estar como um desestímulo para investir, empregar e trabalhar; os Estados de Bem-Estar como causa da rigidez (...) no mercado de trabalho." (Offe, 1994, p. 273, grifo no original)*

As interações apontadas entre democracia política e Estado de Bem-Estar, são as seguintes:

a) positivas -

> *"o sufrágio universal fortalece o poder político da maioria dos cidadãos, que é dependente de salários; há interesse coletivo dos trabalhadores no Estado de Bem-Estar; 'o poder numérico' eleitoral supera o poder econômico da propriedade [;] o padrão convergente de disputa partidária; a redução de intensidade do conflito político; a integração política de todo o eleitorado; o 'fim da ideologia'; a eliminação estrutural do radicalismo político que pode levar a desafios antidemocráticos." (Offe, 1994, p. 279)*

b) negativas -

> *"os movimentos contra os princípios do Estado de Bem-Estar; individualismo, populismo autoritário contra o Estado do Bem-Estar; novas tendências individualistas (boicote a impostos, racismo institucional, etc.) [;] a deformação corporativista da democracia participativa; a marginalização de grupos, interesses e setores não servidos pelo Estado de Bem-Estar; o surgimento de novas formas de conflito político não-institucional." (Offe, 1994, p. 279)*

Uma rápida comparação entre os indicadores acima e a conjuntura das décadas de 40, 50 e 60, descrita, ainda que superficialmente, nos parágrafos anteriores, mostra que estava instalado um substrato sócio-político-econômico muito mais propício à manifestação das "interações positivas". Entretanto, embora não houvesse terreno fértil para a explicitação política dos "movimentos contra os

princípios do Estado de Bem-Estar", as bases teóricas destes foram gestadas a partir de meados da década de 40, a partir das contribuições de diversos autores. Sob a liderança de Friedrich Hayek, Milton Friedman e Karl Popper, foi denunciada a ordem social-democrata como um empecilho à liberdade dos cidadãos, à necessária desigualdade que deveria premiar os mais aptos e à vitalidade da concorrência, fundamental para a prosperidade de todos. Exorcisaram-se os perigos representados pela pesada e imobilizadora intervenção do Estado na economia. Foram acusados os sindicatos em particular e o movimento operário em geral, que estariam, com suas infindáveis pressões reivindicatórias, corroendo a capacidade de acumulação e de investimento produtivo, impedindo o progresso. Foi defendida a redução dos gastos "abusivos e parasitários" resultantes do oferecimento gratuito de inúmeros serviços que na verdade - conforme afirmavam - podiam e deviam ser pagos, em sua maioria.

Esses e outros discursos só começaram a surtir efeito a partir dos anos 70, quando a "Era do Ouro" (Hobsbawn, 1995) começou a desmoronar, pois, a partir dessa época, a conjuntura alterou-se de forma progressiva mas bastante significativa, em muitas das economias dos Estados capitalistas centrais e mesmo a nível mundial.

Oliveira assim descreve essa mudança de conjuntura e seu impacto no Estado de Bem-Estar:

> *"O rompimento do círculo perfeito do Estado-Providência, em termos keynesianos, é devido, em primeira instância, à internacionalização produtiva e financeira da economia capitalista. A regulação keynesiana funcionou enquanto a reprodução do capital, os aumentos de produtividade, a elevação do salário real, se circunscreveram aos limites - relativos, por certo - da territorialidade nacional dos processos de interação daqueles componentes da renda e do produto." (1988, p. 12-13)*

Tal argumentação é essencialmente baseada no seguinte: antes da aceleração do processo de globalização, parte dos fundos públicos financiava o investimento e a renda, mas esses recursos voltavam, via ganhos fiscais. Com a internacionalização, contudo, uma parte cada vez maior desses recursos deixou de retornar, quebrando a espinha dorsal da "circularidade", pois os orçamentos nacionais continuavam sendo a fonte para a solução dos problemas relativos à reprodução do capital e da força de trabalho, cabendo aos Estados gerenciar, com progressiva dificuldade e cada vez maiores conflitos internos, o dilema de sua distribuição entre ambas as tarefas. Essa

análise dos fatores conjunturais externos que levaram à crise do Estado de Bem-Estar é muito próxima à que faz Habermas: "o Estado nacional mostrou-se uma moldura demasiado apertada para assegurar adequadamente a política econômica keynesiana ante os imperativos do mercado mundial e das políticas de investimento das multinacionais" (1987, p. 107).

Uma comparação desta nova ordem com os vínculos entre mercado e Estado de Bem-Estar mostra que praticamente todas as "interações negativas" têm agora espaço para aflorar, ao contrário das "interações positivas". Estão dadas as condições objetivas para a crise do Estado do Bem-Estar.

Independentemente, contudo, dessas circunstâncias conjunturais, uma questão de fundo se coloca, mesmo para aqueles que reconhecem os avanços do Estado do Bem-Estar, no sentido do impacto dos "direitos da cidadania sobre a estrutura da desigualdade social" (Marshall, 1967a, p. 114): quais os limites e contradições do Estado de Bem-Estar?

Em primeiro lugar, há um limite interno resultante da própria estrutura das instituições políticas do Estado capitalista e de suas determinações. Trata-se do fato de que nenhuma conquista social poderá ser um "não-evento": todos os avanços terão que se restringir ao espaço filtrado, ao universo do possível. Isto implica que há um limite muito tangível para essas conquistas, a partir do qual não pode mais o Estado resolver o dilema entre preservação do capital e necessidades admitidas do trabalho, sem ferir o princípio da acumulação. O advento de contradições é inevitável. Quando o Estado de Bem-Estar apresenta um alto nível de êxito na esfera social, este funciona como um limitante do processo de acumulação: quanto maior for esse êxito, maior será a resistência dos investidores privados, pois o sucesso das políticas sociais só pode ser alcançado às custas do rompimento do equilíbrio na destinação dos fundos públicos, a favor dos proprietários da força de trabalho. A partir daí, portanto, a reação do capital desdobra-se naturalmente em pelo menos três direções: como o custo da mão-de-obra (salários e encargos) é crescente, as empresas investirão no aumento da produtividade, racionalizando custos - e gerando desemprego, que é a antítese da meta de pleno emprego do Estado de Bem-Estar; além disso, o capital procurará levar à percepção pública a versão de que o desemprego, a crise fiscal e outras mazelas são conseqüência de políticas sociais

excessivamente benevolentes e indutoras ao ócio e à acomodação, buscando assim minar a sustentação política necessária à continuidade da legitimação democrática daquele Estado; por último, há sempre a possibilidade, para o capital, de migrar para outros Estados em que a situação lhe seja mais favorável. Há, portanto, uma fronteira relativamente estreita para a amplitude da cidadania social, que terá que conformar-se às contradições de uma sociedade de classes e à lógica imperativa do lucro do capital.

Uma segunda contradição, menos relacionada a possíveis conquistas sociais de natureza pragmático-concreta, situa-se no plano filosófico.

O extraordinário fascínio das idéias de Marx deve-se, em parte, à combinação de dois elementos: de um lado, seu método científico, suas categorizasses precisas no campo sócio-econômico-político; de outro, a chama de esperança, o conteúdo de utopia, o sonho da construção da sociedade libertária, do homem integral, realizador pleno do próprio potencial. Sobre a apropriação dos meios de produção pelos trabalhadores, dizia ele que:

> *"só pode ser realizada através de uma união que, dado o caráter do próprio proletariado, só pode ser uma união universal e através de uma revolução que, de um lado, derrube o poder do modo de produção de intercâmbio anterior e da estrutura social e que desenvolva, de outro lado, o caráter universal e a energia do proletariado necessária para a realização da apropriação (...). Apenas nesta fase a auto-atividade coincide com a vida material, o que corresponde à transformação dos indivíduos em indivíduos totais." (Marx, 1977, p. 106)*

O paradigma marxista traz, portanto, forte apelo emocional ao imaginário coletivo: "a classe operária é em Marx a classe universal e a autoconsciência da emancipação socialista" (Santos, 1995, p. 242).

Em contrapartida, as lutas por cidadania no Estado de Bem-Estar perderam esse caráter revolucionário transformador:

> *"este processo significou a integração política das classes trabalhadoras no Estado capitalista e, portanto, o aprofundamento da regulação em detrimento da emancipação. Daí que as lutas pela cidadania social tenham culminado na maior legitimação do Estado capitalista." (Santos, 1995, p. 245)*

Abandonou-se a busca da ruptura das condições de trabalho heterônomo e sua transformação em auto-atividade, como pré-requisito para a criação de

condições dignas de vida para todos os homens, que poderiam então, de forma desalienada, crítica e integral, desenvolver ao limite suas potencialidades individuais. A utopia transformou-se numa meta reformista menor: a humanização do trabalho, que continua determinado de fora (persistindo portanto as causas da alienação), deve dar-se sobretudo através de indenizações compensatórias, com o fim de contrabalançar os riscos básicos a serem aceitos pelos proprietários da mão-de-obra em suas relações de troca e de dar-lhes, ao mesmo tempo, alguma garantia de manutenção contínua de um certo amparo mínimo. Os embates reformistas por uma cidadania social restrita aos espaços permissíveis dentro do Estado capitalista carecem assim do componente libertário das lutas de emancipação - apesar do inegável e muitas vezes substancial grau de justiça social que tem sido através deles alcançado. Por outro lado e apesar disso, é preciso que se diga que os opositores da lógica da acumulação não têm hoje uma proposta alternativa, que aponte com clareza como devem prosseguir as lutas presentes.

Finalmente, um terceiro limite do Estado de Bem-Estar diz respeito ao caráter regulamentador e burocratizante que tipifica suas políticas sociais estatizadas, induzindo inclusive a um individualismo coletivo corporativista:

> *"As deformações de um mundo da vida regulamentado, analisado, controlado e protegido são, certamente, mais refinadas do que formas palpáveis de exploração material e empobrecimento (...) o projeto sócio-estatal como tal aloja uma contradição entre fins e meios. Seu objetivo é a criação de formas de vida estruturadas igualitariamente, garantindo liberdade de movimentos para a auto-realização e a espontaneidade individuais. Mas obviamente esse objetivo não pode ser diretamente alcançado pela transposição jurídico-administrativa de um programa político." (Habermas, 1987, p. 109)*

Os anos 70 marcaram, portanto, um duplo impasse do Estado de Bem-Estar: internamente, começaram a se desenhar com mais clareza seus limites e contradições - estruturais, filosóficos e burocráticos; externamente, avolumavam-se as conseqüências de uma conjuntura global crescentemente adversa.

No rastro dessa crise percebem-se "três tipos de reação" (Habermas, 1987; Offe, 1994): a *dissidência da sociedade industrial*, o *legitimismo sócio-estatal da social democracia de direita*, e o neoconservadorismo ou *neoliberalismo*.

Os *dissidentes da sociedade industrial* caracterizam-se por repudiar, na mesma medida, tanto a lógica do capital quanto as deformações do burocratismo.

Segundo Habermas, eles não ultrapassam a fase da crítica, do lamento, do não: "permanecendo limitados ao fundamentalismo da Grande Recusa, não oferecem mais do que um programa negativo de interrupção do crescimento (...) ficando aquém de *uma* noção de projeto do Estado social" (1987, p. 111, grifo no original). Essa análise, embora um tanto particularista, tem elementos que com certeza extrapolam em muito o caso alemão. De qualquer forma, essa força política não tem expressão, em termos de poder, no pós-Estados de Bem-Estar.

Já o *legitimismo socio-estatal* pretende encontrar novamente o ponto de equilíbrio perdido entre o desenvolvimento do Estado social e a modernização via economia de mercado; está na defensiva, tendo retirado do projeto sócio-estatal:

> *"precisamente o componente que a utopia de uma sociedade do trabalho lhe emprestara (...) o objetivo de subjugar o trabalho heterônomo até o ponto que permita ao* ***status*** *de cidadão livre e igual em direitos - o que se estende à esfera da produção - ser o núcleo de cristalização de formas autônomas de vida." (Habermas, 1987, p. 109-110, grifo no original)*

Os legitimistas têm contra si, nos últimos anos, além da profunda crise do Estado de Bem-Estar, o enfraquecimento político de suas bases de apoio eleitoral, fruto do generalizado declínio do poder dos sindicatos e uma erosão bastante pesada do burocratismo estatal, catalisada recentemente pelo desmoronamento do "socialismo real" da URSS e do Leste Europeu, entre l989 e 1991. Sobre esta questão, comenta Perra Anderson: "a vitória do Ocidente na guerra fria, com o colapso de seu adversário comunista, não foi o triunfo de qualquer capitalismo, mas o do tipo específico liderado e simbolizado por Reagan e Thatcher nos anos 80" (1995, p. 17).

O *neoliberalismo*, expressão política dos herdeiros dos 'movimentos contra o Estado de Bem-Estar', articulados, como indicamos, desde a década de 40, afirmou-se, a nível mundial, a partir dos anos 80, como alternativa a esse Estado.

Segundo Habermas, que aponta algumas das características sócio-econômicas do neoliberalismo (a que chama neoconservadorismo), essa nova forma de gestão do capital considera que:

> *"uma política econômica orientada pela oferta deve aperfeiçoar as condições de valorização do capital e pôr o processo de acumulação novamente em movimento. Ela tolera uma taxa de desemprego relativamente alta e, segundo a*

> *intenção, apenas transitória. A redistribuição de renda sobrecarrega - como provam as estatísticas nos EUA - os grupos da população mais pobre, enquanto apenas os grandes proprietários de capital conseguem nítidas melhorias de renda. De mãos dadas com isso vem uma clara limitação dos serviços do Estado social." (1987, p. 110)*

Não teria sentido fazer uma resenha das experiências neoliberais nos vários países; o exemplo pioneiro da Inglaterra, contudo, foi marcante.

Em 1979, a eleição de Margareth Thatcher interrompeu o longo período de dominação hegemônica do Estado de Bem-Estar inglês, sua ideologia e suas práticas. O programa de Hayek foi executado com determinação, de forma organizada e inflexível: primeiro, deu-se o enfrentamento com os sindicatos - a greve dos mineiros, sustentada durante um ano, foi esmagada impiedosa e exemplarmente; a seguir, foi imposta legislação anti-sindical (ou seja, após a ação política, consolidou-se a vitória no campo legislativo e jurídico); gerou-se desemprego em massa, criando-se rapidamente um exército de reserva de grandes proporções. Simultaneamente, a política fiscal foi alterada, reduzindo-se dramaticamente impostos sobre os rendimentos mais altos, enquanto as taxas de juros eram aumentadas e contraída a base monetária. Para finalizar, o governo Thatcher procedeu a um programa de privatização completo e sistemático: eletricidade, petróleo, gás, habitação pública, água, aço e outras indústrias passaram para mãos privadas; enquanto que, na máquina administrativa e no campo social, cortavam-se gastos (Anderson, 1995; Ginsburg, 1992). Mencione-se aqui que as investidas do neoliberalismo contra a cidadania social - em geral, não só na Inglaterra - têm sido em dois 'fronts': primeiro, objetivando romper o caráter universal dos direitos sociais, convertendo-os, quanto possível, de volta à categoria de pedidos, a serem satisfeitos (ou não) pela via do assistencialismo caritativo privado (cidadania negativa, invertida); segundo, procurando reduzir a obrigação estatal de utilização dos fundos públicos apenas à satisfação de certas necessidades sociais (de preferência mínimas) de determinados grupos e corporações (cidadania regulada) - sujeitos coletivos que, por sua força individual e capacidade de competição por 'privilégios' específicos, não podem ser ignorados na (no-)ótica liberal.

À experiência inglesa seguiram-se outras, em vários dos países capitalistas centrais (Gentili & Sader, 1995; Ginsburg, 1992; Gould, 1993; Laurell, 1995; Navarro, 1993).

Para o nosso trabalho, contudo, tem especial importância a trajetória das gestões dos Estados capitalistas na periferia do sistema capitalista, em especial na América Latina.

1.3.3 A experiência neoliberal na América Latina

Antes de analisar a expressão que tem assumido o neoliberalismo em nosso continente, teceremos alguns comentários relacionando essa forma de gestão do capitalismo com os modelos teóricos apresentados anteriormente, até porque alguns particularismos de vários Estados da América Latina precisam ser considerados: em muitos casos, a determinação democrático-eleitoral esteve ausente por longos períodos.

Relembramos brevemente as bases teóricas que norteiam este trabalho. Partimos da premissa que o caráter classista do Estado capitalista reside na estrutura de suas instituições políticas, cujas seletividades implicam na proteção do capital de si mesmo (integrando seus interesses "globais") e dos conflitos e forças anti-capitalistas. As políticas estatais, cuja estratégia é incluir todo cidadão nas relações de troca, possibilitando o êxito do processo de acumulação, ao serem implementadas pelo sistema de instituições políticas, envolvem um conjunto de ações e eventos que estarão situados necessariamente dentro de um universo de possibilidades que não é qualquer, mas restrito, sendo definido por aquelas seletividades, via mecanismos de seleção (ou filtros).

Os limites deste universo, que determinam macroscopicamente, em cada caso, a dominação de classe, englobam um espaço cuja extensão é função do Estado capitalista em questão, da conjuntura interna, das crises econômicas globais do capital e outros fatores. Não há, portanto, para um dado Estado e momento histórico, uma única forma de gerenciamento permissível: teoricamente, pode haver uma variação, desde que as políticas estatais operem dentro daquele universo. Em outras palavras, estes limites de elasticidade de gestão são exatamente os delimitadores das políticas públicas compatíveis com as determinações do Estado, isto é, com seu compromisso para com o processo de acumulação, condição de auto-preservação,

respeitados o caráter privado da produção e o método de legitimação democrática (quando se tratar de um Estado capitalista *democrático*).

Por este modelo, a região específica do universo (classista) possível em que se movimentará a dinâmica do sistema dependerá da correlação de forças interna entre as várias classes e seus setores, de um lado e, de outro, será condicionada também pelas crises do capital e suas necessidades. Dito de outra maneira: a estratégia de "incluir os proprietários da força de trabalho" nas relações de troca será necessariamente sujeita a certos parâmetros; mas, cumpridas essas condições, poderá ocorrer de diferentes formas. As correspondentes políticas sociais - que busquem 'dispor' os trabalhadores a ofertar sua mercadoria, capacitá-los a tal (física, mentalmente e em termos de preparo profissional), amparar os que o Estado permitir que fiquem fora do mercado (temporária ou definitivamente) e controlar quantitativamente todo o processo - têm uma certa liberdade condicional de trânsito, portanto. É então uma particular conjuntura (correlação de forças entre as várias classes sociais e necessidades do capital) que faz com que o princípio da proteção do capital, seja de suas próprias crises, seja de conflitos gerados por interesses a ele contrários, se expresse na oferta, aos proprietários da força de trabalho, de um também particular conjunto de serviços de saúde, educação, reciclagem profissional, seguro desemprego, entre outros. Na mesma medida, a inclusão dos proprietários dos meios de produção nas relações de troca está sujeita a um similar grau de variação.

No caso do advento das novas formas de gestão do capitalismo em alguns dos Estados capitalistas centrais, a partir da década de 80, para cuja gênese oferecemos acima algumas justificativas, não há dúvida que a forte mudança na correlação de forças, em detrimento dos proprietários da força de trabalho, face aos diversos fatores apontados, aliada a condições externas também amplamente adversas (internacionalização dos mercados, a crise dos "socialismos reais" e outras), gerou uma correspondente mudança - dentro das fronteiras dos universos possíveis nesses Estados - com as características específicas que descrevemos, sob o nome de neoliberalismo.

Uma observação complementar é a seguinte: exatamente a mesma análise mostra que, se as condições 'de fundo' para a versão neoliberal da gestão do capital

estão dadas, não são por outro lado irrelevantes as diferenças localizadas, em termos das correlações de forças peculiares existentes num dado país, estado ou município, em função da força (ou não) de movimentos populares, partidos políticos, sindicatos ou da eleição eventual de executivo e/ou legislativo comprometidos com a classe trabalhadora. É nesse espaço teórico, relativo, limitado e ao mesmo tempo fundamental para manter a chama de qualquer utopia, que se movem as inovações sócio-políticas realizáveis, as reformas possíveis sob o paradigma do sistema capitalista, mesmo as que 'apenas' matizem e modifiquem localmente uma gestão neoliberal globalmente instalada.

A partir desse panorama mais geral, essencial à compreensão do particular, em especial numa economia mundial crescentemente globalizada, procuraremos lançar um rápido olhar aos Estados capitalistas em nosso continente.

As décadas de 60 e 70 foram, em vários de nossos países, palco de regimes burocrático-autoritários ou ditatoriais, bem em oposição ao que aconteceu na Europa do Norte. Cabe, portanto, observar que a adaptação a essa realidade da definição de Estado capitalista implica em caracterizá-lo nesses casos apenas por duas determinações funcionais: a privatização da produção e a dependência estrutural do processo de acumulação.

As seletividades do sistema de instituições políticas que visam proteger o capital de suas crises e tensões internas e de conflitos anti-capitalistas, através dos filtros, têm, nesse contexto, sua composição matizada: decresce em importância a seletividade divergente e os correspondentes mecanismos de ocultação, dada a ausência do processo de legitimação democrática, enquanto que a seletividade convergente negativa, relativa à repressão de interesses contrários ao capital, é realçada, pelas mesmas razões. No caso da América Latina essa seletividade era exercida, inclusive, através da implementação de 'políticas para-estatais' que, formalmente fora da lei, grassavam à sua margem, com o beneplácito e a conivência do Estado. A grande rigidez do sistema de normas fazia igualmente com que os filtros ideológicos restringissem de maneira bastante drástica os eventos estruturalmente possíveis.

Na esfera da cidadania, nem o elemento político nem o social (no sentido mais amplo em que o definimos) estavam presentes. Havia apenas um certo grau de

cidadania civil; mesmo assim, em certos países e momentos, até esta cidadania era inexistente (Boron, 1994).

Como resultado, a gestão desses Estados se deu, de forma geral, dentro de uma correlação de forças em que o poder de barganha dos proprietários da força de trabalho era praticamente nulo. Em conseqüência, quase não se colocava, para os gerentes do Estado, o dilema de encontrar um ponto de equilíbrio entre a satisfação dos requisitos do capital e as necessidades do trabalho, rompido estruturalmente e de forma quase que integral a favor do primeiro. Portanto, a estratégia estatal e respectivas políticas 'incluíam' os proprietários da força de trabalho no mercado de forma absolutamente inferiorizadora. Quanto aos proprietários do capital, sua inclusão se viabilizava através do consumo da produção por um reduzido segmento da população e da eventual exportação; esta produção, na maioria dos países, era em boa parte dependente, parcial ou totalmente, de componentes gerados fora do país, ficando a chamada "burguesia nacional" atrelada direta ou indiretamente aos esquemas internacionais do capital, para poder realizar sua mais-valia e assim sustentar o processo de acumulação a nível interno. Eram Estados fortes, onde a nacionalização de vários setores essenciais (petróleo, energia, mineração e outros) cumpria o papel infra-estrutural de suporte ao capital, principal meta dos fundos públicos, ante o enfraquecimento do polo do trabalho. Por conseguinte, em especial em países com economias mais robustas, o desenvolvimento industrial se dava em ritmo acelerado. Uma retrospectiva rápida dos resultados alcançados demonstra que as economias latino-americanas cresceram a uma taxa anual de 5,7% na década de 60 e de 5,6% na de 70 (Boron, 1995). Um quadro aparentemente contraditório - mas inteiramente coerente e compreensível em sua essência, em que os "milagres econômicos" - como batizados em países como o Brasil e Chile - não serviam para promover o bem-estar social. Por outro lado, é inegável que este processo produziu, em alguns casos, um grau de industrialização interna considerável, que hoje é um obstáculo à 'integração' de todo subalterna de algumas de nossas economias ao mercado internacional.

É a partir desse quadro que se dá a 'transição' ou 'abertura' democrática na maioria de nossos países, em parte por pressões internacionais de diversas

motivações, de outra parte por interesses mercadológicos dos capitalismos centrais e também em função de movimentos sociais pró-democratização (Boron, 1994).

A condição prévia de supressão de liberdades, de controle e censura da informação, de falta de organização da sociedade civil, em suma, de 'descidadania' generalizada, conferiu aos processos de abertura, nos vários países, uma dinâmica em que o pêndulo político se inclinava quase que inteiramente a favor do capital, dentro do leque de espaços possíveis no capitalismo, com uma atrofia de todos os aspectos relativos às conquistas sociais: baixa qualidade do ensino público, em especial no ciclo básico; benefícios previdenciários insuficientes para garantir um mínimo de dignidade; falta de acesso à casa própria, a terras para cultivo, a informação que possibilitasse uma avaliação crítica de dados e fatos. Em suma, os processos de reconstrução democrática da maioria dos regimes autoritários do continente se deu sob condições dramaticamente desfavoráveis aos proprietários da força de trabalho.

Muito embora fossem esses os grandes traços das transições democráticas em nossos países, não pode ser negligenciada a importância dos movimentos que, em meio à repressão e até à tortura, ajudaram a construir o retorno à democracia. No bojo desses movimentos pela reconquista da cidadania civil e política gerou-se no imaginário popular grande expectativa por avanços significativos também no campo da cidadania social (Boron, 1994; Gentili & Sader, 1995; Laurell, 1995; O'Donnell, 1996).

Contudo, a reentrada desses países na ordem democrática a partir de situações extremamente desvantajosas para a classe trabalhadora e sob forte controle das elites dominantes favoreceu estruturalmente, de forma decisiva, a instalação de gestões neoconservadoras nos Estados da América Latina: aqui se implantaram, nos últimos 20 anos, versões agudas do neoliberalismo, com "ajustes" muito mais drásticos do que os praticados nos capitalismos avançados (Boron, 1994; Laurell, 1995), até porque a correlação de forças continuou, durante todo esse tempo, sempre mais desequilibrada a favor das elites econômicas na América Latina do que na Europa.

As energias utópicas, reacesas pelas lutas por uma redemocratização que acabou drenada para as vias político-institucionais, têm dado indicações de exaustão,

ante as esperanças frustradas de um caminhar rumo a maior justiça social. Na realidade, nenhum governo sul-americano surgido nas últimas décadas foi ou é social-democrata.

A experiência do Chile, pioneira do neoliberalismo no mundo (1973) e inicialmente uma ditadura brutal, fortemente restritiva das liberdades democráticas, foi instalada por golpe que teve apoio e inspiração essencialmente anti-comunistas: tratava-se de afastar o perigo de uma segunda Cuba, cristalizando o modo de produção capitalista como o único aceitável nas Américas. As primeiras ações do governo foram o massacre armado de toda resistência democrática, dos sindicatos, das lideranças de oposição. Foram privatizados os mais diversos setores da economia; o Estado militar, porém, manteve em suas mãos a indústria do cobre, responsável por 50% das divisas de exportação do país. A economia cresceu fortemente, ao mesmo tempo em que diminuía o aporte de verbas às áreas sociais e aumentava o desemprego: 15%, em média, entre 1975 e 1985 e 30% de pico em 1983 (Boron, 1995; Vergara, 1994).

A fala oficial do governo Pinochet reproduzia os velhos chavões: faremos crescer o bolo primeiro, para depois dividi-lo. Mesmo após anos de abertura democrática, qual é hoje o conteúdo de verdade dessa afirmativa? Eis os números: a economia chilena continuou crescendo entre 1980 e 1990, mas com ritmo um pouco menor (2,9%, em média); entre 1970 e 1987, o percentual de lares abaixo da linha da pobreza passou de 17% para 38%; em 1990 o consumo per capita era menor que o da década anterior; entre 1970 e 1983, os 20% mais ricos aumentaram sua participação de 55,8% para 59,5% da renda nacional, enquanto que os 40% mais pobres diminuíram de 11,5% para 10% (Boron,1995, p. 96-97).

Gestões neoliberais similares instalaram-se na Bolívia, México, Argentina, Perú e Brasil, entre outros países. Qual o balanço do impacto dessas formas de governo capitalista na América Latina? Apresentamos alguns dados da CEPAL sobre o continente: 51% da população vivia abaixo da linha de pobreza em 1960 (110 milhões de pessoas), contra 40% em 1970, 41% em 1980, 43% em 1986, 46% em 1990 (196 milhões) e uma previsão de um valor entre 56,3% e 59,3% no ano 2000 - correspondentes a uma população entre 296 e 312 milhões (CEPAL, apud Boron, 1995).

Nosso trabalho se desenrola imerso nesse grande panorama de fundo.

O desafio a que nos propomos é o de tentar compreender, a partir do referencial teórico aqui exposto, sob essas condições gerais e no contexto específico que já explicitamos, quais transformações sócio-políticas foram pontualmente possíveis, qual sua gênese, quais os atores que delas foram partícipes e qual o grau de permanência de cidadanização concreta e duradoura por elas gerada.

2. POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 Um breve histórico

O capítulo anterior buscou traçar o referencial teórico que norteará nosso trabalho, no que se refere a Estado, políticas públicas e cidadania.

A partir da análise geral ali apresentada, em especial no que se refere à América Latina, pretendemos agora focar nossa atenção, mais detidamente, no Brasil e, dentre as políticas públicas, nas da saúde.

O início do século XX, no Brasil, deu-se sob capitalismo democrático, que não garantia institucionalmente, naquele momento, os direitos sociais enquanto elementos de cidadania - este é, à época, um traço comum aos regimes capitalistas, inclusive àqueles das economias centrais (Marshall, 1967a). Durante as duas primeiras décadas deste século, o conjunto da população, incluídas aí as classes assalariadas urbanas, dependeram, do ponto de vista de amparo social, da filantropia. As prestações de serviços de saúde e o amparo aos alijados do mercado de trabalho eram portanto concessões caritativas. A integração do cidadão nas relações de troca, que gerava o processo de acumulação, se dava, nessas épocas liberais anteriores às crises de instabilidade do capitalismo, dentro de uma economia essencialmente voltada para a exportação de produtos agrícolas, com predominância do café. Consequentemente, as garantias à saúde necessárias ao êxito da acumulação resumiam-se a *" uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e à erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação"* (Mendes, 1996, p. 58, grifo nosso).

A partir dos anos 20, com o peso crescente dos trabalhadores urbanos, definidos cada vez mais, em função do processo de especialização e subespecialização do trabalho, característico do capitalismo, em segmentos profissionais distintos, começaram a surgir, organizadas inicialmente por empresas, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que consistiam em um seguro para trabalhadores do setor privado, garantindo pensões, aposentadorias e assistência médica a filiados e dependentes, financiados através de contribuição compulsória estipulada contratualmente. É importante assinalar que as CAPs resultaram de iniciativa do Estado (Decreto 4682, de 24 de janeiro de 1923), preocupado em disciplinar, controlar e garantir a reprodução do trabalho em setores essenciais à

economia brasileira. Apesar de seu financiamento tripartite (Estado, empregadores e empregados), as CAPs eram gerenciadas por representação direta de empregadores e empregados com poder deliberativo, sem a presença do Estado (Cohn, 1996).

Na década de 30 as CAPs foram sendo unificadas paulatinamente em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), congregando os trabalhadores de empresas de mesma categoria profissional. Surgem, então, o IAPM (marítimos), o IAPC (comerciários), o IAPB (bancários), o IAPI (industriários) e o IAPETC (trabalhadores em transportes e cargas). Este último movimento aconteceu a reboque das profundas crises do capital que marcaram o fim da década anterior e que obrigaram os teóricos do Estado capitalista a reformular as teses liberais do "laissez faire", introduzindo mecanismos de controle, gerenciados pelo Estado, de forma a minimizar as possibilidades de catástrofes econômicas como a de 1929. Assim é que os IAPs passaram a ter caráter nacional, diferindo fundamentalmente das CAPs porque, embora fosse mantida a origem tripartite dos recursos financeiros (União, empregadores e empregados), a presença reguladora e controladora do Estado em sua administração era então nítida: a direção cabia a um funcionário executivo, assessorado por um colegiado paritário de empregados e empregadores, de caráter apenas consultivo (Cohn, 1996). Tratava-se de seguro social institucionalizado, à semelhança de outros que surgiram, à época e com finalidades análogas, tanto nas economias centrais (como o seguro desemprego), quanto nas periféricas (Buss & Labra, 1995; Draibe, 1993; Fleury, 1994; Ginsburg, 1992). Este seguro social não se circunscrevia apenas a aposentadorias e pensões; a garantia da inserção dos proprietários da força de trabalho nas relações de troca passava também por sua eventual recapacitação física e mental, através da oferta de serviços médicos, já existente nas estruturas das CAPs (Cohn, 1996; Mendes, 1995).

Estes fenômenos, característicos do que denomina-se cidadania regulada (Capítulo 1, p. 46), respondiam portanto tanto aos interesses do capital, em crise, com a intervenção do Estado no sentido de cumprir a determinação funcional de zelar pelos interesses comuns daquele, quanto às demandas do trabalho, em particular de seus setores mais organizados, dentro da lógica de auto-preservação da acumulação. E geraram, no imaginário brasileiro, a noção de assistência médica (de melhor qualidade) como um direito derivado do contrato de trabalho, em

contrapartida de contribuição de caráter obrigatório; diferentemente da assistência médica de natureza pública e filantrópica, a ser oferecida à população carente, fora do mercado formal de trabalho.

Estabeleceu-se, pois, o conceito de que o Estado é responsável pelas medidas coletivas de saúde (como o controle de endemias, campanhas de vacinação, etc.), a serem financiadas com recursos orçamentários da União, enquanto que a assistência médica individual é prerrogativa daqueles que, sendo assalariados, a ela fazem juz, uma vez que contribuem para a previdência com uma parcela de seus vencimentos. A saúde não é portanto um direito de cidadania, a ser usufruído por todo brasileiro e garantido pelo Estado; não é sequer um direito do trabalhador - o que se criou foi um conceito muito mais restritivo, o da assistência médica, vista como um retorno devido, no caso dos inseridos no mercado formal, ou uma dádiva piedosa, caso contrário. A assistência médica - e a garantia da saúde em geral - eram vistos como pertinentes à esfera privada e não à pública.

A partir da segunda metade da década de 40, com o advento do populismo, o controle da Previdência Social passou a ser objeto de disputa entre o Estado, de um lado, que queria continuar a utilizá-la como instrumento de cooptação, clientelismo e fonte de recursos para investimento em setores básicos da economia e os trabalhadores, de outro lado, que, politizando a questão, reivindicavam a gestão daquilo que era, afinal, sustentado por suas contribuições (Cohn, 1996).

Nos anos 50, com a aceleração da industrialização do país e sob o paradigma do modelo desenvolvimentista, desloca-se o pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gera-se uma massa operária que deveria ser atendida com outros objetivos pelo sistema de saúde. O importante, então, já não é *"sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva"* (Mendes, 1996, p. 59, grifo nosso). O sistema previdenciário expandiu-se quantitativamente, tanto no conjunto de usuários a serem atendidos quanto na soma de recursos envolvidos; frente à ampliação e diversificação desse universo, gerou-se demanda crescente pelo estabelecimento de normas globais únicas, que parametrizassem a totalidade daquele sistema.

Em 1960 foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, sob pressão dos trabalhadores, uniformizando-se os benefícios prestados pelos Institutos; a

Previdência Social passava a ser a responsável pela assistência médica individual de seus beneficiários.

Os trabalhadores reivindicavam a unificação nacional dos Institutos, sob seu controle; e exigiam eficiência do sistema. É algo que o Estado não pretendia e nem iria conceder, em parte por que se tratava da gestão de volume considerável de recursos, cujo direcionamento o capital, sempre hegemônico, também reivindicava (e o Estado deve cumprir seu papel de integrar os "interesses globais" do capital); e, em parte, pela crescente necessidade do Estado de controlar os processos de reprodução e conservação da força de trabalho.

Após o golpe militar de 1964, ainda sob o impacto do enorme desbalance na correlação de forças entre capital e trabalho então gerado, sob um Estado agora sem a componente de legitimação democrática, e até mesmo em função disso, ocorreu a unificação da Previdência Social: foi criado, em 1966, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), cujo controle passou a ser integralmente do Estado, alijados, nas circunstâncias, trabalhadores, empregadores e demais componentes da sociedade civil, de mais a mais igualmente afastados de todos os outros âmbitos do cenário político pela ditadura. Expressão concreta do modelo médico-assistencial privatista, que neste momento histórico se consolida institucionalmente, suas principais características eram, segundo Oliveira & Teixeira (1989), as seguintes:

a) A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;

b) O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde;

c) A criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;

d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços.

Consolidava-se neste momento institucional o modelo médico-assistencial privatista (Cohn et al., 1991; Mendes, 1996).

Quase uma década depois, em 1975, foi aprovada a Lei 6229/75, que, dispondo sobre o Sistema Nacional de Saúde, deu finalmente desenho jurídico-

formal a esse modelo, selando as dicotomias já existentes entre atenção médica curativa e medidas preventivas de caráter coletivo e entre serviços públicos e privados de saúde, dando contornos específicos às tarefas correlatas ao Ministério da Previdência e Assistência Social (criado em 1974) e ao Ministério da Saúde (que data de 1953), que passava agora a responsabilizar-se também pela assistência médica individual.

Esses desdobramentos estavam alinhados com uma política mais geral, vigente nesse período, que apontava para a abertura de espaços para a entrada da iniciativa privada nas áreas de saúde e educação, criando, com a eliminação, por quase duas décadas, da componente democrática do capitalismo brasileiro, um novo perfil para a composição estrutural de nossas instituições políticas (sustentada pelos aparatos legais então construídos), coerente com um aprofundamento da desigualdade social e com o crescimento da massa de excluídos, cujas conseqüências eram reprimidas pela força bruta. Esse Estado, que assim resolvia os conflitos anti-capitalistas, pôde, compreensivelmente, administrar com tranqüilidade os interesses globais do capital, face ao grau menor de contradições internas presentes num 'status quo' em que a correlação capital-trabalho era brutalmente desfavorável a este último. Assim é que, concomitantemente a um movimento global que empurrava cada vez mais brasileiros para a miséria, de outra parte gerava-se o chamado "milagre brasileiro", construído, entre diversos fatores, a partir do processo de industrialização e aumento de produtividade associado à apropriação maciça de mais-valia, face ao quadro acima. Em outras palavras: à medida em que aumentava o "exército de reserva" e, portanto, o percentual da população excluída do mercado formal de trabalho, abria-se espaço para a privatização em geral, saúde incluída.

É em decorrência dessa conjuntura que se agudizou o 'apartheid social' também na área da saúde. Os carentes, via de regra sem vínculo empregatício próprio ou de seus familiares, eram orientados para o setor público - Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde - ou filantrópico. Ou seja, o Estado mantinha o controle sobre as condições objetivas de permanência dos proprietários da força de trabalho fora do mercado e sobre os correspondentes processos quantitativos de proletarização e desproletarização, condições essas compatíveis com o (baixíssimo) nível de cidadania vigente - a eles era reservado um

atendimento médico de pior qualidade, permitindo inclusive um enxugamento dos gastos públicos. A inclusão e manutenção daqueles proprietários da força de trabalho que efetivamente a negociavam no mercado passou a se dar por intermédio de sistemas de amparo que os encaminhavam para o setor privado de prestação de serviços médicos, via Previdência Social. Isto propiciou não somente o enraizamento definitivo desse setor, como sua pronunciada capitalização no período, fruto da intervenção estatal, através de políticas públicas de terceirização da atenção médica que, ao destinarem parte significativa dos recursos disponíveis ao setor privado, permitiram um processo de acumulação que se deu quase que à margem dos riscos do mercado (Cohn, 1995a; Elias, 1996b; Médici, 1992; Rodrigues Neto, 1996). Mencione-se que, além da consolidação de um mercado cativo para a iniciativa privada, cujos serviços contratados e conveniados eram cobertos pela Previdência Social, outros mecanismos foram implantados, como o financiamento da construção de hospitais privados através de capital federal por meio do FAS, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, criado em 1974.

Iniciou-se, nos anos 80, o processo de redemocratização do país, com a reconquista de alguma cidadania política. Foi a partir desse marco que tiveram origem uma série de transformações que passaram a alterar profundamente a estrutura e a dinâmica político-econômico-social no país.

A reforma sanitária que se desenvolveu no Brasil, dentro desse processo de abertura e sob pressão dos movimentos populares e da sociedade civil, dentre outros fatores, teve e terá que se defrontar com dificuldades multifacetadas, muitas das quais, por sua natureza, só poderão ser superadas - se é que serão - a longo prazo. Do ponto de vista de nosso estudo, é importante fazer uma breve resenha preliminar de duas questões: a herança histórica objetivamente existente, à época, na área da saúde e as novas condições político-econômicas globais que então se desenhavam, nacional e internacionalmente.

Com relação à questão inicial, resgatar aquela herança, como resultado do panorama traçado acima, é fundamental para que possamos avaliar as origens da crise da saúde no Brasil, as limitações estruturais e dinâmicas impostas pelo quadro histórico, e portanto a extensão possível das diretrizes e reformas sanitárias que, com

o processo de abertura e seus múltiplos atores, acabou resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destacamos, dentro dessa primeira questão, três tópicos, que nos parecem essenciais.

Primeiro, firmou-se, como conseqüência do processo descrito, uma conceituação de saúde que tende a reduzí-la à medicalização, ou seja, à visão que identifica a saúde com o combate às patologias, relegando a um segundo plano a discussão das condições estruturais mais gerais necessárias à obtenção e manutenção da saúde (habitação, saneamento, alimentação, transporte, educação, esporte e lazer, etc.). Em decorrência, foram sobrevalorizados a profissionalização médica e respectivo poder, com todas as desvantagens inerentes ao corporativismo a ele relacionado, bem como a demanda cada vez mais acentuado por serviços médicos - cuja oferta não corresponde necessariamente a uma proporcional melhoria da saúde da população. A incorporação tecnológica descontrolada, dentro de um esquema de oferta de serviços dominado pela iniciativa privada, ocorreu de forma enviesada, deformada pela lógica do lucro, seja dos fornecedores de equipamentos, seja dos prestadores de atenção médica. Portanto, além da distorção da compreensão do que seja saúde pelo imaginário popular, produziu-se um outro desvio: o de que a medicalização é tão mais eficiente quanto mais exames médicos, remédios e aparelhos de última geração estiverem disponíveis. Esta perspectiva implica em demanda crescente por serviços médicos e sofisticação tecnológica, cujo custo rapidamente ascendente não se traduz de fato em correspondente melhoria das condições de saúde. Em função do modelo de saúde predominante, por conseguinte, moldou-se todo um sistema de formação e alocação de recursos humanos para a saúde (Campos, 1991; Cohn & Elias, 1996; Machado, 1995). Mais que isso, como subproduto da privatização acelerada também na área de educação, e face a uma avaliação do mercado para profissionais de saúde igualmente distorcida, as instituições particulares de educação passaram a formar quantidade ascendente de técnicos e graduados, criando-se, pois, pressões para sua incorporação no mercado de trabalho. Este é um outro e sério complicador, pois todo modelo de saúde, para funcionar, necessita de um determinado perfil de recursos humanos disponível - qualquer reforma, portanto, tem que redimensionar a formação desses recursos. Esse

processo, lento por natureza, não pode, além do mais, desconsiderar os profissionais já formados, seus currículos, seus perfis e as distorções já criadas.

O segundo tópico refere-se à trajetória da oferta de serviços médicos oferecidos aos trabalhadores, através da Previdência Social, vistos como via de acesso à saúde: no Brasil do século XX, ao menos até o fim da década de 70, estes são encarados como contrapartida devida às contribuições retiradas de seus salários, dentro de uma concepção de cidadania regulada. A saúde não é, assim, um direito de todos e um dever do Estado.

O terceiro tópico diz respeito à importância de algumas questões gerais, cuja gênese e características independem, de certa forma, dos particularismos da gestão do capitalismo em nosso país, mas que são fenômenos que têm que ser considerados na construção de qualquer modelo de reforma sanitária. Uma dessas questões é a transição demográfica e epidemiológica (Cohn, 1996; Mendes, 1996; Monteiro, 1996): a redução das taxas de mortalidade infantil, aliada a uma expectativa de vida maior (embora fortemente diferenciada regionalmente), tem gerado uma transformação significativa no perfil etário da população. Em conseqüência, a par das questões de saúde decorrentes da concentração de renda e ampliação da população abaixo da linha de pobreza, tais como as infecções comuns, a desnutrição, as doenças típicas resultantes da falta de saneamento básico, começaram a ganhar importância o câncer, as disfunções do aparelho circulatório e outras, caracteríticas de uma outra faixa etária, agora percentualmente maior. O desenvolvimento industrial acelerado gerou, entrementes, um crescente adensamento populacional nas regiões urbanas e uma forte polarização e desigualdade regionais no que se refere à qualidade da vida e às doenças ocupacionais e do trabalho, deteriorando, ao mesmo tempo, o meio ambiente, seja pela poluição dos cursos d'água e do ar ou pela contaminação do solo e do subsolo. Nenhuma reforma sanitária, em qualquer país do mundo, pode ou poderia ter deixado de considerar essas variáveis, que demandam medidas tipicamente preventivas, de caráter coletivo e, também, ações de atenção médica de alta complexidade tecnológica e que têm contribuído, de forma geral, para a crise dos sistemas de saúde.

Fazendo um breve resumo, apontamos acima para diversas problemáticas de fundo estrutural, presentes no sistema de saúde vigente em nosso país à época: um

sistema construído a partir da visão reducionista do conceito de saúde, enquanto eliminação da doença através da prestação de serviços médicos; um sistema discriminatório e não universalista, destinando serviços de qualidade inferior à população como um todo e dispensando um outro tratamento àqueles inseridos no mercado de trabalho; um sistema com ênfase privatista, em que a lógica do lucro e não as necessidades concretas da população formam o eixo principal diretor das ações; um sistema em que, particularmente, toda uma rede física pré-existente (hospitais, casas de saúde, etc.) tem que ser considerada como realidade concreta; uma herança de recursos humanos compatíveis com o sistema, continuamente acrescidos de mais profissionais, com formação oriunda de um sistema educacional também fortemente privatizado; consequentemente, um corporativismo profissional, tendente a resistir a mudanças que alterem as inserções hoje cristalizadas e, principalmente, um corporativismo empresarial, no que concerne à ocupação de nichos de mercado referentes a equipamentos médicos e correspondente tecnologia, seja esta ou não necessária, nos quantitativos existentes, ao melhor equacionamento da saúde, do ponto de vista da construção da cidadania plena para todos.

Por outro lado, do ponto de vista político e institucional, para além de superar a visão de saúde restritiva e não universalista impregnada no sistema e no imaginário da população, tornava-se necessário (mas não suficiente) aprovar um novo arcabouço de leis e instituições, para viabilizar a possibilidade teórica de reforma - daí à sua efetiva implementação concreta vai uma grande distância. Esta última observação é especialmente importante: o caráter classista do Estado capitalista reside, do ponto de vista adotado neste trabalho, na estrutura de suas instituições políticas; portanto, visto que seja essencial para qualquer reforma a alteração destas, essa mudança implica apenas no câmbio do novo conjunto de ações e eventos, situados dentro do universo de possibilidades redimensionado pelos novas seletividades e respectivos filtros: quais deles (ações e eventos) de fato ocorrerão é algo que só será definido pela correlação de forças entre capital e trabalho a ser estabelecida, o que, é evidente, depende de inúmeros fatores, dentre os quais a contínua mobilização popular e da sociedade civil. Dentro de uma perspectiva mais ampla, finalmente, há que enfrentar todas as conseqüências gerais, para a área da

saúde, da industrialização, da transição demográfica e de seus múltiplos impactos no cotidiano.

Essas eram as condições objetivas, no tocante especificamente à saúde.

Com relação à segunda questão que acima explicitamos - isto é, quanto às novas condições político-econômicas globais, diversas eram as causas, interna e externamente, que permeavam a "abertura" controlada do país a uma nova ordem, através de uma transição dominada por forças de corte nitidamente conservador. No plano internacional, a crise do capital no primeiro mundo implicava num cenário de redução de liquidez, com reflexos nas economias dos países ditos "em desenvolvimento", como o Brasil, já pressionado por sua dívida externa, que havia crescido rapidamente. Dentro de nossas fronteiras, por outro lado, o quadro externo desfavorável era acirrado pela crise fiscal do Estado, pelo esgotamento do crescimento econômico e pelo agravamento das tensões internas geradas por um grau cada vez mais insuportável de concentração de renda, que elevava o potencial de conflitos sociais a níveis perigosos. Portanto, a gradual descompressão política que reintroduziria a componente democrática no capitalismo brasileiro teve suas origens tanto no acúmulo de contradições internas quanto num quadro de crise global do capital e foi administrada de forma a garantir a permanência e a preservação dos interesses da acumulação (conforme Capítulo 1).

No Brasil do início dos anos 80, portanto, a partir dos anacronismos na área da saúde, acumulados nas décadas anteriores e da nova conjuntura político-econômica, havia espaço objetivo para um movimento por uma reforma sanitária. Os novos horizontes trouxeram à cena política novos atores e diferenciados projetos. A par do extraordinário fortalecimento dos movimentos sociais, alguns já em curso desde a década de 70 (Jacobi, 1993; Costa, 1989 e 1994) revigorou-se também o sindicalismo: ambos puderam afinal eclodir publicamente, após décadas de repressão. A crise e os sucessivos escândalos na Previdência Social - foco de fantástica corrupção, clientelismo político, desvio de recursos públicos para outras finalidades e má administração - e o aumento do contingente de excluídos que, fora do mercado, só tinham acesso a serviços de saúde de segunda categoria ou à filantropia, eram razões mais que suficientes para que as forças sociais que discutiam a questão saúde se estruturassem para debatê-la, agora abertamente, de

forma orgânica e democrática, em processo que, a partir de conferências municipais e depois estaduais, culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que, realizada em 1986, congregou representativamente delegados de todo o país (Cohn, 1989; Elias, 1996a; Médice, 1995; Teixeira, 1989).

As teses centrais da VIII Conferência Nacional de Saúde, no sentido da universalização do atendimento à saúde, da descentralização administrativa, da participação comunitária e da redefinição paradigmática da atuação do Estado na área, visando a construção da cidadania e a garantia da saúde- para além da atenção médica - como um direito de cada brasileiro e um dever do Estado, constituídas em seu relatório final (Brasil, 1987a), tornaram-se poderosos instrumento de pressão, que influiu fortemente em dois eventos de grande significado, um no Executivo e outro no Legislativo.

Em 1987, o governo implantou o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que reforçou uma tendência já prenunciada a partir da vigência do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS, 1983), de aumento de repasses financeiros da União para custeio e investimento nos sistemas estaduais e municipais (Campos, 1992; Cohn, 1989; Médice,1995).

Em 1988, a Constituição Brasileira referendou a nova lógica, criando o SUS - Sistema Único de Saúde, posteriormente regulamentado pelas Leis 8080 e 8142, de 1990, e organizado segundo as diretrizes gerais apontadas pela VIII Conferência, conforme indicamos acima - o que sem dúvida constituiu uma extraordinária mudança; ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, incorporava princípios e práticas hegemônicas correntes, preservando o espaço de atuação da iniciativa privada no setor.

Não há como negar que os textos constitucionais e infra-constitucionais representaram um enorme avanço, desde a ótica do movimento social organizado; não se pode, em contrapartida, superdimensionar esse resultado, que, além de não garantir em absoluto a consecução das transformações que potencialmente comportava, mantinha a idéia de um sistema plural de atendimento à saúde, no qual estava também, em teoria, assegurado o campo de ação para a continuidade da acumulação no setor, a partir da ocupação dos nichos de oferta de serviços comercialmente rentáveis. Não é por outra razão que o Congresso Nacional, de um

lado sob pressão popular, mas de outro integrado por maioria conservadora, acabou por aprovar o texto em questão. Os desdobramentos ocorridos nos anos seguintes ilustram estas observações, como iremos detalhar no próximo tópico.

2.2 O Sistema Único de Saúde

A partir de 1987, com a criação do SUDS e, posteriormente, com a criação do SUS, iniciou-se um processo em que, se de uma parte estendia-se o atendimento médico, enquanto direito de cidadania, àqueles fora do mercado de trabalho, antes relegados à caridade estatal ou à filantropia, de outra rebaixava-se o nível deste atendimento, se comparado ao oferecido anteriormente aos usuários da Previdência Social, isto é, aos assalariados (Mendes, 1996).

Este fato foi uma conseqüência evidente de uma série de fatores. Em primeiro lugar, a crise do Estado brasileiro e a das economias centrais, bem como as políticas públicas de caráter neoliberal, implicaram em uma redução progressiva do aporte de verbas públicas federais à saúde.

Conforme análise de Médici, entre 1989 e 1993 ocorreu uma forte redução do gasto público com saúde no Brasil. Com relação aos gastos públicos 'per capita' com saúde, ao longo do período 1987/90, detecta-se um maior comprometimento de recursos públicos; com a crise econômica do período 1990/92, houve um movimento de retração, revertido em 1993/94. Os gastos públicos 'per capita' com saúde no Brasil caíram de US$ 95,60 em 1989 para US$ 62,70 em 1992; foram de US$ 65,39 em 1993 e (estimados) US$ 93,00 em 1994 (Médici, 1995). De acordo com Mendes (1996), os gastos foram, sucessivamente, de US$ 11,3 bilhões em 1989, US$ 9,4 bilhões em 1990, US$ 7,8 bilhões em 1992 e US$ 7,5 bilhões em 1993 - uma queda de mais de 33%, ou US$ 3.5 bilhões em apenas 4 anos.

Simultaneamente, a nova base populacional que potencialmente poderia utilizar o sistema excedia em 60 milhões de pessoas (Mendes, 1996) o número prévio de usuários - os assalariados da Previdência Social. A qualidade dos serviços públicos que estes últimos recebiam anteriormente, portanto, caiu. Em conseqüência, gerou-se uma forte demanda por serviços médicos de melhor nível, que pudessem ser disponibilizados aos assalariados, em especial os possuidores de mão-de-obra especializada. O movimento resultante foi a privatização dos serviços de saúde

rentáveis, do ponto de vista mercadológico: a diminuição do aporte de recursos orçamentários ao setor público implicou numa redução proporcional dos valores pagos por serviços privados, afastando os produtores mais capitalizados, que se descredenciaram, total ou parcialmente, passando a suprir a recém criada demanda, a que acima nos referimos, através de oferta tornada disponível a essa nova clientela, dentro do sistema de medicina supletiva (Conh, 1995a; Elias, 1996b; Mendes, 1996).

Isto é o que Faveret Filho & Oliveira (1989) chamam de "universalização excludente": com a deterioração real do montante pago pelo Estado pela terceirização, apenas os prestadores de serviços tecnologicamente mais atrasados permaneceram, como contratados e credenciados. Em conseqüência, a utilização dos serviços do SUS (subsistema público) pelos usuários portadores de mão-de-obra de pouca qualificação e pelos segmentos da população não integrados economicamente tornou-se progressivamente maior, em termos percentuais.

Os seguintes números ilustram a tendência realçada acima. Apenas nos dois anos posteriores à criação SUDS -1987/1989 - o número de usuários do sistema de atenção médica supletiva cresceu 7.200.000 (Gouvea, apud Mendes, 1996, p. 81), ou 8.740.000 (Foster Higgins, apud Elias, 1996b, p. 71); em 1994, atingiu 34.400.000, patamar em que aparentemente houve uma certa estabilização. O faturamento do sistema passou de US$ 2,4 bilhões em 1989 para US$ 6,4 bilhões em 1993 (Torloni Filho, apud Mendes, 1996, p. 81).

O quadro que emerge desses fatos e dados é ao mesmo tempo paradoxal e compreensível; de certa forma, explica porque puderam ser aprovados os novos textos constitucionais e infra-constitucionais por legisladores em sua maioria conservadores.

Há inegáveis ganhos teóricos na conquista de um reconhecimento legal, juridicamente consagrado, do direito à saúde como um elemento de cidadania plena.

O mesmo se pode dizer dos mecanismos de descentralização implantados, com a redução dos desvios de recursos, do seu uso clientelístico, como moeda de troca política; e também do cada vez mais presente controle democrático destes recursos pela comunidade, através dos Conselhos Estaduais, Municipais, Distritais e Locais de Saúde, cuja criação foi possível a partir do SUS e tem sido implementada

concretamente ao longo dos últimos anos. Todo espaço de poder está sujeito a tentativas de manipulação por partidos políticos, corporações e interesses pessoais; contudo, embora distorções como essas possam ter ocorrido e possam vir a ocorrer, inegável também é que esses Conselhos têm tido papel primordial, enquanto locus privilegiado de construção da cidadania social (Conh, 1995b; Jacobi, 1993; Pimenta, 1993).

Uma outra forma de avaliar a importância do SUS é imaginar um cenário em que este não existisse: nesse caso, estaria mantida uma discriminação social reconhecida e sancionada pelo Estado, na área da saúde; ou seja, um sistema de atendimento para os cidadãos de primeira linha, isto é, os que trocam sua força de trabalho no mercado, versus um atendimento *formalmente de segunda categoria* para os demais, para os excluídos. A criação do SUS, portanto, teve o grande mérito de haver rompido aquela discriminação, *juridicamente admitida.* Desse ponto de vista, foi sem dúvida um passo de significado marcante: ganharam com ele, de forma inequívoca, os 60 milhões de brasileiros que antes só tinham acesso à saúde como um favor do Estado ou das instituições beneficentes e, de forma mais geral, todos aqueles que lutam pela diminuição do grau de iniquidade social em nosso país.

A par disso tudo, não obstante, os números mostram que o Estado e suas políticas neoliberalizantes da última década, apesar e simultaneamente à criação do SUS, promoveram, em função das crises nacionais e internacionais do capital e em alinhamento com os movimentos do primeiro mundo, uma redução substancial de verbas para a saúde (33% de cortes em poucos anos, como citamos). Ou seja, apesar da enorme expansão do número de usuários, pela via da universalização dos serviços, a verba disponível diminuiu, provocando um declínio na qualidade dos produtos ofertados. Em outras palavras, acabou-se a discriminação estatalmente avalizada, no sistema de saúde; mas, com a "universalização excludente", manteve-se a discriminação real, objetiva, entre o atendimento de fato obtido pelos assalariados e o acessível aos demais.

O Estado brasileiro, portanto, concomitantemente ao surgimento do SUS, enxugou seus gastos públicos na saúde. Se os milhões de excluídos foram beneficiados, o setor privado também não foi prejudicado. A mesma clientela, antes melhor atendida, seguiu sendo melhor atendida, agora via medicina supletiva. Tanto

é que, à medida em que os vários bilhões de dólares mencionados somem do orçamento público, outros tantos aparecem como faturamento a mais no setor privado de saúde. Alguém, é claro, paga a conta: uma parte dos assalariados, que anteriormente utilizava os (melhores) serviços públicos a que tinha acesso, agora continua descontando do salário o dinheiro da previdência, ao passo em que busca, através do pagamento extra que faz mensalmente para a medicina supletiva, o resgate do nível de atendimento médico perdido. O setor privado explora comercialmente, como antes, o que sempre lhe interessou: o atendimento médico de uma certa fatia do conjunto de assalariados que, não se contentando com o que oferece o serviço público, por outro lado não se dispõe a pagar os serviços médicos via desembolso direto.

Seria teoricamente possível propor uma interpretação do quadro atual na saúde que o classificasse como um continuísmo da situação anterior: saúde encarada como atendimento médico, na prática; proprietários da força de trabalho que de fato a negociam no mercado recebendo serviços de melhor qualidade do que o conjunto da população; medicina privada obtendo os lucros que sempre obteve; Estado investindo insatisfatoriamente na saúde, como sempre investiu.

Pretendemos, porém, a partir do referencial apresentado no Capítulo 1, oferecer a seguir uma outra avaliação desse quadro.

Aquilo que há de continuísmo é, de um lado, resultado da trajetória histórica da correlação de forças entre capital e trabalho na última década e, de outro, uma característica da própria natureza classista de dominação inerente a todo Estado capitalista. Consideramos, contudo, que, durante os anos 80, houve uma mudança qualitativa na estrutura das instituições políticas do Estado brasileiro, face à necessidade de incorporar a legitimação democrática, enquanto determinação funcional, às outras duas que tipificam qualquer capitalismo: a privatização da produção e a dependência do processo de acumulação - esta incorporação era imprescindível, como já comentamos, face às crises interna e internacional do capital e suas conseqüências.

Na área da saúde, particularmente, essa mudança qualitativa se expressou através de inovações sócio-políticas de âmbito nacional, que resultaram desses desdobramentos, face à legitimação democrática, dada a impossibilidade de manter a

credibilidade estatal (a ser agora referendada - ou não - nas urnas), anteriormente minada por inúmeros escândalos e fracassos, como o rombo da Previdência e a precariedade do atendimento médico oferecido à população, sem mudar a forma de gerar, financiar e distribuir as prestações de serviços sociais (Capítulo 1, p. 33-36). Era necessário, portanto, para mudar a estrutura das instituições políticas do Estado, alterar, também qualitativamente, as seletividades do aparelho estatal (definidas anteriormente como *"configurações de regras de exclusão institucionalizadas*") e, como resultado, os correspondentes filtros (Capítulo 1, p. 23).

Nossa tese é a de que, particularmente na área da saúde, houve uma modificação qualitativa da estrutura das instituições políticas do Estado, e portanto de suas seletividades, vistas como o poder discriminatório do coletivo dessas instituições em relação ao conjunto de ocorrências socio-político-econômicas.

Para estabelecer a diferença entre as restrições sistemáticas e não aleatórias aos espaços de possibilidades de eventos na área da saúde - antes e depois da abertura democrática no Brasil - vamos analisar as distinções entre a operação dos diferentes filtros numa época e em outra.

Com relação ao filtro repressão, seu abrandamento é a marca registrada de qualquer processo de democratização; ou seja, é ampliado o espaço de eventos permitidos, isto é, os que não são, na nova ordem, impossibilitados via ação direta da polícia, justiça ou forças armadas. Portanto, muitos eventos antes selecionados negativamente por esse filtro, como por exemplo reuniões para discussão de movimentos populares da saúde ou manifestações públicas de protesto, passam depois a não ser reprimidos. Esta diferença está nas origens do fortalecimento dos mecanismos de pressão que, agora mais diretos e visíveis, engendraram as outras transformações, isto é, as transformações das estruturas das instituições políticas na área da saúde propriamente dita.

Em função dessas transformações, a alteração sofrida pelos filtros estruturais é talvez a mais agudamente significativa. A instituição, primeiro do SUDS (mudança de estrutura político-administrativas) e depois do SUS e do texto constitucional de 1988 (mudança de estrutura jurídico-legal) consistem em uma forte guinada nos mecanismos de seleção institucional. Após a mudança, é possível discutir, a partir da nova estrutura existente, a possibilidade de acesso universal e igualitário à saúde;

antes, não, pois o arcabouço político-administrativo-jurídico-legal determinava a existência de dois distintos tipos de serviços médicos a serem prestados: aos assalariados e aos demais. Em particular, por exemplo, é possível depois - e não antes - debater qual o orçamento necessário para facultar aquele acesso de todos à saúde (definida na Constituição de forma ampla, sem reduzí-la à medicalização), cuja garantia é vista agora como um dever do Estado para com cada brasileiro (Brasil, 1988a). Em outras palavras, há um conjunto absolutamente representativo de eventos que se tornam realizáveis, mas que antes eram filtrados pelas estruturas previamente existentes, reduzindo-se brutalmente o espaço do estruturalmente possível. É claro que, através da ação combinada deste filtro com o filtro repressão, a luta pela efetiva existência mesmo desses poucos eventos permitidos era bastante enfraquecida, em detrimento dos proprietários da força de trabalho.

Os filtros ideológicos também passaram por descontinuidades de grande monta. Dois exemplos ilustram este ponto. Em primeiro lugar, a cidadania social, enquanto conceito ideológico, é um não evento, nos anos pré-década de 80. Independentemente de não ser possível travar a discussão correlata, pelas mesmas razões estruturais que apontamos no parágrafo anterior, ela também não é possibilitada ideologicamente: havia sido cristalizada, como paradigmaticamente indiscutível, a concepção de cidadania regulada, sendo o atendimento médico diferenciado parte do pagamento (não um direito inalienável do cidadão) do assalariado, subproduto da troca de sua mercadoria (a força de trabalho) no mercado. Dos anos 80 em diante, a cidadania social, em específico no tocante à saúde, foi progressivamente colocada em foco e finalmente ratificada institucionalmente nos textos constitucionais. Um segundo exemplo é relativo à dicotomia saúde versus atendimento médico; na Constituição de 1988, está claramente estipulado que propiciar a cada cidadão o exercício do seu direito integral à saúde - e não meramente a um atendimento médico equânime - é um dever do Estado (Brasil, 1988a).

Os filtros de processo, após a promulgação da Constituição e textos regulatórios infra-constitucionais posteriores, sofreram igualmente mudanças. Assim é que a descentralização, aliada à possibilidade de controle comunitário via criação dos Conselhos, em todos os níveis, abriu horizontes processuais antes inexistentes.

Nada garante, a priori, que os resultados - em termos de redução do clientelismo, fiscalização das verbas e sua utilização em prol dos princípios de cidadania social, etc., - sejam necessariamente satisfatórios; mas há eventos, como o controle popular sobre os recursos disponíveis e a discussão coletiva de prioridades, que não estão excluídos do universo de possibilidades pelo próprio processo de construção desse universo, como anteriormente.

As transformações que culminaram com a incorporação da legitimação democrática, enquanto nova determinação funcional do Estado, no Brasil da década de 80, não podem, contudo, diminuir a visibilidade e importância das outras duas determinações: a privatização da produção e a dependência estrutural do processo de acumulação. Em conseqüência, a mudança qualitativa no exercício das seletividades desse Estado na área da saúde coexiste com a permanência dos demais mecanismos de funcionamento do capitalismo.

Em outras palavras, em primeiro lugar está garantida, pela própria natureza do Estado, a atuação do mercado na área da saúde, o que se fará nos espaços economicamente rentáveis, ou seja, segundo a ótica do lucro, da oferta de serviços capaz gerar acumulação.

Em segundo lugar, o câmbio do universo de eventos possíveis é uma condição necessária para potenciais avanços, do ponto de vista da conquista da cidadania social - e portanto, enquanto tal, uma vitória de enorme significado para os defensores dessa perspectiva.

Em terceiro lugar, essa condição não é de forma nenhuma suficiente: absolutamente nada é garantido, por sua existência, além da ampliação de espaços de possibilidades que a caracteriza. Esta ampliação não implica em negação da lógica capitalista pré-existente e nem em cerceamento das práticas e dinâmicas envolvidas no ‘status-quo’ anteriormente em vigor. O fator que determinará, portanto, o ‘ponto de operação’ do sistema de saúde na nova situação será, essencialmente, a correlação de forças entre os diversos atores que se movem na cena político-econômico-social.

O continuísmo do perfil do Brasil concreto, na área da saúde, em particular, poderia ter sido ditado como conseqüência obrigatória da permanência estrutural das seletividades do Estado; mas, mudando estas, como foi o caso, alargando-se o

horizonte do abstratamente permitido, o grau de mudanças objetivas que se viabilizarão neste novo cenário será grandemente influenciado pela correlação de forças a que nos referimos.

Assim será com a própria conceituação básica de saúde: para que deixe de ser vista como equivalente a atendimento médico, será necessário o resgate da dívida social do país, com a garantia de habitação, educação, transporte, saneamento básico, alimentação, lazer, como direitos de cidadania. O campo de atuação da medicina privada e o fosso entre os serviços por ela prestados e os do SUS será tanto maior quanto menor for o poder de barganha da população frente aos interesses do capital. O fato de que os proprietários da força de trabalho que de fato a negociam no mercado persistam recebendo serviços de melhor qualidade do que os demais brasileiros, serviços esses em geral prestados pela medicina privada, que obtém com sua venda os lucros que sempre obteve, longe de ser fruto da ineficiência ou qualquer outra mazela do SUS, cuja existência vai na contra-corrente dessas injustiças, resulta em grande parte da desorganização dos setores que poderiam se beneficiar teoricamente de sua implantação.

Na verdade, os 60 milhões de brasileiros que adquiriram, na área da saúde, direitos de cidadania, ainda que mínimos e insuficientes, não têm voz social significativa. Não possuem, de fato, cidadania política plena, na medida em que, embora possam votar, não desfrutam, de um modo geral, de acesso à informação e aos meios necessários à elaboração de análise crítica de fatos e dados, essencial ao uso efetivo do voto enquanto direito de cidadania.

Já os trabalhadores assalariados, seja individualmente, seja através de seus respectivos sindicatos, muitas vezes optam pela tentativa de garantir a utilização de serviços médicos de qualidade julgada melhor, via setor privado - a "universalização excludente" -, relegando a um segundo plano a luta pelo SUS (Costa, 1994).

Por outro lado, às pressões dos movimentos sociais que ainda permanecem atuantes, opõem-se os poderosos 'lobbies' dos segmentos privatistas da saúde.

Em conjunturas em que a defesa oficial dos excluídos ou os discursos estatais do "tudo pelo social" se aliam a políticas institucionais neoliberais, com enxugamentos de gastos públicos em educação, saúde e demais áreas sociais, ao mesmo tempo em que proliferam subsídios ao sistema financeiro, usineiros, e outros

proprietários dos meios de produção, o resultado dessa correlação de forças tem gerado um quadro que reflete uma continuidade das ações públicas e privadas na saúde, não obstante as perspectivas reais de mudanças construídas na década passada e que persistem até o presente momento.

Apesar de toda essa situação, que é resultante de um processo histórico, que em breves traços alinhavamos acima e de uma "abertura" democrática conservadora, procuramos demonstrar a importância da implantação das inovações sócio-políticas que alteraram estruturalmente as instituições políticas do Estado Brasileiro, na área da saúde, tendo sido consolidadas no texto constitucional de 1988 e na própria existência do SUS.

É possível hoje, por conseguinte, em termos de um projeto de médio e longo prazos, pensar em propor uma nova agenda para a saúde que, ao racionalizar o Sistema Único de Saúde, busque inseri-lo em um novo paradigma sanitário. Uma proposta que, utilizando plenamente os novos espaços filtrados, a partir do fortalecimento das lutas pela cidadania e portanto da geração de um outro contexto político, apesar das determinações do Estado capitalista e exercitada radicalmente sua componente de legitimação democrática, pudesse contemplar:

a) na esfera pública, a garantia de que os princípios do SUS realmente se concretizem, com a universalização do acesso à saúde a todos os brasileiros, o que implica também na articulação de lutas pela conquista da cidadania nos mais diversos âmbitos, como direito a salários dignos e a igual acesso universal a habitação, transporte, alimentação, educação, esporte e lazer compatíveis com condições saudáveis de vida; na área da saúde propriamente dita, será essencial garantir a descentralização, com repasse de recursos suficiente e delegação de poderes para os níveis estaduais e municipais que permitam a formulação e execução de políticas de saúde de qualidade, sob controle da sociedade civil organizada - só assim será possível travar a batalha pela superação das atuais intermediações político-clientelísticas, pela ruptura dos anéis burocráticos, mecanismos patrimonialistas e vícios corporativos que entravam a publicitação do espaço estatal; ainda na área da saúde - na realidade na interface entre esta e a da educação - será fundamental a tarefa de formação e reciclagem de recursos humanos, à qual o Ministério da Saúde deve dar suporte técnico e em relação à qual

a sociedade civil organizada deve estar permanente atenta, para que as tarefas que o SUS demanda, a níveis federal, estadual e municipal, possam ser cumpridas;

b) na esfera privada, o controle público do espaço privado contratado com o SUS, pela via da utilização de instrumentos de direito administrativo pela cidadania e do espaço privado da atenção médica supletiva, que deverá ser submetido à regulação estatal; a efetiva submissão da iniciativa privada na saúde às regras do mercado, com a eliminação de subsídios cruzados e de renúncias fiscais contributivas.

Independentemente, porém, de transformações sistemáticas e ganhos duradouros a se construírem processualmente, é e tem sido certamente possível, seja através de pressão direta dos movimentos populares e outras forças, seja pela busca da utilização, por governos comprometidos com as lutas desses movimentos, dos espaços criados pelas novas seletividades do Estado, avançar em direção a essa agenda para a saúde.

Nosso trabalho buscará estudar, na área de saúde, esses movimentos, ocorridos durante as gestões que se instalaram na Prefeitura de São Paulo entre 1989 e 1996. Mais particularmente, a partir da conceituação de Estado Capitalista e suas políticas públicas, que apresentamos, da rápida descrição histórica da saúde no Brasil que acabamos de delinear, e a partir da perspectiva que apontamos acima, enfocaremos o atendimento prestado naquela cidade e época às pessoas portadoras de deficiência e às pessoas que sofrem psiquicamente. Como já explicitamos, teremos preocupações específicas, como a de estudar o papel, nesses processos, da incorporação de determinados recursos humanos; e a de compreender quais transformações sócio-políticas foram pontualmente possíveis e qual o seu grau de permanência posterior.

3. POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

3.1 Área de saúde mental

3.1.1 A experiência internacional

A apresentação e discussão do quadro histórico brasileiro, no que se refere à questão da saúde mental, precisa ser contextualizada, em termos de sua inserção no plano mundial. Para tanto, faremos uma brevíssima sinopse dos modelos clássicos de atenção à saúde mental desenvolvidos nos países centrais e dos movimentos de reforma neles ocorridos; daremos alguns exemplos específicos, particularmente emblemáticos: Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália.

A psiquiatria clássica

No bojo da constituição dos Estados nacionais europeus, com a urbanização e a massificação da pobreza desencadeadas pela Revolução Industrial, a loucura e a doença mental, assim como outra formas de desvio, transformam-se, nos séculos XVII e XVIII, em 'questão social', a ser institucionalmente regulada e contida. Foi o que Foucault (1978) caracterizou como a "grande internação". Até então, na Idade Média e no Renascimento, aprisionar os insensatos era prática difusa, cujo significado ligava-se a uma exclusão genérica mais do que a uma segregação institucionalizada e vinculava-se a uma situação de precariedade comum à miséria de forma geral (Barros, 1994).

Foucault nos apresenta, em História da loucura na Idade Clássica (1978), a arqueologia do processo de partilha entre razão e loucura pela verdade. Durante a Idade Média a percepção social da loucura como forma de diversidade sacralizada ou exorcizada, entendida entre o natural e o sobrenatural, não se cruza com a elaboração do conhecimento sobre a mesma. Nos séculos que antecederam o Renascimento a experiência trágica da loucura era vista como um exercício da diferença; os loucos, embora expulsos para além dos muros das cidades, tinham, em sua existência errante, um espaço concreto no mundo real. Não se tratava, ainda, de classificá-los e encarcerá-los, confinando-os à força e à revelia e obrigando-os a uma

forma de vida sobre a qual deixam de ter qualquer possibilidade de escolha. O internamento na Idade Clássica baseava-se em uma prática de 'proteção' e guarda, como um "jardim das espécies" (Foucault, 1978). Os hospitais gerais e as Santas Casas eram um misto de correção, caridade e hospedaria, tendo uma conotação de 'locus' de recolhimento eventual dos desamparados pela sorte ou daqueles que, por um ou outro "vício", podiam significar temporariamente alguma ameaça à lei e à ordem - prostitutas, ladrões, vagabundos, doentes, loucos; e, nessa escala, a loucura era avaliada como um problema menor, diferentemente do século XVIII, onde a percepção, dedução e conhecimento convergem e propiciarão a marca médica e terapêutica a ser impressa no internamento.

"Durante a segunda metade do século XVIII, a desrazão vai, gradativamente, perdendo espaço e a alienação ocupa, então, o lugar como critério de distinção do louco frente à ordem social" (Amarante, 1995, p. 25).

Foi só a partir de fins do século XVIII, com o advento do iluminismo, da era da razão e seu pensamento positivista, que a loucura passou a ser objeto de observação crítica, transformando-se em doença mental, a ser estudada tecnicamente, enquanto um campo de conhecimento. Dentro dessa nova concepção, a internação adquiriu uma qualidade nova, transformando o louco no paciente, na cobaia de laboratório, a ser observada atentamente, para catalogação e enquadramento, mediante metodologia científica adequada. Portanto, enquanto parte integrante de um experimento, o espaço que lhe cabe para exercer a diferença não pode ser outro senão aquele da reação ao tratamento médico dispensado. Referências fundamentais para este processo de metamorfose do hospital para loucos (e outros) em hospício são "A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienista", de Robert Castel (1978) e "O nascimento da clínica", de Foucault (1977), que expõem a forma pela qual o espaço asilar é trabalhado, desde pioneiros como Pinel (fins do século XVIII), com isolamento dos doentes para melhor observação dos sintomas, a serem enquadrados em diversas síndromes comportamentais, que definirão as diferentes alas institucionais a serem criadas para o tratamento dos casos catalogados como semelhantes. Nesta trajetória de ação e de discurso encontra-se o objeto fundador do saber e da prática psiquiátrica, e com eles do manicômio enquanto lugar de exclusão sob chancela médica: a doença mental.

Em meados do século XIX, “a psiquiatria, assim como outros saberes do campo social, passa a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos” (Amarante, 1995, p. 27); seguirá, entretanto, a orientação das ciências naturais, numa matriz positivista. Tendo tomado um modelo centrado na medicina biológica, a psiquiatria incorporou também sua concepção de causalidade e daí intermináveis debates nesse campo: organogênese versus psicogênese, enfermidade de origem exógena ou endógena, inata ou adquirida (Galende apud Amarante, 1995).

Essas foram, em traços gerais, as circunstâncias que cercaram o surgimento, no século XIX, da psiquiatria clássica, que dominou a cena até meados do século XX.

Um conjunto de fatores, contudo, começou a minar os paradigmas em vigor: o acelerado aumento de produtividade, fruto da revolução industrial, e a crescente necessidade do Estado capitalista de regular as relações capital-trabalho, inserindo quantitativo adequado de proprietários de mão-de-obra no mercado, como já referido anteriormente; as duas Guerras Mundiais e os desdobramentos que se seguiram, exigindo um reordenamento político-econômico-social e ético das sociedades; o surgimento dos Estados de Bem-Estar e a progressiva discussão envolvendo a importância da conquista da cidadania, inclusive a dos ‘loucos’; os custos crescentes e por vezes ineficazes dos hospitais psiquiátricos ‘fechados’, no modelo clássico, e por conseguinte a necessidade de racionalizá-los.

Cada país sofreu diferenciadamente o impacto dos fatores referidos, fruto de suas características peculiares e, em conseqüência, distintos foram os matizes das reformas psiquiátricas que se seguiram.

Nos Estados Unidos, predominaram preocupações de caráter pragmático vinculadas à avaliação da razão custo-benefício dos serviços de saúde mental, estritamente dentro da lógica central do capitalismo, enquanto assumiam, também, importância o estabelecimento de mecanismos de controle social e de prevenção de situações contestatórias da lei e da ordem (como as envolvidas em ‘desvios’ de comportamento, incluídos aí os casos de ações de indivíduos portadores de transtornos mentais), das quais o país pretendia ser o ‘guardião’ não só a nível interno como externo, enquanto defensor do ‘mundo livre’. Segundo Barros (1994), o processo americano parece mais intestinamente ligado à necessidade do avanço do

capitalismo; enquanto na Europa do pós-guerra os esforços de reconstrução, os valores da solidariedade e do respeito aos direitos humanos, sendo os hospitais muitas vezes comparados a campos de concentração, foram elementos que tiveram bastante peso.

A contestação do modelo institucional clássico deu-se em duas vertentes.

A primeira, a que chamaremos de *psiquiatria reformada* (Rotelli, 1990), partiu da aceitação, ao menos em tese e num primeiro momento, das instituições manicomiais, sugerindo inicialmente modificações em seu funcionamento e, depois, a criação de serviços assistenciais na comunidade, que passariam a ser a intervenção de maior peso, o que levaria a uma gradual perda de força dos hospitais psiquiátricos - esse é, essencialmente, o caso das propostas desenvolvidas nos Estados Unidos, na França e na Inglaterra.

A segunda, que pressupôs a negação da própria existência desses hospitais, e portanto preocupou-se com as ações necessárias à criação de condições que pudessem permitir a sua desconstrução[1] - esta linha, a *desconstrução manicomial*, tem como principal exemplo a experiência italiana iniciada por Basaglia.

A psiquiatria reformada

Para Birman e Costa (1994) a psiquiatria clássica vem desenvolvendo uma crise teórica e prática a partir, principalmente, da mudança radical do seu objeto, que de tratamento da doença mental, passa a ser a promoção da saúde mental. Nesse contexto surgem as novas psiquiatrias. Sugerem aqueles autores a distinção de dois períodos nas reformas.

O primeiro deles foi marcado por uma postura crítica à estrutura asilar e sua produção de doentes crônicos, apontando para a necessária reestruturação dos manicômios, vistos como "instituições de cura", cuja eficácia potencial teórica não era questionada diretamente, através da reforma interna da organização psiquiátrica. Representam-no os movimentos das *Comunidades Terapêuticas* (Inglaterra, EUA) e a *Psicoterapia Institucional* (França). O segundo tinha como diretriz principal a

[1] *As estratégias de desmontagens da instituição manicomial quando são, também estratégias de* ***desmontagens*** *dos conceitos de saúde e doença mental, podem ser compreendidas como* ***desconstrução*** *no sentido que esta categoria assume para Derrida (1989), uma posição filosófica, uma estratégia política e uma modalidade de comunicação* (Barros, 1990, p. 105, grifos no original).

prevenção e promoção da saúde mental, introduzindo a psiquiatria no espaço público, enquanto instrumento de políticas sociais do Estado; foi este o caso da *Psiquiatria de Setor* (França) e da *Psiquiatria Preventiva* (Estados Unidos).

O termo *Comunidades Terapêuticas* está vinculado às iniciativas voltadas para a reforma interna dos hospitais psiquiátricos, visando a eficácia do cumprimento de suas funções, enquanto pretensos recuperadores dos doentes mentais, e, também e principalmente, para a reavaliação crítica das práticas autoritárias e segregativas em vigor, que se mostrava essencial à legitimação social e moral daquelas instituições, em tempos de reconstrução democrática do pós-guerra, de exacerbado repúdio às incontáveis violações dos direitos humanos que muitos haviam acabado de presenciar, de lutas pela cidadania das minorias étnicas e raciais. Era fundamental repensar o espaço administrativo asilar, introduzindo, em todos os níveis, elementos que resgatassem o novo clima de participação, de coletivismo, de elaboração plural de normas aceitas pela maioria, de respeito à individualidade de todos, inclusive dos internos, que deveriam passar de objetos a sujeitos ativos da ação (Birman & Costa, 1994). Ressalve-se que era questionada apenas a forma de funcionamento interno dos asilos e não a sua competência teórica, enquanto instrumento eficaz para resolver concretamente o problema da reintegração de contingentes significativos de potenciais trabalhadores ao mercado e evitar o desperdício - econômica e socialmente relevante - de recursos humanos, jovens e fisicamente capacitados, em função de seqüelas mentais, muitas das quais resultantes das dramáticas experiências de guerra ou das tensões provocadas pela progressiva complexidade inerente ao desenvolvimento industrial.

As primeiras comunidades terapêuticas foram as dirigidas por T.H.Main, Bion e Reichmann, na década de 40, em trabalho realizado no Monthield Hospital, em Birmingham. A abordagem desenvolvida por Maxwell Jones, baseada em princípios que transformavam a relação médico-paciente e propunham uma democratização das relações institucionais, liberdade de comunicação, análises individuais e das dinâmicas interpessoais (Barros, 1994), se consagraram na da década seguinte (em 1953, a Organização Mundial da Saúde sugeriu que tal proposta fosse adotada pelos hospitais psiquiátricos). Os pacientes eram organizados em grupos de discussão e de atividades, passando a participar, juntamente com os

técnicos, da sua própria terapia e da dos demais, com a realização de reuniões e assembléias gerais. Mencione-se a influência, nesse contexto, de idéias introduzidas já nos anos 20 por Hermann Simon, que, tendo utilizado mão-de-obra de alguns pacientes considerados crônicos na construção de um hospital, lançou a noção de *terapêutica ativa* ou *terapia ocupacional*, impressionado pelos progressos obtidos pelos "doentes" durante o processo. Tratava-se, à época, de uma sugestão quase revolucionária, em termos das idéias vigentes, pois implicava no rompimento da visão do paciente como polo passivo de sua relação com o médico e o saber psiquiátrico - rompimento esse que viria a ser uma das orientações básicas das comunidades terapêuticas (Birman & Costa, 1994).

A reforma sanitária inglesa, marcada pelo trabalho de Jones, "pontua uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, demonstrando a possibilidade de que alguns doentes mentais sejam tratados fora do manicômio" (Amarante, 1995, p. 31).

Na avaliação de Basaglia (1985), que administrou uma comunidade terapêutica em Gorizia, bem como na de Rotelli (1994), psiquiatra italiano de mesma tradição que Basaglia, tanto as experiências italianas quanto as inglesas, ao aceitarem a existência do hospital psiquiátrico, não conseguiram, e nem poderiam ter conseguido, tratar a limitação essencial dessas instituições, concebidas como um espaço de exclusão. Para Basaglia, a existência destas, enquanto tal, constituía uma contradição intrínseca com o ideário subjacente à concepção de comunidade terapêutica: de um lado, enfatizavam-se situações tendentes a questionar o princípio da autoridade; de outro, paradoxalmente, esse mesmo princípio era condição necessária à sobrevivência desses hospitais, já que a decisão de excluir era pré-estabelecida, de forma dogmática e vertical, e imposta - sem discussão - pela própria estrutura.

Psicoterapia Institucional é uma expressão cunhada na década de 50, em referência ao trabalho desenvolvido por François Tosquelles no Hospital Saint-Alban desde os anos 40. Como o nome diz, a premissa é a de que, se o hospital psiquiátrico não está cumprindo com eficiência seu papel 'curativo', então é porque ele próprio está exibindo características doentias, que devem ser tratadas: isto é, as práticas e estruturas existentes devem ser reformadas, após o que voltará a cumprir

adequadamente seus objetivos institucionais. Em comum com as comunidades terapêuticas, há a crença de que isso poder ser alcançado com a construção de uma dinâmica interna menos verticalizada, com redução e constante reavaliação crítica do poder médico e com o incentivo à participação coletiva e à *terapêutica ativa* de Herman Simon (Amarante, 1995; Goldberg, 1994).

As contradições de tal abordagem são análogas às das comunidades terapêuticas, na medida em que ambas assumem o hospital psiquiátrico como local de 'cura' para o doente mental e se propõem a reformar sua dinâmica interna, seja no que se refere às relações humanas dentro da instituição, seja no tocante à estrutura e funcionamento do próprio asilo. Segundo Birman:

> *"não obstante sua homogeneidade ideológica com a concepção alienista originária, este projeto [a psicoterapia institucional] encontrou o seu limite na impossibilidade de dialetizar a relação entre o dentro e o fora, isto é, encontrar uma forma possível de inserção da loucura no espaço social, que já a tinha excluído há muito do seu território nuclear e a deslocado para a sua periferia simbólica." (Birman apud Amarante, 1995, p. 35)*

A *Psiquiatria de Setor* surgiu na França, no pós-guerra, fruto de um conjunto de propostas de intervenção inspiradas nas idéias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras críticos e progressistas, que reivindicavam a transformação dos manicômios franceses.

Sem negar a necessidade da existência dos mesmos, pretendia-se evitar ao máximo a segregação dos doentes mentais, partindo do pressuposto que o paciente devia ser submetido à terapia no seu próprio ambiente - familiar, profissional, social, sendo a passagem pelo hospital apenas um momento do tratamento, a ser minimizado (Fleming, 1976).

A Psiquiatria de Setor contou com o apoio do Estado francês, que a incorporou nos anos 60, enquanto política estatal (Castel, 1978). Isto deveu-se, em parte, ao fato de que a manutenção dos hospitais psiquiátricos era bastante barateada, com a transferência, para o contexto comunitário, de atendimento antes a ser oferecido exclusivamente nos manicômios; além disso, havia uma questão real: a inadequação do sistema fechado, arcaico, autoritário, politicamente incorreto e ineficiente, aos fins para que fora criado.

Do ponto de vista organizativo, o território francês foi subdividido:

> *"em **setores** geográficos, contendo uma parcela da população não superior a 70 mil habitantes, contando, cada um deles, com equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que têm a função de assegurar o tratamento, a prevenção e a **pós-cura** das doenças mentais. Dessa forma, são implantadas inúmeras instituições que têm a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois de uma internação psiquiátrica" (Amarante, 1995, p. 37, grifos no original).*

Face a duas dificuldades - entre outras - com que se defrontou, a Psiquiatria de Setor obteve êxitos apenas relativos, num primeiro momento. Uma, de caráter político: esteve sempre sob o ataque permanente dos conservadores, preocupados com a devolução dos loucos ao espaço público, enquanto que segmentos da esquerda também a viam com reservas e mesmo com resistência, enxergando na ação do Estado, ao encampá-la, uma tentativa de expansão de controle ideológico, através da implantação de uma ampla rede que, utilizando a psiquiatria oficial como arma, viesse a coordenar a imposição dos padrões 'normais' de comportamento de interesse da classe dominante. Outra, de caráter financeiro: os serviços de prevenção e pós-cura revelaram-se extremamente dispendiosos o que, frente às crises do capital e à conseqüente necessidade de corte de custos, tem-se mostrado um óbice importante.

Originariamente bandeira contestaria da ordem vigente e apropriada a seguir pelo Estado, a Psiquiatria de Setor acabou por não aprofundar seu ímpeto radical inicial:

> *"a experiência francesa de setor não apenas deixou de ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos [como também] não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos 'normais' e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura." (Rotelli, 1994, p. 150)*

Os Estados Unidos foram o berço da chamada *Psiquiatria Preventiva*, nos anos 60. Havia razões objetivas para isso: o país vivia um momento interno em que a incidência de distúrbios mentais crescia vertiginosamente, em função de realidades como a guerra do Vietnã, a explosão do consumo de drogas, o aparecimento das *gangs* de jovens 'desviantes' e outros fenômenos que indicavam importantes

problemas no nível da adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia (Birman & Costa, 1994).

Nessas circunstâncias, passou a ser discutida não apenas a 'cura' das doenças mentais, mas também o que fazer para impedir o surgimento de novos e inúmeros 'pacientes' - ou seja, como criar pré-condições que favorecessem a saúde mental. Até porque, com o aumento exponencial dos internamentos, o custo da loucura para os cofres públicos e particulares estava se tornando proibitivo (Birman & Costa, 1994).

A Psiquiatria Preventiva foi assumida pelo Estado americano, em 1963, quando o presidente Kennedy apresentou oficialmente no Congresso essa proposta, onde se redirecionavam os objetivos da psiquiatria para a redução da doença mental nas comunidades (Veras et. al. apud Amarante, 1995). Tal proposta marca a adoção do preventivismo também pelas organizações sanitárias internacionais e portanto torna-se diretriz para inúmeros países .

A Psiquiatria Preventiva defendia a expansão do sujeito do tratamento: não só o indivíduo, mas também a comunidade devia ser tratada; e deslocava o eixo temporal: não se deveria agir apenas depois de constatar os casos de doença mental, mas também antes, intervindo nas condições predisponentes à instalação da doença mental, tanto individuais quanto do meio - a chamada prevenção primária. Além disso, a proposta incluía a atenção secundária, cujo objetivo era identificar precocemente a doença mental (diagnóstico e tratamento) e a atenção terciária, que buscava a readaptação do paciente ao seu meio social, tão prontamente quanto possível. Pretendia-se, pois, minimizar o papel dos manicômios, com racionalização dos gastos e redução dos leitos hospitalares, fortalecendo-se um novo espaço de tratamento - a comunidade - e, para tal, um novo agente profissional - as equipes comunitárias.

A prevenção da doença mental exigiu a criação de novos conceitos, como o de "crise", posto que era imperativo, para a proposta, poder determinar "sinais" que levassem à suspeição de futuro distúrbio.

Um dos principais teóricos do preventivismo, Gerald Caplan, em Princípios da Psiquiatria Preventiva, estuda a "crise" a partir da desadaptação social do indivíduo. Define esse autor dois tipos de crises: as crises evolutivas, que seriam o

resultado de dificuldades no lidar com a passagem entre fases dos processos "normais" de desenvolvimento - figurativamente, é como se alguém se perdesse momentaneamente numa encruzilhada - e que, se não devidamente contornadas, poderiam conduzir à desadaptação e, portanto, à doença mental; as crises acidentais, resultados de perdas ou ameaças de perdas capazes de provocar desestruturação emocional (Caplan, 1980).

Em conexão com o conceito de crise e para superá-la, a Psiquiatria Preventiva adota como instrumento o trabalho comunitário, em que equipes de saúde procuram identificar os casos "suspeitos" de enfermidade, agindo como consultores, assessores e peritos e utilizando técnicas pretensamente "científicas". Em conseqüência, o processo resulta em redução do tempo médio de hospitalização e das taxas de internações e reintegrações, ampliando-se, em contrapartida, os serviços em centros de saúde mental, hospitais-dia/noite, oficinas protegidas, lares abrigados e enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais. Nesse contexto, a expressão *desinstitucionalização* surge para designar um conjunto de medidas de *desospitalização* (Amarante, 1995; Barros, 1994).

Um balanço do impacto do preventivismo psiquiátrico (Amarante, 1995; Barros, 1994; Birman & Costa,1994; Castel, 1978; Lancetti, 1989; Rotelli, 1990) revela uma efetiva redução da institucionalização, via manicômios, dos doentes mentais, acompanhada, todavia, de um pronunciado processo de medicalização da ordem social, da estruturação maciça de mecanismos de controle e normatização de segmentos da população, em particular dos marginalizados, por causas diversas, a partir da difusão, pelas equipes de saúde especializadas, de conjuntos de padrões éticos e morais 'cientificamente' embasados.

Cabe um comentário final, antes de passarmos à descrição das experiências que questionaram de forma mais radical a psiquiatria clássica. As conseqüências gerais das ações da psiquiatria reformada foram, num primeiro momento, um repensar das práticas correntes nos hospitais psiquiátricos e, na seqüência, a criação de alternativas de atendimento externas a estes. Isto tendeu a enfraquecer o poder desses hospitais, gerando as condições estruturais, processuais e ideológicas necessárias para que a idéia de sua desconstrução pudesse ser considerada como um evento, não filtrado negativamente pelas seletividades operantes. Em outras

palavras, embora os movimentos da psiquiatria reformada não tenham tido a desinstitucionalização como eixo originário ou força motriz, a dinâmica por eles instaurada colocou-a no horizonte do possível.

A antipsiquiatria e a desinstitucionalização na tradição de Basaglia

A antipsiquiatria se iniciou na Inglaterra da década de 60, palco dos primeiros movimentos que apontavam para o fechamento total dos hospitais psiquiátricos (Amarante, 1995; Lesagne & Tansella, 1993), a partir do trabalho de uma equipe de psiquiatras, dos quais se destacam Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson.

Caracterizou-se por uma negação mais profunda do modelo clássico de psiquiatria, que não se limitou a discutir apenas a inadequação do confinamento dos doentes mentais e propostas de desospitalização, a humanização do espaço manicomial e a criação de serviços comunitários adicionais e alternativos; para além disso, colocou-se em cheque o próprio saber médico, buscando-se destituí-lo de seu valor 'técnico-científico' inquestionável, enquanto formulador da explicação-compreensão-diagnóstico-tratamento do 'doente' e sua utilização para a cristalização da relação médico-paciente que coloca este último na posição de objeto. Preconizou-se libertação da doença mental de todas as descrições (Amarante, 1995).

No Hospital Psiquiátrico Público de Shenley, em Londres, no início da década de 60, criou-se, nesta linha, uma unidade psiquiátrica independente, um novo tipo de comunidade terapêutica, em que se promoviam "reuniões que buscam subverter a hierarquia e disciplina hospitalares, detectando os preconceitos dos médicos e enfermeiros em relação aos pacientes e procurando quebrar suas resistências à mudança" (Amarante, 1995, p. 46).

Em 1967, no bojo do movimento *underground* e da contestação dos valores culturais dominantes foi proposta a criação de novas estruturas à margem do sistema social - zonas livres: comunidades, anti-universidades, imprensa paralela, rádios piratas. Nesse contexto, Laing (1982) criticou a psiquiatria, a ordem familiar e social, onde a loucura é um fato social, político e, mesmo, libertário, uma reação ao desequilíbrio familiar e à alienação geral. A partir da incorporação das críticas das ciências sociais em relação às normas da sociedade industrial e de consumo, o

conceito de loucura ganha novas dimensões. A antipsiquiatria buscava um diálogo entre razão e loucura, "enxergando a loucura entre os homens e não dentro do homem" (Amarante, 1995, p. 47). A terapêutica antipsiquiátrica não previa tratamento químico ou físico, partia da análise do discurso (ou do delírio) para entendimento do sofrimento mental e o auxílio na crise pressupunha, antes de tudo, a não repressão e o acolhimento grupal.

Segundo Fleming (1976), a antipsiquiatria embora inicie um processo de ruptura radical com o saber psiquiátrico moderno, terminou por propor uma "gênese comunicativa", isto é, uma explicação causal calcada nos problemas de comunicação entre as pessoas. Apesar disso, foi importante a contribuição por ela prestada para a transformação do conceito de desinstitucionalização enquanto desconstrução (Amarante, 1995).

Quase que simultaneamente às experiências inglesas (1961), Franco Basaglia começou em Gorizia, na Itália, trabalho que, inicialmente baseado no modelo de comunidade terapêutica de Maxwell Jones, desembocou, na década seguinte, na experiência triestina de desinstitucionalização.

A linha de Basaglia, também conhecida como Psiquiatria Democrática, representou e representa, mais do que uma proposta de desconstrução dos hospitais psiquiátricos, um rompimento paradigmático com um conjunto abstrato de conceituações e respectivas práticas concretas que o modelo clássico representa - e, nesse ponto, aproxima-se da concepção inglesa de antipsiquiatria. Significa, acima de tudo, a rejeição a uma análise do trinômio: loucura - saber médico - justiça, que pretenda lateralizar sua inserção no quadro político-econômico-social. Em uma sociedade em que momentos de sofrimento e a angústia são, para a maioria da população, inevitáveis conseqüências de um sistema produtivo estruturado na necessidade permanente de venda da força de trabalho no mercado, para sobrevivência, não é suficiente buscar apenas em fatores individuais e diagnósticos compartimentados uma explicação e um enquadramento para os diferentes. Mais que isso, a segregação e o isolamento daqueles que, tendo perdido a utilidade enquanto geradores de mais-valia, são marginalizados e encarados como objeto de pesquisa científica do saber psiquiátrico, não podem ser legitimados exatamente por este saber, erigido a partir do pressuposto a que servem, como instrumento de validação.

O aparato legal que permite e referenda a perda de direitos de cidadania pelo 'doente' e dá à medicina ('neutra') poder absoluto para julgar sua 'periculosidade social' precisa, portanto, ser igualmente revisto (Basaglia, 1985; Rotelli, 1990; Barros, 1994; Amarante, 1996).

Os psiquiatras inovadores italianos:

> *"trabalham com a hipótese de que* ***o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a 'doença', da 'existência global complexa e concreta' dos pacientes e do corpo social****. Sobre esta separação artificial se construiu um* ***conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos*** *(precisamente a 'instituição'), todos referidos à 'doença'. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto* ***'existência'*** *doente." (Rotelli, 1990, p. 28, grifos no original)*

A psiquiatria italiana na tradição basagliana defende, portanto, a desconstrução dos manicômios propriamente dita (e não apenas a desospitalização), a desconstrução do saber médico psiquiátrico e seu aparato classificatório das "enfermidades" mentais, buscando deslocar o foco do problema da "doença" para o ser humano, sua inserção na comunidade e a compreensão global das problemáticas envolvidas em um contexto sócio-político-econômico mais amplo. Demarca-se, aqui, uma diferenciação importante com a antipsiquiatria: o caráter radical da

> *"crítica ao manicômio como ponto de verdade da psiquiatria e de seu papel no sistema institucional não leva os psiquiatra italianos a tomar o atalho da antipsiquiatria; o percurso que se coloca é mais complexo e indireto: o percurso da desinstitucionalização. Neste se continua a realizar o objetivo e a 'função' terapêutica (portanto não se faz 'política') e ao mesmo tempo se utiliza o poder, residual mas insubstituível, que a psiquiatria tem no sistema institucional como poder de transformação (e portanto se faz 'política')." (Rotelli. 1990, p. 28)*

Segundo Amarante:

> *"o grande mérito do movimento Psiquiatria Democrática, fundado em Bolonha, em 1973, pode ser referido à possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional e, acima de tudo, à não restrição dessas denúncias a um problema dos 'técnicos de saúde mental'. A possibilidade da ampliação do movimento da PDI [Psiquiatria Democrática Italiana] e seu alcance além da propriedade e competência médico-psiquiátrica-psicológica permite alianças com forças sindicais, políticas e sociais. A PDI traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça." (1995, p. 52)*

A experiência de Trieste, de repercussão mundial, iniciada por Basaglia em 1971, propôs e implementou a construção de novas possibilidades, de novas formas de compreender, de lidar e de tratar a loucura. A negação do manicômio, da instituição, é a negação do mandato social à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da 'normalidade' social. Em Trieste, entre 1971 e 1978, o hospital psiquiátrico foi progressivamente esvaziado, completamente reconvertido e abolido em 1980. Atualmente não existem clínicas psiquiátricas privadas, nem enfermarias psiquiátricas em hospital geral, nem pacientes transferidos para cronicários - no lugar dessas estruturas de internação se desenvolveu uma grande variedade de serviços e espaços de intervenção: *centros de saúde mental*, um para cada área da cidade, abarcando de 20.000 a 40.000 habitantes, funcionando 24 horas ao dia em todos os dias da semana; *plantão psiquiátrico no hospital geral*; *apartamentos sanitários* (propriedade pública), de diversas dimensões e características para ex-internos; *apartamentos sociais* (propriedades privadas geridas pelos operadores dos centros, pelos usuários, ou por ambos) a serem utilizados por usuários dos centros; *uma unidade de reabilitação* para pessoas portadoras de deficiências muito graves; *uma unidade para idosos dependentes*; *oficinas de atividades artesanais, artísticas e de socialização*, utilizadas conjuntamente com a população em geral; *cooperativas de trabalho*; *um centro para tóxico-dependentes*; *serviço psiquiátrico territorial no interior do cárcere*; *alojamento para voluntários*; *serviço de apoio educacional* para usuários dos serviços de saúde mental (Rotelli, 1990; Barros; 1994).

Sintetizando, pode-se dizer que este modelo substitui inteiramente a internação, na medida em que responde de modo totalmente transformado à complexidade de necessidades que o manicômio absorvia e elabora estratégias dinâmicas e individualizadas de respostas que tentam salvaguardar e ampliar a riqueza da vida das pessoas, doentes ou sãs.

> *"Trata-se de negar o hospital psiquiátrico salvaguardando o direito de assistência, de negar a 'política de setor' salvaguardando a unicidade de responsabilidade sobre um território determinado, de negar a comunidade terapêutica em favor de uma comunidade difusa, de negar o monopólio dos técnicos utilizando ao máximo suas possibilidades para ativar os recursos das*

> *pessoas. Esta linha de atuação é o que se entende, em Trieste, concretamente, por desinstitucionalização." (Rotelli, 1990, p. 42)*

Na Itália, no campo da justiça, também foi feito um progresso considerável. Em 1978, foi aprovada a reforma psiquiátrica, através de lei que acabou conhecida como "Lei Basaglia", a Lei 180. Esta acolhia o processo de desinstitucionalização praticado até então e sancionava as inovações por ele produzidas: a eliminação da internação psiquiátrica e a construção de serviços na comunidade inteiramente substitutivos. Suas principais determinações, ainda em vigor, eram as seguintes:

1. Nenhum paciente novo pode ser admitido em hospitais psiquiátricos públicos; os pacientes antigos podiam ser readmitidos voluntariamente até 1981 (em algumas regiões Este prazo foi estendido até 1983);

2. Serão implantados serviços territoriais, para provimento de amplo leque de serviços de saúde mental, incluindo tratamento nas residências e enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais regionais, com o máximo de quinze leitos, em cada um dos distritos de saúde italianos; esses serviços responsabilizam-se pela saúde mental de uma determinada população, coordenando o conjunto das estruturas necessárias;

3. são abolidos o estatuto de periculosidade social do doente mental, as tutelas jurídicas, a internação coagida e o tratamento coagido; o doente mental passou a ser visto como um cidadão com direitos civis e sociais, incluindo o direito ao tratamento;

4. a internação compulsória poderá ser autorizada por autoridades de saúde mental locais, em casos em que o tratamento psiquiátrico de emergência for recusado pelo paciente, com base em recomendações de dois médicos e sujeita a revisão judicial independente. O Tratamento Sanitário Obrigatório (TSO) aplicar-se-á somente em casos excepcionais, por um tempo breve e quando esgotadas todas as demais possibilidades. O TSO articula dois elementos: o direito do cidadão de recusar o tratamento e a obrigação do serviço de saúde de não abandonar o indivíduo a si mesmo. Fixa-se a responsabilidade terapêutica do serviço e não uma sanção legal ao indivíduo (Rotelli, 1990; Barbato & Salvia, 1993; Barros, 1994).

A importância destes fatos reside em que criam instrumentos que alteram as instituições políticas do Estado, selecionando negativamente determinados eventos,

no campo jurídico-estrutural, sem o que seria muito mais difícil reverter um modelo (os manicômios fechados) já amplamente estabelecido.

Desdobramentos recentes

Faremos, por último, rápida menção à trajetória de políticas de atendimento a pessoas com problemas de saúde mental em alguns países, nas últimas duas décadas.

Na França, continua sendo implementada a Psiquiatria de Setor. Segundo a avaliação de Antoine, et. al. (1995), esta política trouxe um importante e progressivo declínio do internamento em tempo integral em hospitais psiquiátricos, bem como um aumento do tratamento oferecido fora deles; para a implementação total desta política, há ainda uma certa distância a ser percorrida, mas a forma gradual de sua implantação parece ter em geral protegido os pacientes de conseqüências adversas. O número de pacientes adultos hospitalizados no sistema público caiu de cerca de 475.000 por ano, em 1981, para aproximadamente 250.000, em 1991, enquanto que o número de pacientes que tiveram ao menos um contato com a rede de atendimento do "Setor" subiu de 660.000 para 759.000 no mesmo período (Antoine, et. al., 1995).

Várias questões não foram ainda adequadamente equacionadas. Há, entre os setores, grandes diferenças regionais, com taxas de hospitalização fortemente diferenciadas, o mesmo ocorrendo com os recursos humanos. Tem havido pressão política contrária à desospitalização em algumas cidades onde hospitais psiquiátricos são empregadores de peso; persiste a existência de grandes hospitais em áreas rurais, requerendo muitos gastos em pessoal e custeio, deixando poucos recursos para os programas de atenção comunitários (Antoine, et. al., 1995).

A avaliação geral, segundo os mesmos autores, contudo, é a de que a política de Psiquiatria de Setor tem efetivamente transformado o cuidado hospitalar em alternativas baseadas em serviços comunitários, inserido os pacientes mais graves e dispensado atenção contínua aos usuários. Os subsídios oferecidos aos pacientes contribuem para que possam viver com dignidade fora do hospital, embora não se tenha dados para discutir a qualidade de vida de que desfrutam nessas circunstâncias. Entretanto, familiares dos doentes têm reclamado que a estes muitas vezes tem se dado alta de forma arbitrária, transferindo-se-lhes pesados encargos,

com pouca orientação e nenhuma ajuda, em especial em casos de surtos violentos. Além disso, não há processo de avaliação ou controle de qualidade; nenhuma sanção é aplicada aos que deixam de seguir as diretrizes nacionais (Antoine, et. al., 1995).

Na Inglaterra, berço dos movimentos contestatórios da década de 60, seguiu-se desde então uma política de redução do número de leitos psiquiátricos, da qual resultou o fechamento de alguns hospitais, nos anos 70 (Dickinson, 1990).

Contudo, a partir dos anos 80, as políticas neoliberais introduzidas pelos governos conservadores no país mudaram significativamente o sistema de saúde inglês.

> *"A introdução de novas políticas em saúde e serviços sociais na Grã-Bretanha mudou a forma de provimento de cuidados comunitários às pessoas com sérios problemas mentais. A Grã-Bretanha está criando os mesmos problemas que têm existido nos Estados Unidos, onde os médicos lutam para ser provedores de serviços em um ambiente de múltiplos pagadores e incentivos perversos. Um sistema simples como o britânico foi reposto por estruturas financeiras e organizacionais complicadas que requerem quase impossíveis feitos dos 'staff' locais, na área de serviços sociais e saúde, para coordenar o atendimento a pacientes para os quais a continuidade da atenção é críticamente necessária para sua sobrevivência na comunidade e para o seu bem-estar. As pessoas com sérios problemas mentais estão no meio desses complicados problemas." (Goldman & Hadley, 1995, p. 1556, tradução livre)*

O processo de fragmentação de responsabilidades e financiamento levou o desenvolvimento e o gerenciamento dos serviços de saúde mental na Inglaterra a um estado de confusão (Goldman & Hadley, 1995). Por outro lado, houve uma guinada em direção à atenção primária, com a criação de uma contraposição entre esta e a atenção secundária, criando-se incentivos para que médicos ligados à atenção primária passassem para outros sistemas - hospitais, serviços sociais - a responsabilidade de cuidar dos pacientes mais séria e cronicamente doentes. E isso sem que necessariamente esses outros sistemas estivessem aptos a isso. Ainda, segundo os mesmos autores, o cuidado aos doentes mentais se deteriorou fortemente na Inglaterra, após o acentuado processo de privatização ocorrido, tendo o sistema de saúde mental se tornado semelhante ao dos Estados Unidos: passou a caracterizar-se por uma multiplicidade de pagadores, gerando uma deficiência intrínseca na continuidade da atenção e a uma grande ineficiência na alocação de recursos; em geral, esses conflitos têm significado que a colaboração entre os vários

setores tem que acontecer apesar dos incentivos financeiros e não com o apoio destes. Não há esperança de que este modelo possa produzir planejamento conjunto e o desenvolvimento de políticas coerentes.

As comparações acima, entre a atenção à saúde mental na Inglaterra hoje disponível e a que era oferecida duas ou três décadas atrás, são muito similares às feitas por Bigelow, et. al. (1993), que contrasta os serviços de saúde mental americanos (similares aos ingleses dos dias atuais) com os canadenses (inteiramente públicos).

O sistema canadense tem semelhanças com o antigo sistema inglês, tendo sido implementado nos anos 60, no sentido de prover ampla e universal cobertura para todos os canadenses. Todas as contas médicas e hospitalares são quitadas por um órgão pagador, o governo da "Província". Os cidadãos recebem um "cartão de identificação", que pode ser usado para obter serviços gratuitos de qualquer médico ou hospital. O sistema é financiado por impostos; cerca de 40% dos fundos vêm do governo federal (Bigelow, et.al., 1993). Os autores chegam à conclusão que os serviços oferecidos em British Columbia (Canadá) aos pacientes com problemas de saúde mental são de melhor qualidade que os disponibilizados nos Estados Unidos (analisados 50 Estados americanos), em especial no que se refere a serviços comunitários, alojamentos de vários tipos e outros. As causas dessa diferença foram avaliadas como sendo: *financiamento de fonte única e descentralização* - além dos recursos serem integralmente estatais:

> *"as contribuições federais vêm sem nenhuma amarra. Todas as decisões fiscais são tomadas a nível da 'Província' ou (...) a nível local. Não existe nenhum incentivo para que os administradores a nível da "Província" ou local moldem suas decisões sobre os serviços de forma a que se adaptem a algum modelo particular, visando qualificar-se a requisitar mais recursos federais, porque os pagamentos federais são fixos. Isto contrasta agudamente com a situação vigente nos Estados Unidos, onde os agentes de saúde mental gastam muito tempo tentando encaixar custos em programas diversos. A nível prático, uma fonte de financiamento única resulta em muito menos trabalho burocrático e custos administrativos significantemente mais baixos (...). Uma outra vantagem importante da fonte única é que isso permite uma orientação dos programas muito mais voltada às necessidades dos pacientes do que a problemas de reembolso." (Bigelow, et. al., 1993, p. 949, tradução livre)*

Um outro motivo indicado é a *diretriz política clara* de atendimento às pessoas com problemas de saúde mental. Observa-se que nos Estados Unidos a

questão é altamente controversa e tem sido objeto de 'lobbies' no debate sobre a "Health Care Reform", formulada pela administração Clinton em 1994, relativamente a coberturas flexíveis de serviços na área de saúde mental (Havel & Scallet, 1994). Finalmente, destacam a *abordagem unificadora* dos vários programas envolvidos, que têm caráter colaborativo e coerente: "este enfoque integra os programas de alojamento e psiquiatria comunitária muito mais estreitamente do que nos Estados Unidos" (Bigelow, et. al., 1993, p. 949, tradução livre).

Em alguns Estados americanos, contudo, importantes avanços na área de saúde mental têm sido alcançados. Um exemplo disso é o "New York State the Community Mental Health Reinvestment Act", aprovado em dezembro de 1993, que estabelece um compromisso do governo, por cinco anos, no sentido de financiar os serviços comunitários de saúde mental, aos quais ficam destinados automaticamente, entre outros, todos os recursos provenientes de economias advindas da política de redução progressiva do sistema de hospitais psiquiátricos do Estado, a ser implementada (Swidles & Tauriello, 1995).

A experiência italiana prossegue. Continua vigorando a "Lei Basaglia", quase vinte anos depois de aprovada. Parece ser consensual que a principal conclusão a ser tirada após essas duas décadas é que é possível tratar das pessoas com problemas de saúde mental sem a existência de hospitais psiquiátricos (Rotelli, 1990; Lesage & Tansella, 1993; Barbato & De Salvia, 1993; Barros, 1994; Amarante; 1996). Alguns autores vão mais longe, considerando que não só esse fato foi comprovado; acreditam que hoje é patente que as estruturas institucionais sobre as quais a psiquiatria se baseou, durante um século, não só eram inadequadas a suprir as necessidades dos portadores de transtornos mentais como além disso danosas, porque levavam, por suas características, a um aumento da invalidez dos pacientes que se supunha pudessem curar (Perris, 1991).

O uso de hospitais psiquiátricos foi completamente abandonado, como fonte de tratamento de pacientes com problemas mentais, a partir de 1983 (Barbato & De Salvia, 1993; Barros, 1994; Amarante, 1996). O declínio do número de pacientes nesses hospitais que hoje se verifica ocorre essencialmente em função da não admissão de pacientes novos e do falecimento dos antigos, já que continuam

internados apenas os pacientes cronificados, cuja alta parou quase completamente. Portanto, os serviços territoriais italianos não têm sido sobrecarregados por grandes números de ex-internos. Além disso, os dados disponíveis mostram que nem clínicas privadas nem o sistema de justiça criminal têm funcionado como reposição institucional para o atendimento de pacientes psiquiátricos (Barbato & De Salvia, 1993).

Perris (1991) avalia que, embora tenha sido garantida a "sobrevivência" na comunidade dos portadores de doenças mentais, o grande desafio é sua reintegração social efetiva, a promoção de sua "competência psicossocial", isto é, dos aspectos positivos da saúde mental.

Barbato & De Salvia de certa forma reforça esse ponto de vista:

> *"Embora o tratamento de desordens mentais tenha sido mudado com sucesso (de hospitais psiquiátricos) para serviços no território, só o futuro dirá se esses serviços de fato proverão tratamento humano e efetivo aos doentes mentais." (1993, p. 201, tradução livre)*

Apontam também para algumas questões objetivas que a seu ver precisam ser resolvidas: o peso que tem recaído sobre os parentes dos doentes mentais; o isolamento social; a falta de um lar; a necessidade de readaptação do comportamento social daqueles com uma longa história de internação hospitalar.

O fato é que hoje, após estes 20 anos de experiência italiana, alguns 'mitos' foram desfeitos: não foi gerado, após todo esse tempo, nenhum problema dramático, em função da mudança de forma de tratamento dos pacientes com distúrbios mentais; tampouco ocorreu a criminalização dos doentes mentais (Barbato & De Salvia, 1993).

3.1.2 A experiência brasileira

O 'problema' da loucura no Brasil, pensado como uma questão a ser resolvida através da exclusão e cerceamento do ir e vir dos 'loucos', faz sua aparição no início da primeira metade do século XIX, e expressa situação parecida à da Europa em princípios do processo de industrialização: os doentes mentais pareciam tornar-se, cada vez mais, uma ameaça à ordem e a paz social, em uma época em que a população urbana era progressivamente mais significativa (Resende, 1987).

Na Europa, a ruptura da ordem feudal e a emergência do capitalismo mercantil trouxeram consigo a exigência de um 'novo' homem, adaptado às diretrizes e às pressões inevitáveis do 'progresso', que muitos não conseguiam tolerar e absorver. No Brasil, diferentemente, o doente mental surge na cena das cidades em uma sociedade rural pré-capitalista, onde a urbanização maciça e suas conseqüências ainda não tinham se instalado (Holanda, 1995).

A trajetória do doente mental no Brasil colônia parece perder-se na vastidão do território: "por um longo período de tempo, dele não há referências nos relatos dos viajantes que escrevem sobre os costumes e a vida social da época (...) aos loucos pobres, desde que mansos, se permitia errar pelas cidades, aldeias e campos" (Resende, 1987, p. 31). O afastamento do convívio público se operava, em geral, em relação àqueles que apresentavam comportamento violento ou indecoroso; eram recolhidos às cadeias, por curtos períodos e tampouco representavam contingente expressivo. Numa sociedade baseada na produção rural e no trabalho escravo, não era a necessidade de enquadramento num novo processo produtivo ou de oferta de mão-de-obra no mercado que norteava as ações das autoridades constituídas. Muito pelo contrário, a estigmatização do conceito de trabalho, tido como atividade pejorativa (Prado Jr., apud Resende, 1987; Holanda, 1995), é um aspecto particularista do contexto brasileiro, tendo grande importância na determinação da organização e da ideologia das instituições psiquiátricas no Brasil e na ordenação psiquiátrica, como paradigma para as instituições de uma sociedade que também se organiza (Amarante, 1994b).

O recolhimento de elementos desagregadores das normas sociais que se buscava implementar implicará, portanto, numa segregação, a bem da lei e da ordem, de todos os que a perturbam, incluídos aí andarilhos, vadios, brigões, desordeiros e loucos. Estes últimos não eram objeto de quaisquer considerações de natureza médica: eram jogados nos porões das Santas Casas, onde muitos acabam morrendo vítima de maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas (Resende, 1987; Amarante; 1994b). Do ponto de vista institucional, o Estado e a Igreja eram então os controladores do processo de exclusão dos doentes mentais, sobre o qual a classe médica não tinha qualquer injunção.

Em 1830, contudo, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, realizou um levantamento dos loucos da cidade, iniciando um debate que procurava assegurar para estes um 'status' diferente do conferido aos demais marginalizados - a reclusão deveria ter também o sentido de criação de um espaço para tratamento e cura.

Foi entretanto inaugurado, em 1852, o Hospício de Pedro II, que reproduzia ainda, em maior escala, os padrões de 'atendimento' oferecidos pelas Santas Casas, na medida em que não havia um projeto de assistência de cunho médico-científico.

Desde essa época até a proclamação da República, quase no final do século, os médicos travaram uma batalha pelo reconhecimento, por parte do Estado, da intervenção psiquiátrica no campo da loucura e na sua transformação em doença mental. Na tradição européia do positivismo e do alienismo francês, lutavam pela superação da velha ordem: os loucos deviam ser confiados a seus saberes técnicos, para que pudessem ser estudados e tratados segundo as mais recentes conquistas da ciência.

Com o advento da República e dos 'ares' iluministas dos anos 90, o Hospício de Pedro II muda de nome, passando a chamar-se Hospício Nacional de Alienados; mais que isso, deixa de estar atrelado à Santa Casa, ficando a partir daí subordinado à administração pública, na área de saúde. É criada, ao mesmo tempo, a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde da República (Amarante, 1994b).

Inauguram-se, em seqüência, diversas Colônias para alienados, as primeiras na América Latina (São Bento e Conde de Mesquita, no Rio de Janeiro; Juqueri, em São Paulo), caracterizadas já pelo enfoque médico no lidar com os 'doentes', bem como pela ênfase na adoção do trabalho, enquanto terapia, bem ao sabor dos novos tempos, em que o modelo econômico capitalista recém implantado no Brasil apontava para o valor da mão-de-obra, diferentemente da antiga tradição colonial e imperial. Trata-se, pois, de uma mudança qualitativa, que caracteriza o que se pode chamar de primeira reforma psiquiátrica no país (Amarante, 1994b e 1995), concomitante e correlata à quebra da ordem escravista, que visava, de um lado, dar legitimidade racional aos processos de exclusão do crescente número de loucos, e, de outro, reintegrá-los à sociedade, enquanto proprietários de força de trabalho.

O psiquiatra e político Teixeira Brandão foi o principal condutor dessa reforma. No início do século XX , começou a destacar-se a figura de Juliano Moreira, nomeado para a direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados em 1903, onde permanece até 1930, ano em que é afastado por Getúlio Vargas.

Juliano Moreira foi o responsável pela entrada, no Brasil, da escola alemã, que adotava, predominantemente, o biologicismo como explicação não só das origens da doença mental, como também de múltiplos eventos sociais, realçando fatores étnicos e muitas vezes utilizando argumentos eugenistas, xenofóbicos, antiliberais e racistas (Amarante, 1994b; Costa, 1981; Resende, 1987). Era preciso eliminar certas características degenerescentes herdadas pelo brasileiro ou trazidas pelo imigrante, como a índole preguiçosa, constituindo coletividades sadias - assim, um dos coadjuvantes na lide com as doenças mentais deveria ser a criação de colônias agrícolas, em consonância, aliás, com a vocação agrária de nossa sociedade. É ilustrativo:

> *"numa estatística de dez anos, de 1905 a 1914, Juliano Moreira encontrou 31% de estrangeiros entre os internados, um espelho fiel da situação externa do asilo (...), concluiu que a Europa nos mandava a sua 'escumalha', e propôs-se a bater às portas dos consulados estrangeiros, pedindo a repatriação do material 'defeituoso' que nos enviavam. Sem dúvida, umas das primeiras práticas preventivas conhecidas entre nós." (Resende, 1987, p. 46)*

A psiquiatria brasileira "coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção" (Amarante, 1994b, p. 78). Nesses mais de trinta anos, a maioria dos estados brasileiros incorporou o binômio segregação e trabalho das colônias agrícolas, como resposta ao problema da loucura (Resende, 1987; Nascimento, 1991).

Os anos 30 e 40 passam a contar com 'avanços' que permitem intervenção mais 'científica' em contraposição ao empirismo psiquiátrico. As novas 'técnicas' e 'tratamentos' para as doenças mentais, entre as quais: o choque insulínico; o choque cardiazólico; a eletroconvulsoterapia e a lobotomia, aliadas ao asilamento, ainda mais freqüente (Amarante, 1994b), conferem maior poder à psiquiatra.

Na década de 50 fortalece-se o processo de psiquiatrização, com características cada vez mais farmacológicas, em função da pressão dos sempre mais

poderosos interesses da indústria farmacêutica e também da necessidade de 'docilizar' os internados, cada vez em maior número no igualmente crescente aparato manicomial brasileiro (Resende, 1987; Amarante, 1994a e 1994b).

Ao final dos anos 50 a situação era completamente caótica: havia 15.000 doentes no Juqueri; no Hospital de São Pedro, em Porto Alegre, com capacidade para 1.700 internos, havia 3.000; situação parecida ocorria na maioria dos hospitais psiquiátricos.

> *"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 atrás. As colônias agrícolas de há muito haviam abandonado o trabalho do campo como atividade terapêutica, mesmo porque, num país que se industrializava rapidamente, a reeducação para o trabalho rural tornara-se um anacronismo. Em seu lugar surge, aqui e ali, limitado assim mesmo a pequenos grupos de pacientes, um arremedo de praxiterapia, constando de atividades monótonas e repetitivas, nas quais o doente não podia perceber qualquer sentido." (Resende, 1987, p. 55)*

As transformações das práticas psiquiátricas na Europa e nos Estados Unidos, já em curso desde os anos 40, como descrevemos anteriormente - comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva e comunitária, tiveram no Brasil dessa época impacto apenas lento e lateral, através de experiências locais e isoladas.

Frente a esse estado desorganizado da psiquiatria pública - superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos e corrupção - é que, na década de 60, com o advento do regime militar, passa a ser impulsionada a participação do setor privado.

O Estado brasileiro, alegando a necessidade de ampliar a assistência então oferecida aos doentes mentais, terceiriza o atendimento, contratando através de convênios, via Instituto Nacional de Previdência Social, os serviços psiquiátricos de hospitais particulares. Estava presente no discurso oficial o viés ideológico de defesa da melhor eficiência e competência da gestão privatista nas áreas sociais, que perpassou toda a atuação do novo regime, tanto na saúde como na educação. Esse sistema, diga-se de passagem, prestou-se a fraudes de todo o tipo: realizavam-se internações desnecessárias por longos períodos, ao mesmo tempo em que os serviços conveniados eram massificados num nível de qualidade absolutamente precários que violavam direitos humanos 'elementares' - falta de recursos humanos de todo tipo,

condições subumanas de hotelaria, privações e punições (Resende, 1987; Delgado, 1987; Amarante, 1994b e 1995). Essas práticas, levadas a efeito no cotidiano em todos os serviços de saúde, virão a ter peso significativo no chamado "rombo da Previdência", como ficou conhecido o desfalque nas respectivas contas públicas, denunciado já no final da década de 70.

A partir de meados dos anos 70 ocorreram dois movimentos importantes, na área de saúde mental, em termos de políticas públicas do Estado brasileiro. Um deles, no sentido de exercer um controle um pouco maior sobre as práticas utilizadas pelos hospitais psiquiátricos privados, e que, como mencionamos, acabavam resultando em apropriação indébita e muitas vezes corrupta de recursos públicos. O outro, visando conferir um mínimo de qualidade aos serviços estatais. Assim, foi instituído, pela Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), um programa de contratação de quadros universitários, através de bolsas governamentais, para trabalhar nos hospitais federais - quatro, todos no Rio de Janeiro (Amarante, 1995).

Sem pretender esgotar as causas destas iniciativas, há contudo alguns elementos de conjuntura que parecem guardar com elas alguma relação. Do ponto de vista econômico, a economia, em ritmo de "milagre brasileiro" estava superaquecida e era grande a necessidade de mão-de-obra, mesmo aquela com menor qualificação (Singer apud Resende, 1987); consequentemente, seria desejável a efetiva 'cura' de doentes mentais e sua reintegração à sociedade e, portanto, a eventual reinserção de sua força de trabalho no mercado. No âmbito político, vislumbravam-se já algumas luzes de um novo tempo e é provável que a importância de uma possível e futura necessidade de legitimação democrática, de transparência de informações sobre a gestão do Estado, tenha começado aos poucos a ganhar um peso que precisou ser progressivamente ponderado. Nessa linha, seria desejável cuidar para que o desvio ilegal de recursos do tesouro para mãos privadas fosse de certa forma contido, ao mesmo tempo em que se deveria tornar o nível dos serviços públicos mais aceitáveis pela população.

O fim da década de 70 é caracterizado, pois, por uma ebulição política em que se abre o espaço para a participação da população, que passa a se mobilizar e discutir um grande número de questões, tendo como eixos básicos a democratização, as lutas pelos direitos de cidadania, a contestação do 'status' vigente e o

correspondente debate das alternativas à ordem econômica, social e política excludente estabelecida pelo regime militar. Organiza-se a sociedade civil em diferentes representações: os sindicatos, os movimentos populares, as instituições religiosas, as associações profissionais, os partidos políticos, começam a retomar seu espaço na cena brasileira.

Nesse contexto, torna-se também foco de questionamento a supressão permanente, cotidiana, dos direitos dos loucos, sua opressão autoritária nos manicômios. O tema da reforma psiquiátrica no Brasil emerge como parte do processo de libertação dos doentes mentais. Mas, para além disso, a luta contra a situação desses doentes nas instituições psiquiátricas que, denunciada pela mídia, escandalizou a opinião pública, fazia parte de um sentimento mais geral de revolta contra a supressão, pela força, da vontade dos 'mais fracos' - não só loucos como trabalhadores, desempregados, presos políticos e excluídos de toda a ordem (Amarante, 1995).

Surge, nesse contexto, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que traz à luz do dia, entre outras questões, desrespeitos, desumanidades e torturas praticadas no interior do sistema brasileiro de assistência psiquiátrica. Dele fazem parte os bolsistas do Dinsam, profissionais que atuavam na prestação de assistências nas unidades; contam com respaldo do Sindicato dos Médicos, com atuação de corte corporativo-trabalhista, e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes, que, criado em 1978, participava de importantes manifestações de oposição às políticas de saúde do regime militar. É um momento de crítica, de denúncia, de discussão das diversas novas propostas surgidas em nível mundial, da psiquiatria reformada à antipsiquiatria e que caracteriza o que Amarante (1995) define como trajetória alternativa do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM). Autores como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman, Michel Foucault, representantes das correntes de pensamento crítico em saúde mental, exercem grande influência entre os técnicos da área com suas elaborações teóricas e proposições práticas, das mais variadas formas, inclusive visitando instituições psiquiátricas brasileiras e participando de inúmeros eventos nos grandes centros do país.

A partir dos primeiros anos da década de 80 a reforma psiquiátrica, no bojo da reforma sanitária como um todo, passa, no nível federal, por um segundo momento: parte das lideranças dos movimentos decide ocupar espaços nas instâncias de poder do sistema de saúde, como uma tática para influenciar os processos de tomada de decisão e assim potencializar as transformações julgadas necessárias (Amarante, 1995). O Estado, de sua parte, tentava se adaptar e se legitimar nos novos tempos, absorvendo o pessoal crítico em seus próprios quadros, buscando em sua atuação um contraponto que imprimisse certa moderação às políticas de saúde excludentes e privatistas, inaceitáveis no cenário que se desenhava.

O impacto do projeto de construção do "consenso" que marcou o período de abertura política controlada conhecido como "Nova República", acabou sendo, na área da saúde, o de conseguir confundir, até um certo ponto, o movimento sanitário com o próprio Estado.

Diminuíram o ímpeto crítico, o questionamento do saber médico, enquanto ideologia, e o debate sobre a relação entre a construção da cidadania para todos como condição para a saúde. Houve um reducionismo da ação política à institucional, como se a boa administração e planejamento pudessem sozinhos contribuir de forma essencial à resolução dos problemas, subavaliando-se a necessidade de movimentos populares que continuassem a atuar, independentes e inteiramente autônomos em relação ao Estado. Ocorreu uma supervalorização do institucional, que, em sua dinâmica, traduz necessariamente os espaços filtrados que são a expressão da dominação de classe, sem que este elemento fosse devidamente relativizado.

De outro lado, a possibilidade de mudanças significativas imediatas e a criação das condições necessárias à ocorrência de outras, de natureza qualitativa e de mais longo curso, foram resultado inegável da ocupação do espaço institucional por segmentos do campo democrático e popular, fruto da nova correlação de forças. Exemplo disto é a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que possibilitou, pela primeira vez, a participação de entidades e representações da sociedade civil num evento com essa dimensão. É nessa conferência que a expressão "reforma sanitária" se torna lema nacional, conforme já discutido no capítulo anterior. Ainda nesse âmbito, importantes modificações no quadro da assistência

psiquiátrica foram feitas nos anos 80, a partir de alguns governos estaduais eleitos democraticamente, que abarcaram em seus programas, e implementaram de forma diferenciada, propostas de reformas psiquiátricas que deslocavam o eixo daquele quadro, exclusivamente centrado no manicômio, para uma composição com equipamentos de saúde que oferecessem alternativas de assistência extra-hospitalar. Vários desses processos puderam contar, na sua elaboração e execução, com integrantes do MSTM[2]. A esse percurso institucional de parte significativa do MSTM, vigorosamente institucionalizante, Amarante (1995), denomina "trajetória sanitarista".

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), em 1987, é um marco de rompimento do movimento pela reforma psiquiátrica com essa trajetória um tanto limitada de ocupação de espaços institucionais. Esse rompimento se dá, em parte, pela reavaliação das limitações intrínsecas dessa escolha e, também, pela crescente insatisfação com a filiação das reformas brasileiras em curso à psiquiatria reformada (conforme definição anteriormente dada), acelerando-se, em especial, depois do III Encontro Latino-Americano da Rede de Alternativas à Psiquiatria, em dezembro de 1986, muito influenciado pelas experiências de Franco Basaglia - abordagem radical que certamente requeria um movimento forte e independente das instituições do Estado brasileiro. A I CNSM opta pela via da desinstitucionalização / desconstrução

---

[2] *Um esforço importante foi feito pelo governo do Estado de São Paulo na gestão Montoro (83/86). O Programa de Saúde Mental integrava a plataforma mais ampla de saúde do candidato eleito em 1982. Baseava-se em conceitos vigentes desde os anos 60, tais como regionalização, hierarquização e integração dos diferentes serviços de saúde. A partir de procedimentos de planejamento de saúde mental em saúde pública, objetivava: "deslocar a posição central do hospital psiquiátrico no atendimento dos pacientes, em direção a uma rede extra-hospitalar composta por ambulatórios de saúde mental e centros de saúde, operando segundo uma distribuição hierárquica e complementar de ações. Aproveitar-se-iam todos os equipamentos pré-existentes, com a recuperação física de alguns, investimento em novas unidades e aumento de profissionais. A reformulação do setor hospitalar previa a reforma e a reativação de leitos, (...) a ocupação destes seria prioritária em relação aos leitos conveniados [sob controle rígido]. Investimentos até então vertidos na manutenção dos hospitais do Estado e no pagamento de leitos em hospitais conveniados - e que eram da ordem de 91% das verbas destinadas à Saúde Mental (...) teriam que ser redirecionados para atender novas demandas" (Goldberg, 1994, p. 102-103). Ganham destaque o trabalho de equipe e os técnicos correspondentes: houve significativa contratação de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e psiquiatras. Esse processo foi intenso até 1986, quando questões de ordem sobretudo política e enormes dificuldades operacionais, de uma proposta que tentou reverter lógicas profundamente estabelecidas, precipitaram o incipiente sistema num processo de derrocada (Goldberg, 1994).*

Importante análise desse percurso da assistência pública na área de saúde mental em São Paulo, numa experiência conjunta com o governo da capital, na zona norte da cidade, é feita por Cesarino (1989).

Ver também: Pitta, 1984; Ferraz, 1984; Ferraz & Morais, 1985 .

Amarante (1995) descreve e analisa processo paralelo no Rio de Janeiro.

dos hospitais psiquiátricos, na linha triestina. É o início da "trajetória da desinstitucionalização" do MSTM (Amarante, 1995).

Durante a I CNSM é marcado, para dezembro de 1987, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, do qual emerge a bandeira: "Por uma sociedade sem manicômios" (MSTM, 1987).

A partir de 1988, com a eleição, para diversas prefeituras/governos (Bauru, Campinas, São Paulo, Santos, Betim, Fortaleza, Porto Alegre, Brasília, etc.), de executivos comprometidos com o processo de desinstitucionalização, inovadoras e bem sucedidas iniciativas na área de saúde mental tiveram lugar. Em Santos, por exemplo, dois prefeitos sucessivos (1989-1996) levaram a efeito programas de saúde mental fortemente inspirados na proposta triestina, centrados na desconstrução dos hospitais psiquiátricos, no respeito aos direitos de cidadania dos doentes mentais e na convivência com a diferença (Nicácio, 1994; Tycanori, 1996; Nascimento, 1997).

Nessa trajetória surgiram redes/serviços que se tornaram referências nacionais e mesmo internacionais na área.

Em nível nacional, contudo, prevalece ainda largamente uma situação de enorme atraso, em que a assistência ao doente mental é centrada na oferta de leitos psiquiátricos, cujo total era, em 1994, de 86.000, dos quais 75% privados ou filantrópicos, contratados pela rede pública; desses, apenas 2.000 estavam em hospitais gerais. O SUS contava, nessa época, com 313 hospitais psiquiátricos, tendo esse número caído 20% nos 7 anos anteriores. Já em 1992, foram internados 430.000 pacientes com transtornos mentais, com um período médio de internação de pouco menos que dois meses, o dobro da meta estipulado pelo próprio Ministério da Saúde (Brasil, 1994a).

Do ponto de vista jurídico, alguns avanços têm sido alcançados, é bem verdade que com muitas décadas de atraso em relação a análogos na Europa ou Estados Unidos. Destaca-se o Projeto de Lei 3.657/89, do deputado federal Paulo Delgado, que visa regulamentar a progressiva substituição dos manicômios por outras formas de atendimento e disciplinar os casos de internação compulsória. Até 1992, o projeto tinha sido aprovado na Câmara e encontrou dificuldades no Senado (n.08/91-C), onde ainda não foi apreciado. Seu aparecimento estimulou a discussão sobre a loucura em todo o país, bem como a apresentação de projetos de lei

correlatos nos estados, como os que foram aprovados no Rio Grande do Sul, Ceará, Distrito Federal e Pernambuco e os que hoje tramitam em Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Mato Grosso (Daud Jr., et. al., 1997; Brasil, 1994a).

A Portaria MS/407/92, de janeiro de 1993, estabelece que só poderão funcionar hospitais psiquiátricos que cumpram determinadas exigências mínimas; alguns meses depois, contudo, 1/3 dos hospitais não estavam cumprindo essa Portaria (Brasil, 1994a).

Embora a situação seja bastante preocupante, há hoje diversas entidades da sociedade civil, associações de usuários e de familiares de doentes mentais que se organizam para a defesa dos seus direitos de cidadania. Um marco relevante nessa luta foi a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, que reuniu aproximadamente 1.000 participantes, indicados em fóruns municipais e estaduais de todo o Brasil que tinham como tema a "Reestruturação da assistência psiquiátrica: modelo assistencial e direito à cidadania". Seu relatório final aponta inequivocamente para a necessidade de:

> *"substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão." (Brasil, 1994b, p. 13)*

Propõe também que se deve garantir e regulamentar leis nos âmbitos federais, estaduais e municipais que resultem na desativação de leitos em hospitais psiquiátricos; sugere o controle sobre as internações compulsórias e sobre a assistência prestada nos serviços hospitalares, buscar assegurar a participação e o controle social, entre muitos outros pontos (Brasil, 1994b). O Ministério da Saúde, por sua vez, em 1994, afirmava que a principal diretriz da Coordenação da Saúde Mental do Ministério da Saúde era uma reforma psiquiátrica baseada nos Relatórios Finais da I e II Conferências Nacionais de Saúde Mental, (Brasil, 1994a).

Numa linha de 'inclusão' de pessoas internadas por longo tempo nos hospícios, de reversão da dívida social criada pela ausência de políticas públicas

específicas, a COSAM propôs, em 1995, o Programa de Apoio à Desinstitucionalização (PAD), que:

> *"destina-se a pessoas internadas há mais de cinco anos ininterruptos ou dez anos com pequenos intervalos de alta, em hospitais psiquiátricos, que tenham condições de beneficiar-se de tratamento e cuidados fora do hospital (...) e impossibilitadas de alta por falta de apoio familiar e social. O PAD tem como principal objetivo a reintegração social e familiar destas pessoas." (Alves, 1996b, p. 29).*

O programa não será compulsório e deverá ser financiado com o redirecionamento de recursos utilizados nos hospitais psiquiátricos; estima-se que o usuário ou sua família receba cerca de R$ 150,00 e a Secretaria Municipal de Saúde de sua cidade, outros R$150,00 por usuário, para prover assistência extra-hospitalar para sua população (Alves, 1996b).

Esses são os embates teóricos e o quadro concreto da saúde mental no Brasil dos anos 90, espaço do movimento contraditório e conflitante de vários atores políticos, de cujas ações e forças relativas dependerão os caminhos que virão.

3.2 Área de saúde da pessoa portadora de deficiência

3.2.1 A experiência internacional

Na antigüidade, momento histórico em que a compleição e o desempenho físicos[3] eram fundamentais na conquista e manutenção dos meios para sobrevivência e reprodução social, e, portanto, bastante valorizados, a deficiência era vista, na maior parte das culturas, como a expressão de uma punição, de um castigo divino que podia justificar até, em alguns casos, medidas eliminatórias. Com o advento do cristianismo, os sentimentos de rejeição passam a ser involucrados por um manto de

[3] *A trajetória da deficiência mental é basicamente a mesma da loucura, conforme relatamos, e abordada nos limites de inclusão/exclusão de outros "desvios". Será Pinel, segundo Foucault (1978), no século XVIII, quem pioneiramente se preocupará em estabelecer a diferença entre doença mental e deficiência mental, entre demência e imbecilidade. "Os estudos médicos vão pouco a pouco se apropriando do discurso do desvio, traduzindo-o em termos de qualidade patológica a ser observado no organismo individual. O deficiente mental, passa a ser identificado através de uma atitude de eminente passividade.(...)Com o surgimento, no século XVIII, da primeira instituição específica para abrigar deficientes mentais, a pesquisa nessa área toma fôlego, ao mesmo tempo em que o destino do deficiente mental vê-se definitivamente atrelado à prática médica e circunscrito no âmbito da saúde e da patologia. À medida em que cresce o interesse pelo estudo e tratamento da deficiência mental, outras áreas de intervenção técnica, como a pedagógica, por exemplo, voltam-se para esse campo e, ensinar o deficiente mental a adquirir hábitos e comportamentos sociais adequados, passa a ser um desafio em um estímulo a vários estudiosos" (Ghirardi, 1993:12-13).*

piedade e caridade, a ser dispensada a todos os oprimidos - pobres, doentes, incapazes de toda a espécie.

No século XVIII, com o início da revolução industrial e respectivo processo de construção da racionalidade científica moderna, o método de análise objetiva da realidade passou a propiciar a dissociação da imperfeição corporal de uma pressuposta vontade divina. Tratava-se, portanto, de intervir pragmaticamente no sentido de, quando e na medida do possível, intervir na correção das deficiências observadas, moldando e manipulando o corpo defeituoso de forma a torná-lo mais 'normal' e a integrar seu possuidor às expectativas sociais, tanto do ponto de vista estético como funcional, visando sua adaptação não só ao cotidiano como também às demandas de trabalho da nova sociedade que se gestava.

Os recursos concretos de intervenção, entretanto, dependeram dos avanços tecnológicos das práticas médicas na área. Só nas primeiras décadas do século XIX observaremos um rápido desenvolvimento das práticas ortopédicas, realizadas para minimizar as conseqüências de fraturas, amputações, deformações e outras alterações ósseas. É um momento em que a normatização de todos os espaços - sociais, políticos, econômicos - ganha peso, face às necessidades de mão-de-obra e organização racional essenciais à nova forma de produção de bens e riquezas e correspondentes mecanismos de acumulação.

Dentro desse contexto, o "corpo deficiente" passou a ser objeto de estudo científico, nos mesmos moldes já descritos para a loucura; e, igualmente, objeto de intervenção para as 'devidas' adequações.

As instituições que anteriormente lidavam com o portador de deficiência, além das funções de abrigo, assistencialismo e isolamento, então centrais, passaram a ter como preocupação gradativamente maior com a "recuperação" e a "reabilitação" dos "lesados". Buscava-se aplicar as mais recentes conquistas do 'saber médico' na área, bem como proporcionar educação especializada, visando inclusive atividades profissionalizantes. Foi um período de grande expansão dos hospitais de ortopedia que, face às várias guerras, receberam apoio dos diferentes Estados, na Europa e nos Estados Unidos (Rocha, 1991).

O final do século XIX e início do XX caracteriza-se pela turbulência crescente gerada pelas contradições entre a maciça produção social de bens, face ao

aumento extraordinário da produtividade, e sua apropriação particular. Os movimentos de trabalhadores fortaleciam-se, em especial na Europa, e reivindicavam melhoria das péssimas condições salariais e de trabalho, em que a jornada diária excessiva e a falta de mecanismos de proteção implicavam, amiúde, acidentes de trabalho. Entre 1880 e 1910, as pressões exercidas acabaram conquistando a aprovação de várias leis para o amparo dos acidentados em serviço e da saúde dos operários, em geral, criando desde ambulatórios de saúde nas fábricas e dispositivos para higiene e segurança nas mesmas até mecanismos indenizatórios e aposentadoria aos 65 anos (Dejours, 1988).

A inserção dos deficientes no mercado de trabalho, nos Estados capitalistas, dava-se naturalmente a partir da lógica geral das relações de troca da força de trabalho por salário e, no caso particular, com desprivilegiamento específico, face à redução de sua capacidade produtiva. Além disso, como todos os demais trabalhadores, o maior ou menor acesso ao mercado variava em função da maior ou menor demanda de mão-de-obra, fruto dos ciclos do capitalismo ou de episódios pontuais que modificavam dramaticamente essa demanda, como foi o caso da Primeira Grande Guerra: ao esforço industrial necessário durante o confronto e depois dele, para a reconstrução das economias atingidas, somou-se a perda de recursos humanos ocorrida. Nos anos 20, em conseqüência, os serviços de reabilitação foram particularmente incentivados nos países desenvolvidos. A par da dívida moral contraída frente aos mutilados de guerra, criam-se as condições políticas, dada a escassez de oferta de trabalho no mercado, para que uma correlação de forças favorável aos trabalhadores determine a promulgação de nova série de leis protetoras, que regulamentavam a reabilitação de veteranos de guerra e também a de civis portadores de deficiências, entre outros pontos (Silva, 1986; Dejours, 1988).

Apesar dessas mudanças estruturais nas instituições políticas dos Estados capitalistas ocorridas então, sua natureza classista vai se abater novamente, de forma pesada, sobre os trabalhadores da pós-depressão de 1929, com a retração do nível econômico que a ele se seguiu, e, de forma duplicada, sobre os portadores de deficiências. Reduzida drasticamente a demanda de mão-de-obra, ampliado o exército de reserva, o tratamento dado aos deficientes sofreu um retrocesso, diminuindo o ímpeto dos mecanismos de reabilitação para a vida e para inserção no

mercado, com o retorno às ênfases segregacionistas e marginalizadoras que ambivalentemente sempre o permearam (Rocha, 1991; Soares, 1991).

O pêndulo novamente se alterou após a Segunda Grande Guerra, pelas mesmas razões, mas agora com uma diferença: como saldo das experiências anteriores, logo ao final desta já existiam serviços de reabilitação com um grau de organização muito superior ao dos anos 20. Isto gerou, conjuntamente com o avanço da medicina e o processo de subespecialização do trabalho, também na área médica, o surgimento e/ou a consolidação, enquanto identidades novas e/ou definitivas, de diversas profissões, tais como: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Orientador Profissional, Técnicos em Próteses e Órteses (Lopes, 1991; Soares, 1991). É uma época em que se firmou o saber médico-científico-técnico e em que se reforçou sua segmentação em muitos e diversificados campos específicos. Essa retomada de uma conjuntura mais favorável aos trabalhadores, instaurou um clima promissor ao debate dos direitos de cidadania (que vão desembocar em muitos países nos Estados de Bem-Estar, conforme discutido no Capítulo 1), às lutas das minorias e de segmentos marginalizados por um acesso igualitário à cena social, econômica e política. Ao mesmo tempo, dá-se vigorosa expansão das telecomunicações e dos transportes, com aumento vertiginoso do fluxo de intercâmbio de informações, experiências e contatos pessoais e institucionais, com a internacionalização de organizações de todo tipo (profissionais, de trabalhadores, da sociedade civil, governamentais e intergovernamentais) e a aceleração da mundialização dos mercados, que rompia progressivamente barreiras nacionais, integrando os países ocidentais à dinâmica capitalista global.

É nesse quadro que se criam na Europa programas sociais, como a Previdência Social (1945), a Medicina do Trabalho (1946) e os Comitês de Higiene e Segurança (1947) (Dejours,1988); que se fundam entidades como a Confederação das Organizações Mundiais Interessadas na Pessoa Deficiente que agregava associações tais como: Reabilitação Internacional, vinculada ao Rotary Internacional, Federação Mundial de Veteranos, Conselho Mundial para o Bem-Estar dos Cegos, Sociedade Internacional de Medicina Física, Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais, Confederação Mundial de Fisioterapeutas (Silva e Salazar y de Agüero, apud Soares, 1991) e que se organizam, através, inicialmente, da Liga

das Nações e depois da ONU (Organização da Nações Unidas), do UNICEF (Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças), da OIT (Organização Internacional do Trabalho), da OMS (Organização Mundial de Saúde), da UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura), para citar alguns exemplos mais ligados às áreas sociais.

Assim, os anos 50 e 60 assistiram a uma rearticulação, em nível internacional, dos programas de reabilitação dos portadores de deficiência, já dentro de uma ótica de integração social e econômica, e como parte de um movimento mais geral que exigia a cidadania para todos e protestava frente às desigualdades e injustiças, de forma mais particularmente acirrada na década de 60: são as lutas dos negros nos Estados Unidos pelo respeito a seus direitos civis; o fim do colonialismo clássico; a contestação, pela nova geração, das leis, costumes e moralidades sociais, sexuais, políticas e econômicas estabelecidas; o repúdio à guerra do Vietnã, geradora inclusive de um contingente significativo de deficientes e de pessoas com problemas de saúde mental.

A ONU tem sido, desde essa época, uma importante formuladora de propostas de reabilitação; diversas de suas organizações específicas (OIT, UNESCO, OMS, UNICEF e outras) responsabilizaram-se pela divulgação e implementação de diferentes políticas setoriais em vários países (Rocha, 1991; Soares, 1991).

Nos anos 70, essas organizações empenharam-se, no que concerne a nosso estudo, na construção da Declaração dos Direitos dos Retardados (1971) e da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (1975).

O ano de 1981 foi definido, pela ONU, como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes, tendo sido aprovado, em 1982, um Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência; nesse mesmo ano a Assembléia Geral da ONU proclamou, para 1983/1992, a Década das Nações Unidas para as Pessoas com Deficiência, concebido como período para aplicação do Programa de Ação Mundial. Foi um momento avaliado (Botti, 1992; Stummer, 1992) como demarcador na luta por políticas públicas inclusivas na área:

> *"Pela primeira vez na história um documento de âmbito internacional detalha a problemática das pessoas portadoras de deficiência - seja qual for a deficiência que a origina - em todas as suas dimensões: antecedentes, diagnóstico sem eufemismos da situação, metas específicas de oportunidades. Em suma, um*

> *corajoso e pormenorizado informe sobre a candente realidade e uma completa exposição de todas e de cada uma das soluções para uma condição de injustiça que vem se arrastando desde sempre, desde que o homem tem memória. (...) Cabe-nos agora utilizar este instrumento de maneira apropriada, para impulsionar as transformações em profundidade que a situação exige. E a principal responsabilidade deve ser assumida pelas organizações de pessoas portadoras de deficiência. Se vimos reivindicando enfaticamente o direito de nos expressarmos diretamente, sem tutores nem mentores, devemos estar dispostos a assumir as responsabilidades daí decorrentes." (Botti, 1992, s/p.)*

É importante destacar aqui os principais eixos explicitados por aquele Programa. Sua diretriz central é:

> *"promover medidas eficazes para prevenção da deficiência e para a reabilitação e a realização dos objetivos de 'igualdade' e 'participação plena' das pessoas deficientes na vida social e no desenvolvimento. Isto significa oportunidades iguais às de toda a população e uma participação eqüitativa na melhoria das condições de vida resultante do desenvolvimento social e econômico." (ONU, 1992, p. 1)*

O Programa avalia que existem hoje cerca de 500 milhões de pessoas no mundo que, em virtude de deficiências físicas e mentais e em função de barreiras físicas e sociais, levam uma vida marcada pela segregação e pela degradação; aponta que, em muitos casos, a maioria dessas deficiências é um subproduto do subdesenvolvimento e poderiam ser evitadas por medidas contra "a subnutrição, a contaminação ambiental, a falta de higiene, a assistência pré e pós-natal insuficientes, as moléstias transmissíveis pela água e os acidentes de todo o tipo" (ONU, 1992, p. 2). Considera, também, que deveria ser responsabilidade dos governos a conscientização da população dos benefícios a serem alcançados com a integração das pessoas deficientes em todas as esferas de vida - política, econômica e social, e que nessa direção é fundamental a pressão das organizações não governamentais.

Do ponto de vista técnico, traz algumas definições importantes, que reproduzimos abaixo e serão referência em nosso estudo:

- *deficiência* é "toda perda ou anomalia de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica";

- *incapacidade* é “toda restrição ou ausência (devido a uma deficiência), para realizar uma atividade de forma ou dentro dos parâmetros considerados normais para um ser humano”;
- *invalidez* é “uma situação desvantajosa para um determinado indivíduo, em conseqüência de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma função normal no seu caso (levando-se em conta a idade, o sexo e fatores sociais e culturais)”;
- *prevenção* é “a adoção de medidas destinadas a impedir que se produzam deficiências físicas, mentais ou sensoriais (prevenção primária), ou impedir que as deficiências, quando já se produziram, tenham conseqüências físicas, psicológicas e sociais negativas”;
- *reabilitação* é “um processo de duração limitada e com um objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa deficiente alcance um nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a própria vida. Pode incluir medidas destinadas a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por meio, por exemplo, de aparelhos) e outras medidas destinadas a facilitar a inserção ou reinserção social”;
- *igualdade de oportunidades* é “o processo mediante o qual o sistema geral da sociedade - o meio físico e cultural, a habitação, o transporte, os serviços sociais e de saúde, as oportunidades de educação e de trabalho, a vida cultural e social, inclusive as instalações esportivas e de lazer - torna-se acessível a todos” (ONU, 1992, p. 3-5).

Quanto às medidas de *prevenção*, o Programa considera que as mais importantes são: a supressão das guerras; a melhoria da situação econômica, social e de educação dos grupos menos favorecidos; a identificação dos diferentes tipos de deficiência e de suas causas; a introdução de medidas específicas de intervenção através de melhores práticas de nutrição; a melhoria dos serviços sanitários de detecção precoce e de diagnóstico; atendimento pré e pós-natal; educação sanitária; planejamento familiar, legislação e regulamentação; modificação de estilos de vida; serviços de colocação especializados; educação quanto aos perigos do meio ambiente e combate à contaminação deste; estímulo à melhor informação e ao fortalecimento das famílias e comunidades; melhor atendimento de saúde para

idosos; educação e normas para redução de acidentes de trabalho, no trânsito e no lar; combate ao abuso de drogas e álcool.

Já a *reabilitação*, segundo aquele Programa, envolve: detecção precoce, diagnóstico e intervenção; atendimento e tratamento médicos; assessoramento e assistência social, psicológica e outros; treinamento em atividades de independência, inclusive em aspectos de mobilidade, da comunicação e atividades da vida diária, com os dispositivos que forem necessários, por exemplo, para as pessoas com deficiência auditiva, visual ou mental; fornecimento de suportes técnicos e para mobilidade e outros dispositivos; serviços educacionais especializados; serviços de reabilitação profissional (inclusive orientação profissional, colocação em emprego aberto ou abrigado); acompanhamento.

No que se refere a alcançar a *igualdade de oportunidades*, enfatiza-se:

> *"não bastam medidas de reabilitação voltadas para o indivíduo portador de deficiência. A experiência tem demonstrado que, em grande medida, é o meio que determina o efeito de uma deficiência ou de uma incapacidade sobre a vida cotidiana da pessoa. A pessoa vê-se relegada à invalidez quando lhe são negadas as oportunidades de que dispõe, em geral, a comunidade, e que são necessárias aos aspectos fundamentais da vida, inclusive a vida familiar, a educação, o trabalho, a habitação, a segurança econômica e pessoal, a participação em grupos sociais e políticos, as atividades religiosas, os relacionamentos afetivos e sexuais, o acesso às instalações públicas, a liberdade de movimentação e o estilo geral da vida diária." (ONU, 1992, p. 8)*

Finalmente, sublinha-se a necessidade da participação das pessoas portadoras de deficiência no processo de adoção de decisões, ao mesmo tempo em que se detalham propostas para a prevenção da deficiência, da incapacidade e da invalidez, para a reabilitação e para a igualdade de oportunidades, esta última no que concerne a legislação, meio ambiente, manutenção da receita e da seguridade social, educação e formação, trabalho, lazer, cultura, religião e esporte.

A problemática das pessoas portadoras de deficiência, face a iniciativas como a que acabamos de descrever e ao surgimento de inúmeras organizações e instituições em defesa de seus direitos, alcança hoje grande divulgação e repercussão públicas, em especial nos países desenvolvidos.

Nos Estados Unidos, por exemplo, intensas discussões ocorrem a respeito da desinstitucionalização de portadores de deficiências mentais, com a correspondente estruturação de serviços comunitários locais. Braddock & Fujiura (1991), analisando

dados relativos a 1977-1988, concluem que o nível de verbas públicas disponibilizadas para esse processo nos diferentes estados daquele país depende de dois fatores importantes: um, geral, referente ao nível histórico de orientação das políticas locais em prol da igualdade de direitos (inclusive raciais); outro, específico, concernente à força e à capacidade de atuação das organizações de defesa dos usuários dos serviços. Em outras palavras, o "ponto de operação" das políticas do Estado depende, em cada caso, de um componente genérico de resistência à opressão de classes contida na dinâmica de suas instituições, isto é, de uma particular correlação de forças favorável à população como um todo, fruto das lutas genéricas por igualdade, de sua conscientização política sobre seus direitos de cidadania; e de um componente particular, que é o que expressa a capacidade concreta dos grupos minoritários e organizações da sociedade civil correlatas.

Na Grã-Bretanha, igualmente, tem sido promovida a desospitalização de pacientes com deficiência mental e sua integração à comunidade através da estruturação de serviços ali baseados: o número de internos, em 1993, tinha sido reduzido à metade do que era em 1981; na Irlanda do Norte, a 67% e no País de Gales, a 62% (Farmer, et. al., 1993). Esses mesmos autores, contudo, apontam para o fato de que essa desospitalização não tem sido acompanhada pela transferência, para o nível de governo local que tem que se encarregar dos serviços comunitários, dos recursos que antes eram gastos com esses mesmos pacientes nos hospitais: "a transferência de recursos para autoridades locais é apenas cerca de metade do que de fato foi economizado" (Farmer, et. al., 1993, p. 989, tradução livre). A privatização acentuada, no caso inglês, ocorrida entre 1980 e 1996, através da implementação de políticas neoliberais pelos governos conservadores (derrotados na última eleição pelo Partido Trabalhista), gerou, nesse período, enxugamento da utilização de recursos estatais na área social e possivelmente combinou a satisfação de demandas por desinstitucionalização, integração e serviços locais, das organizações em defesa dos direitos dos deficientes, com uma política de cortes de gastos públicos no setor. De qualquer forma, os níveis de recursos por pessoa, por ano, estimados como gastos em 1989/90 pelas autoridades locais, são de cerca de 11.000 libras - ou 17.000 dólares - (Farmer, et. al., 1993), o que é certamente um valor altamente significativo.

Quanto ao apoio à pessoa portadora de deficiência física, diversos estudos têm sido conduzidos nos países mais desenvolvidos para mapear sua distribuição por regiões e por deficiência, para verificar a efetiva utilização dos serviços que lhes são disponibilizados publicamente. Como exemplo, citamos Chesson & Sutherland (1994), que analisam essa questão em relação a uma população de 212 pessoas portadoras de deficiência física, na Escócia, de idades entre 16 e 65 anos. São discutidas algumas variáveis para explicar a baixa utilização dos serviços públicos oferecidos - fato que as autoras efetivamente comprovaram. Entre essas variáveis, destacam: a ignorância e/ou confusão a respeito do acesso e modo de disponibilização dos serviços; os sentimentos de inadequação e falha que podem ser vivenciados por aqueles que já provêm informalmente ajuda às pessoas portadoras de deficiência; a percepção, pelos usuários, dos serviços formais gratuitos como uma "caridade", o que conflita com a valorização que eles próprios atribuem à auto-suficiência, socialmente estimulada - por isso muitos preferem pagar por equipamentos que lhes dêem autonomia em seus lares; a relutância em aceitar uma situação que reforça uma visão de si mesmo como alguém que precisa de cuidados especiais.

Este nível de análise crítica e uma oferta, na Europa e Estados Unidos, de serviços altamente especializados em reabilitação física são bastante difundidos em diversos países, onde a realidade social do portador de deficiência física é mais compatível com esses encaminhamentos, que não encontram contrapartida no mundo dito "em desenvolvimento"; onde essa população, juntamente com aquela portadora de deficiência mental ou sensorial, continua distante de ter assegurado qualquer avanço na direção de propostas inclusivas e de assistência às suas necessidades de saúde. As medidas preventivas não se estenderam suficientemente, a reabilitação integral apenas começa a ser comentada e a igualdade de oportunidades continua a ser somente uma aspiração.

Para analisar mais de perto essa realidade enfocaremos a seguir o caso brasileiro.

3.2.2 A experiência brasileira

Como no restante do mundo, o século XIX, no Brasil, caracteriza-se pela institucionalização dos deficientes, confinados em asilos criados em várias cidades do país (Resende, 1987; Silva, 1986), de acordo com a mentalidade segregacionista vigente e discutida anteriormente.

A organização dos trabalhadores, conforme apontamos no Capítulo 2, começa a se fazer sentir nos centros urbanos apenas por volta do início dos anos 20, que é a época em que é aprovada a primeira lei que regulamenta os acidentes de trabalho, prevendo, com um decênio de atraso em relação aos Estados Unidos, por exemplo, mecanismos indenizatórios, mesmo assim apenas em determinados casos (Cohn, et. al. 1985).

Diferentemente dos países desenvolvidos, nas décadas de 20 e 30 não houve no Brasil um movimento importante no sentido de reabilitar os deficientes físicos, posto que aqui não havia o problema de reintegrar mutilados de guerra e nem estava dada uma correlação de forças particularmente favorável à classe trabalhadora - não houve um momento de reconstrução nacional e nem a correspondente escassez de mão-de-obra. A tendência asilar foi predominantemente mantida (Rocha, 1991).

As décadas de 40 e 50, no entanto, são palco de modificações no cenário da saúde das pessoas portadoras de deficiência. Em primeiro lugar, surgem nos Estados Unidos e Europa, em função dos fatores que já descrevemos, o debate, as propostas e as ações concretas na área da reabilitação para essa população. Este fato, num mundo em processo de forte ampliação de mercados, gerou no Brasil um impacto considerável, até porque o país, em processo de início de industrialização, sofria cada vez mais influência do modelo da sociedade norte-americana.

Em nosso país, porém, a inexistência de uma repercussão mais ampla, nessa época, das lutas pela cidadania plena e por um Estado de Bem-Estar, já em curso na Europa, a par de políticas governamentais populistas baseadas na conquista da aprovação de segmentos dos trabalhadores, condicionaram uma trajetória pautada pela concessão de vantagens e privilégios específicos apenas a esses segmentos - gerando o conceito de cidadania regulada a que já nos referimos. As seguintes leis, promulgadas no período e dirigidas exclusivamente à classe trabalhadora, ilustram essas afirmações: em 1943, o Ministério da Indústria e Comércio emitiu a Portaria

n.83, segundo a qual serviços de reeducação e readaptação de segurados e aposentados por invalidez deveriam ser organizados pelos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensão; em 1944, o Decreto-Lei 7036 estabeleceu mecanismos para readaptação e reaproveitamento do empregado acidentado. Tudo em consonância, de um lado, com a crescente (fim da década de 50) industrialização do país e a necessidade do Estado de manter e restaurar a capacidade produtiva do trabalhador, intervindo, se preciso, no seu corpo; e, de outro, com a absoluta lateralização da grande maioria da população brasileira, marginal ao mercado formal de trabalho, e portanto com pouco peso político.

A extensão do atendimento aos demais deficientes, na ausência de lutas mais amplas pela cidadania, que no Brasil ainda vão demorar mais de vinte anos, ocorre de forma parcializada e incipiente no final dos anos 50, seja por influência de organismos internacionais, com a parceria do Estado brasileiro, seja por iniciativas da sociedade civil.

No primeiro caso pode-se citar a criação, em 1956, em São Paulo, do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), ligado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para o que contribuíram decisivamente a OMS e a OIT, que pretendiam divulgar e colaborar na implementação, em diversos países - especialmente naqueles em desenvolvimento - das propostas de reabilitação da ONU. Como exigência fundamental apresentava-se a questão da existência de técnicos especializados na área: a partir de 1958 foi iniciada a formação de recursos humanos na área de reabilitação naquele instituto, que agora denominava-se Instituto de Reabilitação (IR).

> *"Cumpria o IR duas finalidades:* ***assistencial*** *- prestando atendimento aos portadores de deficiências físicas em programas integrais de reabilitação, proporcionando, quando possível, os meios para o emprego dos reabilitandos na comunidade - e de* ***ensino*** *- mantendo cursos regulares para a formação de profissionais nos diferentes campos da reabilitação (...) Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Órteses e Próteses e Locomoção de Cegos." (Lopes, 1991, p. 73-74, grifos no original)*

São diversas as iniciativas particulares, ocorridas então, em geral de caráter filantrópico e/ou de solidariedade. Ainda na década de 40, são criados em São Paulo o Lar Escola São Francisco, para atendimento de crianças portadoras de deficiência

física e a Fundação para o Livro do Cego no Brasil. Em 1950 é fundada, também em São Paulo, a AACD, Associação de Amigos de Crianças Defeituosas; em 1954, o arquiteto Fernando Lemos e o empresário Charles Murray, cujos filhos eram portadores de deficiência física, criaram, junto com médicos da área e simpatizantes, a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), no Rio de Janeiro. No mesmo ano surgiu, na área da deficiência mental, a Associação de Pais e Amigos do Excepcional, também no Rio de Janeiro, núcleo inicial da Federação Nacional das APAEs, fundada em 1963. Diversas outras associações, ligadas a instituições religiosas e à sociedade civil surgiram em todo o Brasil (Silva, 1986; Soares, 1991).

O governo, a partir de 1964, abre caminho para duas décadas de florescimento da exploração de todos os espaços pela iniciativa privada. Na área da saúde, a reabilitação não fugiu à regra, tornando-se fonte de lucro; essa fatia do mercado passou a ser explorada por empresas de medicina de grupo, que desenvolveram atendimentos através de serviços próprios ou credenciados (Rocha, 1991).

Durante a década de 70, importa demarcar a instalação dos Centros de Reabilitação Profissional (CRP) do INPS, destinados prioritariamente a atender acidentados de trabalho e que teriam como objetivo a reabilitação profissional do trabalhador. Soares (1991), segundo dados do próprio INPS e do DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho), constata, entretanto, que somente cerca de 42,9% dos reabilitados entre 1972 e 1975 continuaram empregados, após grandes dificuldades de recolocação; cita outros estudos que confirmam que só 50% dos reabilitados conseguem se empregar novamente, mesmo assim em proporção diferenciadamente maior de rotatividade de mão-de-obra; os outros 50% retornam ao auxílio-doença, permanecendo desempregados ou deixando de trabalhar. Se tais dados:

> *"põem em dúvida a eficiência do serviço, outros argumentos oficiais são apresentados para justificar a sua continuidade. Assim, segundo relatório de 1976 do Setor de Avaliação de Benefícios do INPS, se o incapacitado reabilitado vier a contribuir novamente à Previdência por um período de dezessete meses, a Reabilitação Profissional torna-se auto-suficiente e, num prazo de cinco anos, o empreendimento se torna lucrativo. Aqui se evidencia (...) a lógica economicista dos técnicos da Previdência." (Soares, 1991, p. 137)*

Ao final dos anos 70, quatorze CRPs estavam funcionando em várias cidades do país. Em 1980, inauguraram-se outros quatro.

Passado o "milagre brasileiro", com a reversão do crescimento econômico e a crise dos anos 80, a restrição aos gastos tornou pouco rentável a venda de serviços privados de atendimento às pessoas portadoras de deficiência. Segundo Rocha (1991), hospitais e clínicas conveniados retiraram-se dos convênios e/ou restringiram o atendimento a tipos de deficiência que possibilitassem o atendimento em massa, garantindo, em conseqüência, alguma margem de lucro.

Os últimos anos da década de 70 e os primeiros da de 80, marcados pela abertura política, pela organização sindical e pelas lutas pela cidadania encetadas pelos movimentos populares, coincidiram com marcos internacionais na área da saúde das pessoas portadoras de deficiência, que foram, como vimos, desde declarações de seus direitos até o Ano Internacional de 1981 e a Década da ONU para Pessoas com Deficiência (83/92) e respectivo Programa de Ação Mundial.

Nesse contexto surgem as associações e os movimentos de pessoas portadoras de deficiência no Brasil, com o objetivo de lutar por seus direitos e efetivas possibilidades de exercício de sua cidadania. O Estado passa a ser cobrado na consecução desses direitos e a população em geral começa a tomar consciência da existência e das problemáticas daquelas pessoas[4]. Era fundamental mudar a noção do direito à caridade e ao assistencialismo, numa clara concepção de cidadania invertida (Capítulo 1), que sempre acompanhou as pessoas portadoras de deficiência.

Esses fatos, aliados à luta pela saúde em geral, com a criação do SUDS e, posteriormente, do SUS, deram grande impulso às iniciativas governamentais na área. No Estado de São Paulo, especificamente, foi criado, em 1984, o Conselho Estadual para Assuntos da Pessoa Deficiente, bem como um grupo de trabalho, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, para estudar, propor e implantar uma política de sistema de atendimento à saúde da pessoa deficiente[5]; desde 1986 vêm sendo implantados, de forma diferenciada, Programas de Reabilitação nos diversos

[4] *Realizamos, em 1995 (Lopes, et. al.), o vídeo "Reabilitando a Cidadania", onde diferentes atores desse movimento são entrevistados e as categorias: direito e cidadania, emergem como articuladoras das diferentes iniciativas, propostas e encaminhamentos.*

[5] *Esse processo é descrito e analisado por Oliver (1990).*

Centros de Saúde, com atendimento a essa população por equipes de reabilitação - fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais -, integradas aos demais profissionais da saúde - médicos, enfermeiros e outros (Rocha, 1991; Oliver,1990).

Em 1986, foi criada a Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), a nível federal, que lançou um plano de ação composto por quatro programas: de conscientização; de prevenção de deficiências; de atendimento e de inserção das pessoas portadoras de deficiência no mercado de trabalho (CORDE, s/d.).

Com a Constituição de 88, o direito das pessoas portadoras de deficiência à saúde, à educação, à habilitação e à reabilitação, à integração à vida comunitária tomam forma de lei; nesse texto também é proposto o pagamento, pelo Estado, de um salário mínimo, como benefício mensal a essa população e aos idosos que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção (Brasil, 1988a).

Em 1989, é sancionada a Lei n. 7.853, que dispõe sobre o apoio a essa população, sua integração social e institui tutela jurisdicional, disciplinando a ação do Ministério Público e definindo crimes (Oliver, 1990). São aspectos importantes a serem viabilizados:

- oferta obrigatória e gratuita de educação especial nos estabelecimentos públicos de ensino e matrícula compulsória em cursos regulares de estabelecimentos públicos e privados de pessoas portadoras de deficiência capazes de se integrar no sistema regular de ensino;

- no âmbito da saúde: promoção de ações preventivas de deficiências; desenvolvimento de programas de prevenção de acidentes; criação de rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; garantia de acesso aos serviços públicos e privados com tratamento adequado; participação desses usuários na realização dos programas de saúde;

- a inserção dessa população no mercado de trabalho público e privado com a adoção de legislação específica para criação de reserva de mercado, com o apoio à formação profissional;

- formação de recursos humanos na área, também em nível médio;

- a União, os Estados, os Municípios, as associações de pessoas portadoras de deficiência, entre outras instituições, poderão propor ações civis públicas destinadas à proteção de interesses coletivos ou difusos dessa população;

- punir, com reclusão e multa, ao ato de dificultar, sem justa causa, inscrição de aluno em estabelecimento de ensino público ou privado em razão de sua deficiência; de negar de emprego ou trabalho e de dificultar a assistência médica, entre outros (Oliver, 1990).

Já discutimos, em relação às questões do SUS, no capítulo anterior deste trabalho, os limites e possibilidades dos aspectos jurídicos formais no campo das seletividades do Estado capitalista; também nesta área, determinados eventos poderão, agora, ser filtrados positivamente e ganharem concretude; dependerão da correlação de forças a ser estabelecida entre os diferentes atores sociais.

O quadro atual, entretanto, deixa ainda muito a desejar, o que é um traço comum a todos os países em desenvolvimento, especialmente na América Latina, onde a 'descidadania' parece necessária às políticas neoliberais em curso (conforme Capítulo 1). Segundo o documento "Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde", do próprio Ministério da Saúde (1995) a estimativa é a de que existam no país pelo menos 13 milhões de pessoas deficientes (10% da população), das quais, de acordo com estatísticas mundiais, pois esses dados inexistem nacionalmente, apenas 2% - ou cerca de 260.000 pessoas - receberiam serviços. Dados do IBGE (Oliver, 1990) aparentemente subestimam em muito o número de deficientes no país, que seriam cerca de pouco mais de 2.000.000, pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios feita em 1981, dos quais, segundo esses dados, um pouco mais de 10% receberiam algum tipo de assistência - o que dá um número próximo dos 260.000 estimados acima.

Em qualquer caso, é fato que uma parcela irrisória da população é atendida, e mesmo nesses casos, a disponibilidade orçamentária e de recursos humanos por deficiente é muitíssimo inferior à dos países desenvolvidos. Voltaremos a estas questões com mais detalhe no caso do município de São Paulo, objeto de nosso trabalho.

Finalizamos este capítulo com o registro dos principais pontos programáticos do documento oficial do Ministério da Saúde, supra mencionado, que "contem as

diretrizes para a organização das ações de atenção integral à saúde do portador de deficiência e propostas para a redução da incidência das deficiências" (Brasil, 1995, p. 3). Define-se aí um programa que objetiva implantar na rede do SUS a atenção integral à pessoa portadora de deficiência, que inclua ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e integração social, de acordo com os seguintes princípios:

- as pessoas portadoras de deficiência têm direito à saúde, devem ser atendidas segundo o mesmo modelo assistencial e nos mesmos serviços utilizados por qualquer cidadão;
- a deficiência é uma das ocorrências possíveis no processo de evolução das doenças, portanto deve-se inserir estas questões em todas as programações e níveis de planejamento;
- a assistência às pessoas portadoras de deficiência deve ser integral e dentro de um enfoque interprofissional, buscando-se o desenvolvimento de suas potencialidades e autonomia, e nunca exclusivamente baseada na deficiência;
- a pessoa deficiente deve ser co-participante do seu processo de reabilitação;
- o atendimento deve ser constantemente avaliado e aprimorado.

Esse documento propõe como estratégias de atuação daquele programa:

- fomento, orientação e apoio ao planejamento, implantação, implementação e gerência de programas locais de atenção à saúde e reabilitação de pessoas deficientes, junto a Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- reforço e implementação das medidas de prevenção às deficiências, em parceria com os programas básicos de saúde;
- apoio à criação e implementação, segundo as realidades locais, de núcleos em diferentes níveis de complexidade, buscando resolutividade e qualidade dos serviços;
- apoio à reabilitação baseada na comunidade, com uma tecnologia articulada aos diversos níveis de complexidade do sistema de atenção à saúde e à reabilitação;
- apoio ao desenvolvimento de pesquisas e estudos que busquem o diagnóstico da situação dos serviços, o levantamento das necessidades da clientela, a partir de sua caracterização, e a investigação epidemiológica, objetivando a obtenção

de dados para planejar, implantar, acompanhar e avaliar a assistência integral à saúde e reabilitação das pessoas deficientes;

- articulação entre os diversos setores governamentais, as entidades filantrópicas que atuam na área, os movimentos de pessoas deficientes e demais associações de usuários e conselhos de saúde, tendo por perspectiva a união de esforços, de recursos, e o controle social do sistema.

Apesar do discurso oficial, assim como na questão da saúde em geral no país, a política proposta não tem se concretizado em ações condizentes no nível federal. Alguns governos locais, entretanto, têm tentado implementar proposições programáticas que buscam articular no jogo democrático (para além das eleições), os interesses das pessoas portadoras de deficiência. Buscaremos compreender como isto se deu no município de São Paulo, a partir de 1989.

4. RECURSOS HUMANOS - O TERAPEUTA OCUPACIONAL

4.1 O surgimento do terapeuta ocupacional

O debate sobre o surgimento da profissão de terapeuta ocupacional insere-se na problemática geral da formação de profissionais da saúde e no processo de especialização e subespecialização que ocorreu com maior intensidade, não só nessa área como em todas as demais, a partir do século XIX, em conseqüência do que se convencionou chamar de Revolução Industrial. Esta caracterizou-se basicamente, num momento inicial, pela utilização gradual e generalizada de máquinas a vapor, construídas primeiro artesanalmente e depois através de manufatura, por todos os países em processo de industrialização e pelos diversos ramos das respectivas indústrias, da qual resultou progressivo aumento de produtividade e crescente diversificação de tarefas em todos os ramos da atividade humana. Este processo se aprofundou decisivamente, contudo, apenas na segunda metade daquele século, com o estabelecimento de um salto qualitativo (Lefebvre, 1983) que marcou um momento diferenciado da história, através do desenvolvimento da tecnologia de fabricação de máquinas motrizes por outras máquinas e não mais diretamente pelo próprio homem (Marx, 1985).

Esses fatos e o próprio processo de acumulação de riquezas, resultado da lógica de competição inerente ao sistema, geraram uma aceleração sem precedentes da elevação da produtividade resultante da subdivisão de papéis no mundo do trabalho, condição necessária inclusive para consolidá-la, catalisando e catapultando progressos futuros. Os artesãos - fiandeiros, tecelões, ferreiros, latoeiros, marceneiros, vidreiros e muitos mais - foram, aos poucos, sendo absorvidos e desaparecendo dentro de agrupamentos de maior complexidade global. Cada trabalhador passou a desempenhar, em relação ao todo, um serviço a cada passo mais fragmentário, isolando-o e alienando-o do objeto produzido em três níveis: o da posse dos meios de produção, o da compreensão do processo em si mesmo e o de seu poder de intervenção nele, isto é, do controle e determinação do produto a ser consumido.

Concomitantemente, surgia a necessidade de um gerenciamento que coordenasse atividades crescentemente diversificadas, tais como suprimento de

matérias primas, atribuição de funções, conservação e melhoramento de maquinarias, pagamentos, custos, lucros e outras (Braverman, 1987).

Nesse estágio inicial, embora estivessem claramente presentes as determinações funcionais da privatização da produção e da dependência estrutural do processo de acumulação, a legitimação democrática não era ainda um marco fundamental em diversos dos países em industrialização. Não havia uma decisiva intervenção dos Estados capitalistas no sentido de mediar as eventuais divergências entre os diferentes grupos do capital, posto que era ainda relativamente incipiente a diferenciação da ação deste (tanto verticalmente, em termos de volume, como horizontalmente, quanto à área de atuação) e o respectivo acirramento competitivo entre seus vários segmentos. Os conflitos capital-trabalho eram diretamente reprimidos, com pequena ou nenhuma intermediação do Estado (enquanto interesses contrários à acumulação), pelos próprios capitalistas, num contexto em que praticamente inexistiam garantias mínimas para os operários, em qualquer sentido (Dejours, 1988). A necessidade de ocultação desta situação era igualmente limitada (face à precariedade dos mecanismos de legitimação democrática), não sendo prerrogativa estatal. Tampouco exercia o Estado função relevante na administração centralizada de políticas de atuação nas áreas sociais.

Nas últimas décadas do século XIX, tendo como panorama o cenário que acabamos de apresentar, acentuaram-se as contradições entre a divisão social do trabalho e a posse privada dos meios de produção, origem das discussões efervecentes sobre revolução e socialismo que então se deram. À medida em que estas ganhavam caráter ideológico, aumentava o grau de organização das classes trabalhadoras. Foi nesse ambiente que se delineou contra-ofensiva das classes dominantes que, em uma de suas frentes, articulou uma importante inovação sócio-política. Tratava-se de dar uma nova dimensão à "assistência social", na perspectiva do trabalho na área social, que consubstanciaria no futuro os trabalhos dos mais diversificados profissionais dessa área: pretendia-se demonstrar à classe operária ser desnecessária a revolução para melhorar sua condição (Verdès-Leroux, 1986). Esse contra-movimento, que de maneira crescentemente articulada busca criar o "consenso" (Gramsci, 1988), foi resultado de um certo grau de amadurecimento e refinamento político das elites capitalistas da época, inclusive como forma de

resposta concreta às demandas e exigências reclamadas pelo operariado. Tornava-se assim mais patente a necessidade de mediação dos conflitos capital-trabalho, embora não estivesse ainda solidamente estabelecido o conceito de que essa deveria ser uma tarefa do(s) Estado(s) capitalista(s) - ao contrário, nesse primeiro momento, tal papel circunscrevia-se à esfera da filantropia, da sociedade civil e das iniciativas religiosas.

São várias as razões pelas quais dentre esses "trabalhadores do consenso" predominavam largamente as mulheres. Primeiro, porque estas, fora da linha de frente dos embates capitalistas, se credenciavam melhor a uma postura 'dócil', 'bondosa' e 'caritativa', que era o perfil proposto como "ideal" para esses técnicos (Verdès-Leroux, 1986). Isto era ideologicamente importante, pois, de um lado, significava defender uma ótica idealista, em contraponto ao materialismo-histórico - instrumento que, à época, influenciava as lutas dos trabalhadores - enquanto que, de outro, coadunava-se com uma realidade de intervenção de caráter não-estatal, mais identificada com a benemerência e a caridade. Em segundo lugar, o objeto próprio do trabalho (tratava-se de lidar com pessoas incapacitadas, mulheres e/ou crianças proletárias) lhes era sem dúvida mais próximo, não só emocionalmente como em termos da falta de conhecimento e preparo comuns. Por último, o trabalho feminino era de baixo custo e não gerava carências no mercado de trabalho, então em expansão.

Esse é o contexto em que surgiu, no primeiro mundo, no início do século XX, a terapia ocupacional, notadamente nos Estados Unidos, Inglaterra e Canadá. O recrutamento dos terapeutas ocupacionais era portanto feito através de critérios de seleção do tipo 'moral', onde mais importava o 'caráter' do que quaisquer conhecimentos técnicos especializados.

> *"A tradição faz da terapia ocupacional uma profissão de mulheres. As primeiras práticas eram enfermeiras e suas* ***tendências maternais*** *eram consideradas benéficas para o trabalho com o doente mental. Somente mulheres podiam ser auxiliares de reconstrução, isto querendo dizer que foram também elas as primeiras a trabalhar com indivíduos incapacitados. As primeiras escolas de terapia ocupacional eram abertas somente a jovens* ***refinadas e inteligentes****. Durante a depressão, as mulheres que desejavam se casar, mas que tinham que trabalhar, aumentaram o número de terapeutas ocupacionais, pois esta era considerada uma* ***profissão respeitável para senhoras*** *e o* ***curso era breve****." (Woodside, 1979, p. 37, grifo nosso)*

Diasio (1979) aponta, como uma das razões para a desvalorização da terapia ocupacional, sua composição principalmente feminina:

> *"Por toda nossa história, até épocas recentes, a submissividade e a conformidade, tão fortemente reforçados nos papéis de terapia ocupacional, eram paralelas ao papel sexual do comportamento na sociedade. Ordens e decisões eram realizadas pela esmagadora maioria masculina da profissão médica. A conformidade era enfatizada, testemunhada pelo juramento de terapia ocupacional de 1922, ainda em vigor: 'Caminharei em honesta lealdade e obediência àqueles sob cuja orientação irei trabalhar'." (Diasio, 1979, p. 61)*

Na descrição da personalidade ideal para a terapeuta ocupacional, Eleanor Clark Slagle, fundadora da primeira escola regular de terapia ocupacional nos Estados Unidos, em 1915, preconiza padrões femininos de comportamento, na figura da mãe de uma criança em idade pré-escolar: "bondade infinita, paciência, imaginação" (Gillette, 1973).

A Primeira Grande Guerra Mundial trouxe conseqüências importantes para a profissão. Instalou-se, nos países que se haviam envolvido no conflito, um clima de "reconstrução nacional", o que requeria mais trabalhadores e mais horas de trabalho diário, face à necessidade de repor os pesados prejuízos econômicos sofridos. Esta realidade levou à perda de várias conquistas sociais e trabalhistas anteriores (Dejours, 1988). Diminuiu portanto, circunstancialmente, a tensão social interna, o que é esperado após forte ameaça militar externa. Havia um desfoque temporário do anterior eixo do trabalho 'necessário' na área social: a luta pela sutil imposição do "consenso" cedeu lugar ao esforço global de reconstrução nacional, de retomada do desenvolvimento, readaptação e reabilitação, física e moral.

Ao mesmo tempo, consolidavam-se as determinações funcionais do Estado Capitalista moderno (como apresentadas no Capítulo 1). Crescia a importância da compatibilização dos diversos interesses do capital, cuja solução pacífica (interna e externamente) era fundamental para o processo de reconstrução, o qual dependia igualmente de soluções negociadas para os conflitos capital-trabalho, em um clima em que a componente de legitimação democrática aumentava em importância. Dentro desse novo quadro ganhavam corpo a presença do Estado nas áreas sociais e, portanto, os aspectos das correspondentes profissões relacionados à eficiência da implementação das políticas estatais correlatas. Na saúde, e particularmente na

terapia ocupacional, abria-se espaço para a readaptação e a reabilitação, fundamentais ao controle, e à reciclagem, requalificação, produção e reprodução da força de trabalho, sob progressivo agenciamento do Estado. Começavam a ser criadas as pré-condições para uma tendência que, para além da 'moral' e do 'caráter', iria exigir algum preparo um pouco mais 'técnico' e 'científico'. Foi nessa linha que, a partir da décadas de 20, a terapia ocupacional aproximou-se gradativamente, ainda que de forma subalterna, da categoria médica, com o que procurava autoconferir-se, perante a sociedade, um certo 'status' profissional especializado (Lopes, 1991).

Ao analisar a gênese e as funções objetivas do trabalho social no período 1920-36, na França, Verdès-Leroux identificou como sendo nesse período que a assistência social entrou definitivamente numa fase de implantação, impulso e legitimação. A função da assistência diversificava-se em relação ao período anterior estudado pela autora (1900-14), multiplicando-se os locais de intervenção, na busca de um domínio generalizado da vida cotidiana das classes populares: a enfermeira-visitadora, a superintendente de fábrica; a visitadora-controladora do seguro-social; a assistente familiar polivalente, etc.: "Nessa fase, é a autoridade médica que se impõe para elaborar a doutrina, confortar os agentes e justificar os novos modos de intervenção" (Verdès-Leroux, 1986, p. 21).

Foi com a enfermeira-visitadora, ou simplesmente visitadoras - "vigilantes domiciliares" - que a função da assistência social mais claramente sofreu uma orientação médica, e pode ser relacionada à terapia ocupacional. Segundo aquela autora, as profissionais estabeleceram com os médicos higienistas um relacionamento profissional que adquiriu um ativo importante de resultados concretos e um peso político ponderável. Esse encontro foi determinante para a evolução desta forma especializada de assistência. A posição subalterna das "vigilantes domiciliares" e seus limites de delegação eram pré-determinados pelas regras já estabelecidas, uma vez que não se tratava, para essa categoria de agentes, de promover uma nova função e, sim, de enquadrar-se dentro de estruturas já definidas.

> *"A importância dessa sujeição - reconhecida, aceita e celebrada até pelas assistentes sociais - poderá ser avaliada segundo o peso do grupo que as controla e segundo a especificidade da autoridade médica. As visitadoras*

> *procuram, por um lado, beneficiar-se de uma parte dessa autoridade. A tutela médica define as referências intelectuais, o quadro da formação e os modos de operação." (Verdès-Leroux, 1986, p. 31)*

Essa tutela era percebida nos currículos dos cursos, nas 'falas' nos congressos e encontros, no vocabulário empregado na ação prática - diagnóstico, tratamento, patologia, doenças - e nos métodos utilizados, e foi através dela que se buscou o reconhecimento científico para o trabalho social realizado.

Há grande similaridade entre esses fatos e o avanço experimentado pela terapia ocupacional a partir de 1917, nos Estados Unidos[6], quando foi fundada a National Society for the Promotion of Occupational Therapy. Os cursos e programas de terapia ocupacional eram dirigidos, patrocinados e supervisionados por médicos com o 'auxílio', num primeiro momento, de enfermeiras e assistentes-sociais, que iam, algumas delas, se 'transformando' em terapeutas ocupacionais (Woodside, 1979).

Data dessa época o estabelecimento das primeiras escolas profissionais de terapia ocupacional, cuja educação formal melhorou e expandiu-se rapidamente. Assim, já em 1922, a necessidade de organização de escolas de terapia ocupacional era amplamente reconhecida. Em 1923, foram publicados (nos Estados Unidos) os padrões mínimos para cursos. A American Occupacional Therapy Association [nome adotado pela National Society for Promotion of Occupational Therapy, a partir de 1923] escolheu ser auto-regulada e esta decisão parece ter sido ligada à primeira afiliação e apoio da terapia ocupacional à medicina, que também é auto-regulada. Duas ações estabeleceram, sem sombra de dúvidas, esses poderes auto-regulatórios: a publicação do Essentials for Professional Education, pela American Occupational Therapy Association e pelo Council on Medical Education of the American Medical Association - 1923; e o processo de registro através de exame administrado pela própria American Occupational Therapy Association (Woodside, 1979). Esses dois fatos ajudaram a definir especificamente as qualificações e conhecimentos de terapeutas ocupacionais.

---

[6] *As primeiras terapeutas ocupacionais eram também assistentes sociais e enfermeiras, inclusive no Brasil (Gillette, 1973; Soares, 1991).*

Na década de 20 temos, portanto, par e passo ao modelo médico e sob sua tutela, a regulamentação da terapia ocupacional em seu país de origem.

> *"Também a tradição da relação entre a terapia ocupacional e os médicos foi estabelecida durante esses anos. A disciplina foi fundada por um médico, Willian Rush Dunton, e logo tinha o apoio não só de psiquiatras, mas de ortopedistas, neurologistas e clínicos gerais, que eram cada vez mais capazes de diagnosticar e prescrever atividades (...). As primeiras revistas ilustram claramente o quão persistentemente os médicos se agarravam à necessidade de uma prescrição e/ou recomendação médica de terapia ocupacional para seus pacientes. Os médicos elogiavam a coragem do terapeuta, enquanto questionavam seu conhecimento e habilidade (...), indubitavelmente os terapeutas ocupacionais lucraram com seu [dos médicos] vasto conhecimento médico e organizacional, enquanto ao mesmo tempo eram subservientes a sua liderança." (Woodside, 1979, p. 37)*

Esta relação de subalternidade persistiu pela década de 30 - em 1931, por exemplo, a Associação Americana de Terapia Ocupacional solicitou que a Associação Médica Americana fizesse uma inspeção nas escolas de terapia ocupacional, visando referendá-las. É digno de menção que, para além disso, o grau de dependência da nova disciplina em relação ao prestígio da profissão médica era tal que, durante a maior parte de seus primeiros trinta anos, seu ensino foi conduzido e/ou tutelado por médicos (Woodside, 1979).

A proximidade com a medicina, buscada pela terapia ocupacional, não era um fenômeno isolado, dentro do processo de especialização que permeou o avanço do capitalismo e o aumento da produtividade também no século XX. Muito pelo contrário, as novas profissões que iam surgindo em cada área cumpriam uma dupla exigência: de um lado, procuravam fortalecer o campo de trabalho da profissão da qual se haviam originado e das demais, com as quais eram afins, promovendo continuamente sua diversificação; de outro, lutavam por aumentar suas vantagens diferenciais, isto é, por melhorar suas posições relativas em relação a esse mercado, para o que uma relação privilegiada, ainda que submissa, com a profissão originária muitas vezes era benéfica (Verdès-Leroux, 1986).

A partir dos anos 30, e em parte em função da crise de 1929, o intervencionismo dos Estados capitalistas tornava-se cada vez mais evidente, no cumprimento de suas determinações funcionais: no plano econômico, no papel de árbitro dos conflitos entre os progressivamente diversificados componentes das classes dominantes nacionais e no gerenciamento de suas relações com o capital

internacional, bem como na 'superação' das contradições capital-trabalho; no plano militar, com a eventual repressão dos conflitos não 'superados', isto é, com o controle interno de levantes, revoluções ou simples movimentos reivindicatórios populares e no plano social - saúde, educação, transportes, educação - visando a otimização da utilização da força de trabalho na produção e a preservação de sua capacidade de consumo.

Os reflexos desta postura dos Estados se fizeram sentir em todas as áreas. Na da saúde e, em particular, no que respeita à terapia ocupacional, o neo-intervencionismo gerou um maior nível de consolidação das novas especialidades, agora reconhecidas, endossadas e incentivadas a demarcar seus campos de atuação profissional: era desejável estimular uma certa autonomia que, ao mesmo tempo em que outorgasse e legitimasse ações específicas, possibilitasse também o surgimento do grau 'justo' de corporativismo - nem tão forte que alavancasse a ação sindical, nem tão fraco que não impedisse ou atrapalhasse a união de todos os trabalhadores, para além dos seus interesses particulares, muitas vezes autênticos. Em fins da década de 40 esse processo culminou com o estabelecimento de diplomas legais de reconhecimento de várias profissões da saúde. O perfil do profissional precisava ser, em conseqüência, detalhado. Após três décadas cristalizou-se, na terapia ocupacional, a mudança do eixo 'vocacional', 'missionário', para o 'técnico', 'científico'[7] Com a ajuda da psicanálise, da psicologia, da neurologia e das técnicas médicas em geral, foi possível dar àquele perfil um verniz que permitiu ao profissional desempenhar com mais credibilidade e, ao mesmo tempo, com menos contestação ideológica, seu papel de "funcionário do consenso" (Gramsci, 1988).

Simultaneamente à ocorrência desses fatos no primeiro mundo, as décadas de 30 e 40, no Brasil, marcaram o fim da hegemonia agro-exportadora e a expansão do capitalismo de base industrial.

---

[7]*Nos Estados Unidos foi realizado em 1939 o primeiro exame formal para registro de terapeutas ocupacionais. A profissão havia sido regulamentada em 1931, em 1945 havia 18 escolas credenciadas segundo os parâmetros 'científicos' exigidos (Hopkins, 1984). Além da consolidação devidamente confirmada no âmbito jurídico, regulada por órgãos fiscalizadores, buscava-se a confirmação 'técnica': "Na década de 50 houve um crescimento do desenvolvimento das técnicas de reabilitação(...) iniciando um movimento para tornar a terapia ocupacional uma ciência mais exata"(Hopkins, 1984:36). "O paradigma da ocupação funcionou com êxito através das décadas de 20 e 30; contudo, crescente tensão entre ele e uma perspectiva corrente, assinala as décadas de 40 e 50 como um período de crise na terapia ocupacional. A profissão sofreu pressão por parte da medicina para seguir seu caminho dentro de um modo de pensamento e ação denominado reducionismo" (Burke & Kielhofner, 1977, tradução de Ferrari, 1985, p. 15).*

Já nas décadas de 40 e 50, o capital internacional, na plenitude de sua fase monopolista, estava em grande expansão. Tendo perdido importantes mercados com a Segunda Guerra Mundial, em particular com a extensão das zonas não capitalistas, procurava então ganhos compensatórios, através da intensificação da divisão internacional do trabalho nos países já industrializados e com o início da industrialização no Terceiro Mundo.

Nessa época, marcada portanto pela invasão do mercado nacional pelo capital monopolista, passou o Estado brasileiro a ter atuação crescente, seja nas áreas sociais, seja na definição de políticas científicas e tecnológicas (Morel, 1979). Não se podem perder de vista dois fatos: o modelo político-econômico de dominação vigente, claramente populista e os interesses cada vez maiores do capital nas áreas sociais, em especial na da saúde, promissora de grandes lucros.

Quanto à inserção e ao papel da terapia ocupacional, no caso brasileiro, no que se refere às áreas de intervenção do Estado capitalista na esfera social, há alguns aspectos relativos à atuação dos respectivos profissionais que gostaríamos de comentar.

O primeiro é o da otimização da utilização da força de trabalho na produção - este objetivo certamente é compatível com a fase de expansão econômica do capital internacional e seu correspondente capital associado brasileiro (cf. Capítulo 2).

O segundo refere-se à redução da massa salarial dos trabalhadores em saúde como um todo, incorporando-se mesmo parte dos profissionais terapeutas ocupacionais ao exército de reserva das camadas médias.

Quanto à preservação da capacidade de consumo do trabalhador e da população em geral, a atuação se deu, dentro da política geral do Estado na área da saúde, de duas formas: de uma parte, as práticas oficiais, basicamente curativas/readaptativas, eram extremamente afinadas com a expansão mundial dos mercados das indústrias de medicamentos; de outra parte, essas práticas, ao criar um estado médio de saúde bastante precário, embora suficiente para o consumo daquelas mercadorias necessárias à reprodução da força de trabalho, eram pragmaticamente adequadas à preservação da capacidade total de consumo da população.

O conceito do "valor" necessário à reprodução da força de trabalho é duplo: há um elemento puramente fisiológico e outro moral-histórico. Este último é função das 'necessidades' dos trabalhadores, formadas no nível específico da civilização e a partir de uma dada correlação de forças entre as classes sociais; 'necessidades' essas reconhecidas socialmente como integrantes de um padrão 'normal' de vida, num dado momento histórico da sociedade. No Brasil esse padrão histórico tem sido prolongadamente rebaixado, juntamente com os salários reais, a partir da década de 40, em conformidade com a implantação progressiva do modelo econômico em vigor. O nível de saúde (e de educação, habitação, transporte,...) a ele respectivo é, portanto, bastante deficiente do ponto de vista geral; assim é que o acesso das camadas populares às atividades profissionais dos terapeutas ocupacionais é igualmente deficiente.

O papel ideológico que o Estado brasileiro tem reservado à terapia ocupacional, durante as últimas três décadas, tem reforçado dois aspectos fundamentais e indissociáveis: o assistencialismo, que busca emprestar à dominação imposta pelas elites à população em geral - em especial aos marginalizados - um rosto mais democrático e humanitário; e o controle, que, utilizando critérios pretensamente científicos, impôs a medicalização generalizada dos mais carentes, enquadrando-os por seus 'sintomas' clínicos, por suas 'deficiências' ou então pelos 'delitos sociais' cometidos, travestindo assim a verdadeira problemática social de fundo (Soares, 1991).

Em nosso país, a atuação dos profissionais da terapia ocupacional fora do setor público tem sido fortemente limitada, sendo restrita a dois eixos: ao atendimento comercial às camadas mais abastadas e às entidades sem fins lucrativos, via de regra filantrópicas, onde é usual o caráter assistencialista e onde em geral se torna mais um "trabalhador do consenso".

Por outro lado, a partir do final da década de 80 e da iniciativa de vários governos municipais comprometidos com a implantação do SUS e da assistência à saúde de enquanto um direito de cidadania, várias experiências têm contado com a participação de terapeutas ocupacionais (Medeiros, 1994; Barros et. al., 1995; Lima, 1997; Nascimento, 1997).

4.2 Perspectivas da terapia ocupacional no cenário internacional

Passamos a dar algumas referências com relação a desdobramentos profissionais em terapia ocupacional nos últimos anos.

Na maioria dos países centrais, em especial a partir da década de 80, o refluxo da economia capitalista, de âmbito mundial, gerou, em maior ou menor grau, a reversão da amplitude de políticas de bem-estar social, a racionalização de gastos na esfera pública e a abertura cada vez mais forte de espaços de privatização, o que causou impacto substancial na área de saúde, com reflexos na atuação e nos mercados de todas as profissões correlatas, inclusive terapia ocupacional.

Na Inglaterra, a partir dos anos 80, com a eleição de governos conservadores (que permaneceram no poder até muito recentemente), ocorreu uma crescente privatização de serviços públicos, com redução de gastos em saúde, particularmente, enquanto que esse mercado se abria cada vez mais à iniciativa particular (cf. Capítulo 3).

As conseqüências dessas mudanças para a profissão de terapia ocupacional foram diversas e por vezes paradoxais. A contínua redução de internações hospitalares, em certa medida resultado das políticas governamentais de enxugamento dos gastos públicos na área, veio acompanhada da necessidade da ampliação da oferta de serviços comunitários, aumentando, especificamente, a procura pelo trabalho dos terapeutas ocupacionais, profissão que vem se expandindo rapidamente, com a demanda excedendo de longe a oferta e com baixa taxa de evasão. Aparentemente, não existem suficientes terapeutas ocupacionais para suprir as necessidades atuais e as futuras; há hoje evidência estatística de que os serviços sociais e de saúde dependem da especialidade destes para maximizar a independência, a competência e conseqüente inserção social daqueles que precisam de sua ajuda (Young & Quinn, 1992).

Ao mesmo tempo, exatamente esse sucesso relativo, que convive, no novo cenário, com severas limitações orçamentárias, tem implicado tentativa de suprir esses requisitados serviços por outras e mais baratas vias, como relatado por um documento de análise do papel da terapia ocupacional na Grã-Bretanha, elaborado em 1989 por comissão constituída pelo College of Occupational Therapists, e

intitulado “Terapia ocupacional: uma profissão emergente na atenção à saúde”. Segundo o documento, tem havido tentativas de criar uma pseudo-terapia ocupacional, a ser praticada por outros grupos profissionais ou por auxiliares técnicos sem qualificação para tal; existiriam mesmo possibilidades do fim da identidade separada das várias profissões no campo geral da reabilitação, com a criação de uma única profissão, com várias especialidades, desenvolvidas apenas após treino inicial comum (Blom-Cooper, 1989, apud Young & Quinn, 1992). Nessa mesma publicação, a comissão aponta também que a consolidação e a manutenção da identidade e autonomia profissionais do terapeuta ocupacional dependem da superação de vários problemas, entre os quais destaca a posição fortemente dominante dos médicos nos serviços de saúde e a estereotipação da profissão, como de baixo ‘status’ profissional, a partir de preconceitos vinculados à composição predominantemente feminina dos terapeutas - ambas as questões de origem bastante antiga, como vimos acima.

Por outro lado, o crescimento rápido da prática privada em terapia ocupacional na Grã-Bretanha nos últimos anos tem tido profundas implicações na profissão, como observa e detalha Cossar (1992): no setor público, à luz dos recursos decrescentes, tem havido um cuidadoso re-exame dos serviços providos, em termos da razão custo-benefício. Com a racionalização dos serviços fornecidos, os tratamentos que não têm demonstrado ser efetivos tendem a não sobreviver; muitos dos trabalhos na área de saúde mental parecem cair nesta categoria. Exemplo de serviços que, se imagina, ‘sobreviverão’ à racionalização incluem as ‘ajudas e adaptações’, que de forma claramente visível propiciam, com a assessoria devida, a possibilidade de alcançar os objetivos e metas do tratamento, usualmente obtendo melhorias mensuráveis das habilidades funcionais dos pacientes. O trabalho dos terapeutas no setor privado segue trilha análoga, em que a racionalização e a eficácia do serviço são as marcas dominantes necessárias à competição no mercado. Quanto à distribuição de terapeutas ocupacionais no setor privado, por tipo de inserção no mercado de trabalho, tem havido um crescimento extraordinário dos autônomos em relação ao demais tipos (trabalho em estabelecimentos privados, consultoria, etc.) - em 1990, 75% dos terapeutas eram autônomos.

Na Austrália vem ocorrendo igualmente, nos últimos anos, o mesmo fenômeno que na Inglaterra. A oferta de terapeutas ocupacionais é bastante inferior à demanda atual e à antecipada para o futuro, não obstante o aumento considerável de estudantes matriculados (Allen & Graham, 1990). Este artigo considera ainda que, sendo a profissão, também na Austrália, essencialmente exercida por mulheres, há duas variáveis importantes que contribuem para a falta de profissionais no mercado: a pequena oferta de empregos em tempo parcial e a carência pronunciada de creches.

Na Suécia, a trajetória da terapia ocupacional é recente, datando do pós-Segunda Guerra Mundial; a transformação da profissão em 'de nível superior' data de 1977 (Henriksson, 1994). O número de terapeutas ocupacionais cresceu extraordinariamente nas últimas décadas, de cerca de 200, nos anos 60, para aproximadamente 6.000 em 1994. A publicação referida menciona igualmente que a maioria dos terapeutas - até hoje envolvida em serviços hospitalares, tratando pacientes com diagnósticos médicos, no futuro estará lidando com trabalho em equipes comunitárias; a importância conferida ao contexto social, à ética e ao respeito ao indivíduo, em um novo cenário de dificuldades econômicas contrasta com o discurso pragmático-eficientista comum em outros países e certamente reflete a tradição social-democrata sueca:

> *"As questões éticas de nossa profissão tornam-se progressivamente mais importantes, à medida que os recursos escasseiam. A falta de recursos traz às vezes conseqüências negativas para grandes grupos de pacientes. Nós sabemos que há pacientes que poderíamos ajudar, desde que tivéssemos recursos suficientes. Nós precisamos vocalizar nossas preocupações, levar nossas opiniões para a comunidade, os políticos e as instituições que têm a responsabilidade e o poder de tomar as necessárias decisões." (Henriksson, 1994, p. 165)*

A terapia ocupacional no Canadá tem uma longa história, que data do início deste século. Damos a seguir algumas indicações sobre seu desenvolvimento específico, face à importância relativa da profissão nesse país e considerado o fato de que os dados anteriores referem-se mais aos Estados Unidos.

Um relato dessas primeiras experiências pode ser encontrado em Burnette:

> *"Da terapia ocupacional em hospitais militares não é preciso falar. A expansão no pós-guerra tem sido de grande amplitude e variado caráter. [Os terapeutas ocupacionais] trabalham agora em hospitais gerais, sanatórios, lares para*

> *incuráveis - isso entre os pacientes confinados - e em 'workshops' para epilépticos e com clientes privados." (Burnette, 1922, apud Canadian Journal of Occupational Therapy, 1986, p. 6)*

Já nesse artigo, avalia-se que o trabalho vai bem com os mutilados e/ou incapacitados de guerra e com os idosos, enquanto que o valor da terapia ocupacional entre os insanos "está por ser provado, através de avaliações quantitativas ou mesmo qualitativas" (Burnette, 1922, apud Canadian Journal of Occupational Therapy, 1986, p. 8).

Entre os anos 20 e os anos 60 a profissão fez pouco para a promoção da saúde como um todo, concentrando-se exclusivamente em abordagem curativa e abandonando a filosofia de saúde preventiva (Finlayson & Edwards, 1995).

Nos anos 60 e 70 iniciou-se a discussão sobre a necessidade de que os terapeutas ocupacionais assumissem um papel mais ativo na comunidade, preocupando-se também com questões preventivas, buscando não só a reabilitação como a prevenção e a manutenção da saúde (Finlayson & Edwards, 1995). Finn (1972, apud Finlayson & Edwards, 1995) apontava para a urgência de que os terapeutas tivessem uma formação mais crítica e geral, o que deveria incluir conhecimentos sobre temas políticos, sociais, econômicos e sua aplicação ao contexto comunitário, de forma a alargar seu horizonte, tornando-os promotores de saúde.

Nos anos 90 os desafios presentes no Canadá não são diferentes dos enfrentados em outros países. O custo da provisão financeira do sistema de cuidado à doença já havia esgotado, no início da década, os recursos dos governos federal e das províncias, prevendo-se uma escalada de custos do atual sistema que extrapolaria os recursos fiscais existentes (Carswell-Opzoomer, 1990, apud Finlayson & Edwards, 1995). Portanto, tem havido também no Canadá, inclusive por razões econômicas, um deslocamento na direção da desinstitucionalização, com crescente ênfase nos serviços comunitários (Townsend, 1988). Contudo, dada a estrutura essencialmente pública da atenção à saúde nesse país, como descrevemos anteriormente, a maioria absoluta dos serviços comunitários é oferecido através de programas de cuidados domiciliares oferecidos pelas 'Províncias' e bancados por fundos públicos (Townsend, 1988). Em 1987 havia 189 serviços comunitários de

terapia ocupacional, regularmente distribuídos por todo o país em números que, de uma forma geral, refletiam a distribuição populacional. Também funcionavam, com suporte governamental, serviços de apoio domiciliar para crianças e idosos, clínicas de saúde mental, a "Arthritis Society", a "Association for Community Living", a "Canadian National Institute for the Blind", a "Canadian Mental Health Association", programas subvencionados de trabalho e outros. No Canadá, atualmente, profissionais que oferecem serviços privados raramente recebem pagamento direto por esses serviços, que em geral são contratados, enquanto apoio à saúde de caráter domiciliar, por programas com recursos oriundos da "Província" (Townsend, 1988).

A trajetória da profissão da terapia ocupacional nos Estados Unidos já foi tocada mais proximamente no texto precedente. Uma rápida retrospectiva pode ser encontrada em Mocellin (1992); o mesmo artigo, parte 2, traça desdobramentos mais recentes, defendendo a posição de que, do ponto de vista paradigmático (como discutido por Kuhn), a terapia ocupacional experimenta um período de mudança, em que o conceito de "competência" substitui o de "ocupação", como direção e núcleo central da terapia ocupacional. Ou seja, a profissão se basearia na 'competência' e na construção desta, sendo todo modelo, teoria, processo ou método usado pelos terapeutas ocupacionais subserviente a esse princípio. Portanto, alcançar a 'competência' poderia ser facilitado pelo uso do modelo de ocupação humana ou de modelos neurofisiológicos ou psicossociais, ou por outras teorias e técnicas, combinadas com atividades selecionadas de um amplo espectro e limitadas apenas pela imaginação do terapeuta, suas habilidades e conhecimentos específicos e pelas necessidades e prioridades dos pacientes.

Por trás de análises como essa, que aponta para eventuais mudanças qualitativas no próprio enfoque da profissão, parece estar um redirecionamento nas políticas de saúde nos Estados Unidos em anos recentes. Da segunda metade dos anos 70 em diante foi introduzida uma outra direção política, focalizada no controle dos crescentes custos dos cuidados à saúde e na definição e medida da qualidade desses cuidados, objeto de emendas na legislação sobre 'Medicare' e 'Medicaid' nos anos 80, como por exemplo, o 'Omnibus Budget Reconciliation Act de 1981', que reduziu gastos federais em serviços de saúde em 25%. A entrada nos anos 90 foi

acompanhada de uma continuada política de restrição de recursos na área, como meta política, mas cujo eixo tem sido a utilização do parâmetro 'qualidade' como guia para o correspondente corte de recursos (Ellek, 1990).

Nesse novo cenário, portanto, tem aumentado a pressão para que os terapeutas ocupacionais enfatizem os pontos mais visíveis, pragmáticos e 'mensuráveis' de seu trabalho, o que é mais possível de ser demonstrado naqueles aspectos que se referem a um aumento ou melhoria comprováveis da 'competência', independência e inserção que conseguem obter de seus pacientes. Há portanto indicações de uma inter-relação entre mudanças no perfil de atuação desses profissionais e realinhamentos político-econômicos mais gerais, nos Estados Unidos. Holm & Rogers (1994) se reportam exatamente a essas questões, defendendo a necessidade de, no novo contexto político, definir detalhadamente os resultados passíveis de serem obtidos pelos profissionais através de seus serviços e a forma de avaliá-los qualitativamente e mesmo quantitativamente. Alguns exemplos desses conceitos e resultados, segundo as autoras, seriam os seguintes: físicos e comportamentais, tais como músculos mais fortes, a serem medidos por dinamômetros ou outros meios, ou aumento de independência no vestir-se, que poderia ser avaliada numa escala percentual, que meça o que o paciente consegue fazer; temporais, que estariam ligados à previsão (o mais acurada possível) do tempo necessário para que essas melhoras sejam obtidas; metodológicos, que envolveriam a descrição exata das intervenções dos terapeutas necessárias a produzir os resultados preconizados; e, por último, há a questão da determinação precisa do universo de pacientes aos quais essas intervenções podem ser aplicadas.

Em resumo, parece haver uma clara tendência à introdução de métodos objetivos de avaliação do que é obtido através do trabalho dos terapeutas ocupacionais; aparentemente, mais do que um 'verniz' técnico e científico, a profissão está sendo pressionada pela conjuntura atual, nos Estados Unidos, a demonstrar com rigor metodológico os benefícios que pode trazer aos pacientes, a partir de um ambiente em que primam os conceitos de 'qualidade total', 'eficácia' e outros, importados do próprio funcionamento do Estado capitalista e magnificados pela importância, a cada dia mais aguda, da subjacente lógica do correspondente processo de acumulação.

4.3 A formação profissional dos terapeutas ocupacionais no Brasil

Apresentamos a seguir histórico comentado dos debates e da trajetória legal relativos à formação dos terapeutas ocupacionais em nosso país, cujo conhecimento é essencial à temática deste trabalho.

Repete-se aqui aquele eixo inicial predominantemente voltado para o 'vocacional' e o 'missionário', relegados a um segundo plano aspectos 'técnicos' e/ou 'científicos'. Data da década de 50 o processo que seria a gênese do surgimento de diversos novos profissionais da saúde, incluída aí a terapia ocupacional. Portanto, com algumas décadas de atraso em relação aos países centrais da economia ocidental, iniciam-se no país cursos visando a formação profissional de fisioterapeutas[8]e terapeutas ocupacionais, definidos então, coerentemente com o exposto acima, como exercendo 'funções intermediárias' (Brasil, 1974), assim entendidas em contraposição a 'funções de nível superior', visando o trabalho na área de reabilitação.

Assim é que, ainda em 1963, o Conselho Federal de Educação (CFE), através do Parecer nº.388/63, homologado pela Portaria nº.511/64 do Ministério de Educação e Cultura (MEC), justificava que as matérias básicas para a formação daqueles técnicos deveriam ser "resumidas ao indispensável, à compreensão e boa execução dos atos terapêuticos que os diplomados seriam chamados a praticar" (Brasil, 1974, p. 205), fixando um currículo mínimo[9]para cujo cumprimento estabeleceu-se uma carga horária mínima de 2160 horas, a serem integralizadas em três anos letivos.

Segue-se a esses eventos longo período em que se consolida progressivamente um viés 'técnico', 'científico', apoiado, de um lado, em um verniz humanístico (psicanálise, psicologia, sociologia, etc.) e, de outro, um embasamento,

---

3 *As profissões: fisioterapia e terapia ocupacional, têm tido trajetória comum no Brasil, desde 1956 quando esses profissionais passaram a ser formados. Os currículos mínimos dos cursos foram definidos conjuntamente, assim como os Conselhos Profissionais e o Sindicato são os mesmos para ambas as categorias. Em várias escolas os departamento são, igualmente, comuns. Começamos a assistir, a partir de meados dos anos 90, algumas modificações nesse quadro.*

[9]*Fixava o seguinte currículo mínimo para os cursos de fisioterapia e terapia ocupacional: "a. Matérias comuns: Fundamentos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Ética e História da Reabilitação e Administração Aplicada; b. Matérias específicas do curso de Fisioterapia: Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada; c.*

embora vago e frágil, nas técnicas médicas e ciências biológicas em geral (Lopes, 1991).

Esse rumo é bastante similar ao que tomou a profissão nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra. A semelhança do caso brasileiro é facilmente compreensível à luz da conjuntura política econômica já descrita. Há, igualmente, um deslocamento do eixo anterior do trabalho na área social: a importância da 'sutil imposição do consenso' cede espaço à necessidade maior de compatibilizar as políticas públicas, em todas as áreas, à arrancada para o desenvolvimento, defendida por governos que pretendiam integrar o Brasil à modernidade econômica, tecnológica e científica internacionais, com conseqüentes reflexos nas áreas sociais e, em particular, na da saúde, em que a incorporação desses novos elementos passou a fazer parte do discurso e das propostas oficiais para as profissões emergentes, que, como no caso dos países de primeiro mundo, buscavam também lutar por sua legitimação e pela ampliação de espaços de atuação e, inclusive, pela transformação da profissão em de 'nível superior'. É em função disso que se chega, em 1969, a um marco documental importante da fisioterapia e terapia ocupacional, com sua regulamentação, enquanto de 'nível superior', através do Decreto-Lei nº.938 (Lopes, 1991).

A partir dessa época, o processo de profissionalização dos terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas passa pela luta pela criação de Conselhos Profissionais, de cunho governamental, que assumissem a função de regulamentação e fiscalização do exercício profissional, que culminou com a efetiva instauração, em 1978, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO - e, subseqüentemente, de Conselhos Regionais.

Outra referência fundamental diz respeito ao processo de discussão decorrente das definições contidas no mencionado currículo mínimo e de sua implementação prática, resultante, em sua essência, de lutas corporativas travadas pela categoria dos profissionais formados pelas muitas escolas criadas na década de 70, em prol da consolidação da terapia ocupacional e fisioterapia como 'de nível superior' - 'status' esse ainda sob certo questionamento, no período (Lopes, 1990; Soares, 1991).

Matérias específicas do curso de Terapia Ocupacional: Terapia Ocupacional Geral e Terapia Ocupacional Aplicada"(Brasil, 1974, p. 205).

Esse processo foi basicamente deflagrado, a partir de 1979, pela Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), pela Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil (ATOB) e pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), culminando, quatro anos mais tarde, com o estabelecimento de novo currículo mínimo para os respectivos cursos (Lopes, 1991).

As principais críticas que essas entidades faziam ao currículo de 1963 eram as seguintes:

- que fixar currículo único para profissões distintas resultava em prejuízo para ambas, ao impedir a necessária formação diferenciada, e retardava a afirmação da identidade de cada qual;
- que havia um descompasso entre o ensino proposto - que datava de época em que terapia ocupacional e fisioterapia tinham caráter técnico - e a realidade da saúde e das profissões no país;
- que as denominações das disciplinas profissionalizantes eram vagas e davam espaço para interpretações subjetivas, descaracterizando a formação acadêmica;
- que eram negligenciados aspectos fundamentais do conhecimento, no campo humanístico e de cultura geral;
- que não eram exigidas matérias consideradas básicas, do ponto de vista técnico e científico;
- que não incluía a prática terapêutica supervisionada;
- que a orientação proposta visava somente a fase terciária de atenção à saúde, não proporcionando formação ampla, necessária à atuação como agente de saúde;
- que a não explicitação de normas gerais para o desenvolvimento do processo educacional nem de condições mínimas de infra-estrutura para o funcionamento dos cursos (bibliotecas, laboratórios, equipamentos especializados, etc.) implicava, em potencial, baixo nível de ensino e abertura de novos cursos sem as necessárias condições mínimas;
- que, em conseqüência, geravam-se formandos unifacetados, orientados apenas para o prisma da reabilitação, o que resultava no não reconhecimento de sua autonomia profissional e de seu poder de decisão em áreas de sua exclusiva competência (Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG, 1986).

A análise desses comentários revela um misto de preocupações legítimas com a qualidade do ensino - garantia de condições de infra-estrutura, anseios de uma certa redenção técnico-científica (em consonância com os paradigmas mais gerais do desenvolvimento das profissionais no Brasil e no mundo), reivindicações de caráter corporativo, relativas a questões ligadas à disputa do mercado pelos profissionais, mas, também, observações de caráter progressista, tanto no tocante à necessidade de uma formação humanística e geral que permitisse uma atuação mais crítica de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, como de um currículo mais voltado a ações para a promoção da saúde como um todo - e não apenas a reabilitação. Em outras palavras, o discurso das entidades engloba, como não poderia deixar de ser, argumentos que refletem a disputa dos profissionais por inserção no mercado de trabalho capitalista e, ao mesmo tempo, espelham o processo de abertura democrática que vivia o país, as demandas por uma sociedade mais justa, com a construção da cidadania e do acesso igualitário aos direitos.

A caracterização então feita do "Perfil do Terapeuta Ocupacional" (e, analogamente, do "Perfil do Fisioterapeuta") por aquelas entidades reforça os comentários acima:

> *"O terapeuta ocupacional é um profissional da área de saúde responsável pela prevenção, cura e reabilitação de disfunção de origem física, mental, social ou do desenvolvimento, através do uso específico, em diferentes situações, de atividades expressivas, lúdicas, artesanais, profissionais e de auto-manutenção, previamente analisadas e avaliadas sob os aspectos anátomo-fisiológico, cinesiológico, psicológico, social, cultural e econômico. A terapia ocupacional, através de seu trabalho, objetiva promover e manter a saúde, restaurar e/ou reforçar capacidades funcionais, facilitar a aprendizagem de funções essenciais e desenvolver habilidades adaptativas visando auxiliar o indivíduo a atingir o grau máximo possível de autonomia no ambiente social, doméstico, de trabalho e de lazer, tornando-o produtivo na vida de relação. Assim, para alcançar seus propósitos, o terapeuta ocupacional necessita avaliar o paciente na disfunção específica, correlacionando-a à totalidade de suas relações com o mundo, estabelecer os objetivos terapêuticos, selecionar métodos, técnicas e recursos apropriados ao tratamento, desenvolver e reavaliar sistematicamente o programa estabelecido, tendo sempre como valor e referência básica para o seu trabalho o respeito à condição humana daquele que está sob seus cuidados. Compete-lhe ainda criar, estimular e desenvolver condição e/ou situações que favoreçam o desencadeamento do processo terapêutico. Em terapia ocupacional esse processo se dá, essencialmente, através da inter-relação do paciente com o terapeuta, a atividade e/ou o grupo, sendo que nessa dinâmica, assume papel fundamental a pessoa do terapeuta, como um dos elementos facilitadores e integradores do processo. O terapeuta ocupacional, sempre que necessário, trabalha em estreita cooperação com outros profissionais e atua ainda nas áreas*

> *científica, educacional e administrativa, nesta última dirigindo, supervisionando e orientando serviços próprios em instituições públicas ou privadas, educacionais e assistenciais." (Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG, 1986, p. 4-5)*

A partir dessa perspectiva e considerados os padrões internacionais preconizados pela Federação Mundial de Terapia Ocupacional (WFTO, 1993), no caso específico da terapia ocupacional, a ABF e a ATOB, através de suas respectivas Comissões de Ensino, aglutinaram diferentes entidades científicas, profissionais e culturais, bem como escolas do país que ministravam o ensino de graduação nessas áreas, em torno da necessidade de efetivação de estudos que pudessem subsidiar debates a respeito de uma possível modificação dos currículos mínimos desses cursos (Lopes, 1990).

Dessas discussões emergiram posições próximas às defendidas inicialmente pelas entidades: o trabalho dos profissionais deveria enfocar as três fases de atenção à saúde - prevenção, cura e reabilitação; os novos currículos deveriam prover condições de existência e credibilidade para a profissão (Lopes, 1991), o que em certa medida, como já observamos, correspondia também aos interesses do Estado. Para além disso, contudo, as conclusões extravasaram os limites das lutas puramente corporativas, ingressando no domínio político-ideológico.

Com base nas considerações resultantes desse processo, a ABF e a ATOB elaboraram e encaminharam ao MEC, através do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, as novas propostas de currículo mínimo para a formação de profissionais dessas áreas (Lopes, 1990).

O desfecho possível desse episódio - que atendia simultaneamente, ainda que não de forma completa, aos interesses corporativos, e, de certa forma, também aos do Estado - deu-se com a aprovação do Parecer nº.622/82 do CFE, a 3 de dezembro de 1982, a partir do qual foram fixados, pela Resolução nº.4/83 do mesmo órgão, de 28 de fevereiro de 1983, os novos currículos mínimos dos cursos. Esse Parecer define o terapeuta ocupacional como:

> *"o profissional da equipe de saúde que faz uso específico de atividades expressivas, lúdicas, artísticas, vocacionais, artesanais e de auto-manutenção. Avalia, previne e trata indivíduos que, por disfunção de origem física e/ou mental e/ou social e/ou de desenvolvimento, apresentam alterações de suas funções, com o objetivo de promoção da saúde e da qualidade de vida. Avalia as*

> *alterações apresentadas pelo paciente nas relações interpessoais, de trabalho e de lazer decorrentes de sua disfunção específica. Cria, desenvolve e acompanha o programa terapêutico, selecionando métodos, técnicas e recursos apropriados." (Brasil, 1982, p. 2)*

Justificando a necessidade de alteração do currículo mínimo, ainda a partir dos perfis profissionais definidos, considera o mesmo Parecer:

> *"Trata-se, portanto, de profissionais com atividades complexas, que necessitam de boa formação para bem poder desempenhá-las. O currículo vigente, extremamente sintético, não garante o mínimo de conhecimentos necessários para a formação de um bom profissional." (Brasil, 1982, p. 2)* [10]

Previu-se ainda que o novo currículo mínimo dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional deveria perfazer 3240 horas, ministradas num período mínimo de quatro anos e máximo de oito anos, sendo 20% desse tempo gasto no ciclo I, 20% no ciclo II, 40% no ciclo III e 20% no ciclo IV (Brasil, 1982).

Ainda segundo o documento do MEC, são os seguintes os objetivos educacionais para cada um dos ciclos previstos:

Ciclo I: "fornecer ao aluno os conhecimento fundamentais sobre a constituição, a estrutura e o funcionamento do organismo humano, assim como sobre as alterações que nele podem processar-se, dando ênfase especial àqueles aspectos que irão encontrar em sua futura prática profissional, relacionados aos sistemas músculo-esquelético, nervoso, cárdio-respiratório, endócrino e metabólico";

---

5 *O novo currículo mínimo fixado é o seguinte: "I- Ciclo de Matérias Biológicas: a) Biologia; b) Ciências Morfológicas, compreendendo Anatomia Humana e Histologia; c) Ciências Fisiológicas, compreendendo Bioquímica, Fisiologia e Biofísica; d) Patologia, compreendendo Patologia Geral e Patologia de Órgãos e Sistemas. II- Ciclo de Matérias de Formação Geral: a) Ciências do Comportamento, compreendendo Sociologia, Antropologia, Psicologia, Ética e Deontologia; b) Introdução à Saúde Humana, compreendendo Saúde Pública; c) Metodologia de Pesquisa Científica, incluindo Estatística. III- Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes: a) Fundamentos de Terapia Ocupacional, compreendendo História da Terapia Ocupacional, sua evolução filosófica, científica e social; b) Avaliação Funcional, compreendendo Cinesiologia, Métodos e Técnicas de Avaliação em Terapia Ocupacional; c) Metodologia de Terapia Ocupacional, compreendendo Atividades e Recursos Terapêuticos e Métodos de Instrução, Análise de Atividades Artesanais, Artísticas, Domésticas, Lúdicas, Culturais, Profissionais e Atividades da Vida Diária. IV- Ciclo de Matérias Profissionalizantes: a) Terapia Ocupacional, procurando desenvolver no aluno os conhecimentos, a habilidade e as atividades que lhe permitam exercer constantemente a profissão. Neste item inclui-se a Terapia Ocupacional supervisionada" (Brasil, 1982, p. 3-4).*

Ciclo II: “melhor compreensão do ser humano, desenvolvendo as atitudes fundamentais para o exercício profissional, tanto na saúde como na doença, além de orientar [o aluno] na metodologia científica”;

Ciclo III: “orientar o aluno para o ciclo profissionalizante, desenvolvendo habilidades para analisar o movimento humano, para quantificar e qualificar os componentes das funções neuro-psico-motoras, aprofundando o conhecimento e a utilização das tecnologias terapêuticas (...) da Terapia Ocupacional”;

Ciclo IV: “procura-se desenvolver no aluno, em nível de complexidade progressivo, os conhecimentos, as habilidades e as atividades necessárias ao exercício da profissão” (Brasil, 1982, p. 5).

A análise do perfil profissional, currículo mínimo e objetivos educacionais aprovados pelo MEC aponta para o estabelecimento, por essa instituição do Estado, de um filtro estrutural, na área da formação de recursos humanos (educação), que consolida a terapia ocupacional e a fisioterapia como profissões de nível superior e lhes dá todo um conteúdo técnico-científico, conforme requerido pelas respectivas corporações - nesse momento interessa ao Estado brasileiro, face à introdução da componente de legitimação democrática, enquanto determinação funcional, responder minimamente a tais reivindicações.

Esse filtro estrutural - o currículo mínimo, ao mesmo tempo em que retira de existência cursos que não cumpram esses pré-requisitos, pouco exige em relação a uma formação mais geral que, aprofundando os conhecimentos humanísticos e desenvolvendo a capacidade de crítica dos novos formandos, possa provê-los de formas de pensamento que lhes permitam integrar, em seu futuro trabalho, aspectos técnicos e políticos.

Se as questões encampadas pelo MEC eram o próprio cerne das reivindicações das entidades corporativas, é também verdade que as demais, deixadas à margem pelo governo, estavam, em certa medida, presentes na proposta original dessas entidades, dentro de um contexto de abertura política e de redemocratização do Brasil, a partir de uma proposta de formação de recursos humanos que levava em conta que, para o resgate do direito à saúde e para a conquista da cidadania para todos os brasileiros, era imprescindível ir além da

satisfação dos simples mecanismos de mercado e da produção de técnicos alienados em relação ao significado global de seu trabalho.

Portanto, do ponto de vista daqueles que, a partir de suas associações de classe, lutaram para que a batalha pelo currículo mínimo produzisse filtro mais poderoso, da ótica do campo democrático e popular, determinando uma formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais mais ampla, tiveram frustradas, nesse aspecto, suas expectativas. Aqui, porém, é fundamental relativisar este fato, enfatizando que, se o filtro currículo mínimo *não obrigava* os novos profissionais a terem aquela formação mais geral, por outro lado *não retirava esta possibilidade de existência*, posto que cada Instituição de Ensino Superior (IES) poderia propor seu próprio currículo pleno e nele incluir outras disciplinas julgadas necessárias. Em outras palavras, os novos limites dos espaços definidos pelas seletividades das instituições políticas do Estado não determinam um único ponto de operação; é portanto a correlação entre as diversas forças operantes que, no caso específico, resultará na implementação de currículos plenos mais ou menos restritivos.

Fazemos aqui uma digressão, para mencionar que analisamos (Lopes, 1991) uma proposta de linhas alternativas de perfil de atuação e de formação profissional do terapeuta ocupacional, que aponta para a reversão da compartimentalização ideológica do saber e da ação, da separação entre o conhecimento técnico e análise política e para a necessidade de se caminhar em direção a uma concepção unitária de educação. Naquele trabalho apresentamos em detalhes o histórico e o currículo do curso de terapia ocupacional da USP, este aprovado em 1984 (e também seus objetivos educacionais), que, para além do currículo mínimo do MEC, mencionava explicitamente a necessidade de "dar ao aluno condições de desenvolver seu espírito crítico e de [através de órgãos colegiados e fóruns de debate] estimular sua participação nas decisões sobre o curso", entre outras questões (Lopes, 1991, p. 92). Observe-se que não só o currículo pleno da USP, como o cursado pela maioria dos terapeutas ocupacionais cujo trabalho na Prefeitura de São Paulo estudaremos, ultrapassa substancialmente o currículo mínimo do MEC (Emmel, et. al.,1986; PUCCamp, 1995; Lopes & Maroto, 1996).

Retornando ao Parecer nº.622/82 do CFE, mencionemos que, em junho do mesmo ano de 1983, as três entidades - ABF, ATOB e COFFITO - envolvidas no

debate curricular realizaram um Encontro de Coordenadores dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, para avaliar os direcionamentos básicos nele contidos e as dificuldades inerentes à implantação das novas orientações em cada uma das escolas, em relação a recursos humanos disponíveis, disciplinas propostas e inclusive especificidades regionais. O documento aprovado no Encontro, apesar de afirmar que "pretendemos capacitar os futuros profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional a atuar técnica, social e politicamente, de modo que sua ação se faça sobre uma realidade e não apenas sobre problemas específicos" (Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG, 1986, p. 14), reportava-se com indisfarçável ênfase à discussão das especificidades das respectivas carreiras, visto que eram precisamente estas que não só garantiam a luta pela sobrevivência das profissões e a afirmação de suas respectivas fatias do mercado de trabalho, como também selavam definitivamente fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais como profissionais de 'nível superior'.

O Parecer nº.622/82, portanto, resultou em hábil instrumento do Estado, resolvendo com competência a situação posta pelas demandas das categorias, firmando as questões técnicas e específicas e obscurecendo as mais amplas.

A primeira análise coletiva das conseqüências da implantação do novo currículo mínimo efetivou-se em agosto de 1986, durante o I Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional, realizado em Belo Horizonte. Constatou-se, entre muitos outros pontos, que "com a implantação do Currículo Mínimo, foi possível à grande parte das escolas priorizar o ciclo profissionalizante com uma carga horária maior" (Emmel, et. al., 1986, p. 17), que era de 2400 horas, enquanto média dos ciclos específicos (pré-profissionalizante e profissionalizante), em contraposição às 1944 horas preconizadas pelo currículo mínimo; em compensação, os ciclos básicos utilizavam, também como uma média entre as diversas escolas, apenas 1100 horas, inferiores às 1296 propostas pelo currículo mínimo (Lopes, 1991). Sem entrar na discussão pormenorizada dos resultados do Encontro, observamos apenas que, na prática, reforçou-se, ao menos num primeiro momento, o peso do eixo técnico-científico, ficando em segundo plano a formação mais geral.

Recentemente, em 1996, o V Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional retomou o tema, a partir da discussão dos currículos plenos de escolas

que estavam passando, ou passaram, por reformulações curriculares. Apesar de alguns problemas comuns percebidos, em especial a difícil articulação entre conteúdos gerais e específicos, entre teoria e prática e o fato de que a carga horária de estágios supervisionados, em vários cursos, estava abaixo do previsto pela WFOT (1993), a avaliação foi que o ensino de graduação, em grande parte das escolas, vem cumprido razoavelmente os objetivos educacionais propostos em 1982 (Ciasca, 1996; Drumond, 1996; Lopes, 1996; UFPE, 1997). Uma das saídas que vêm sendo apontadas para problemas da formação do terapeuta ocupacional é a criação de cursos de pós-graduação 'strito' e 'lato' sensi (Emmel & Lancman, 1996; Barros, et. al. 1996; UFPE, 1997).

Quanto à complexa questão da formação de recursos humanos para a saúde, em todos os níveis, no Brasil, esta tem sido pautada nas últimas conferências nacionais de saúde e em especial nas I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos Para A Saúde, realizadas em 1986 e 1993, respectivamente; os problemas, contudo, continuam crônicos e os desafios, agudos (Paim, 1994). Tem sido particularmente enfatizada a necessidade de formação de recursos humanos para o SUS, o que, em termos de formação de graduação, vem esbarrando na resistência das IES em adequar seus currículos nessa perspectiva (Brasil, 1993a, 1993b; Paim, 1994). O profissional tem chegado ao mercado de trabalho com habilidades técnicas desenvolvidas na direção de um sistema de alta complexidade tecnológica, destituído, entretanto, de capacidade crítica para apreensão da realidade de saúde da população nos diferentes perfis epidemiológicos (Machado & Pieratoni, 1993). Como o terapeuta ocupacional pôde, a partir da formação que vem recebendo, responder às necessidades dos usuários dos diferentes serviços criados na assistência pública municipal, na lógica do SUS, a partir de 1989, em São Paulo é o que queremos, também, conhecer.

De uma perspectiva um pouco mais geral, a questão de qual currículo mínimo implementar, seja em terapia ocupacional, seja em outras profissões, e de qual formação de nível superior, exigir, em nosso país, está vinculada ao tipo de recursos humanos que se pretende produzir. Há grande pressão, em nível internacional - veiculada inclusive através de mecanismos de financiamento (ou não) de projetos por organismos como o Banco Mundial, de metas propostas pelo BID

(1995), etc.-, no sentido de que estes recursos humanos, nos países periféricos da economia hoje globalizada, tenham, em sua maioria (do ponto de vista do ensino de massas), competência fundamentalmente técnica, e, ainda assim, apenas restrita ao âmbito da reprodução de conhecimentos já estabelecidos, de forma a não gerar condições adequadas para a independência científico-tecnológica-econômica plena dos países em desenvolvimento, pensados, pela ótica dos países centrais, como sendo, em larga medida, reserva de mercado para si próprios. Esse discurso e, na prática, a escolha de políticas públicas internas com ele compatíveis, tem sido em boa parte endossado pelo Estado brasileiro que, ao definir diretrizes para o ensino superior - inclusive via dispositivos recentemente aprovados, de nível infra-constitucional, como a LDB, em que se elimina a exigência de definição de currículos mínimos (Brasil, 1997) -, prevê, em nome da necessidade de diversificação dos cursos a serem oferecidos, em função de pretensas exigências mercadológicas, patamares básicos de qualidade bastante baixos, abrindo espaço ao ensino particular e à privatização progressiva do público.

Não obstante, embora a posição oficial, ao legitimar e referendar esse rebaixamento, estabeleça condições estruturais adequadas 'à nova ordem mundial' - do ângulo de visão das elites internacionais, os filtros produzidos não eliminam, como já comentamos, a possibilidade de existência e de sucesso, desde que garantida correlação de forças que o favoreça, de um sistema de ensino superior que contemple uma formação mais ampla, pela via da construção de currículos plenos que preparem os estudantes para a defesa de sua cidadania e da dos demais brasileiros e que possa dotá-los de conhecimento, capacidade crítica e habilidade para integrar o técnico, o político e o ético. No que concerne à terapia ocupacional, em particular, o embate entre essas duas concepções continua, tanto no nível teórico como no prático - há que se reconhecer que, nas últimas décadas, os avanços que acima descrevemos, embora corporativos e insuficientes, foram significativos e, ao menos, apontaram para a necessidade de discussão destas questões.

5. A EXPERIÊNCIA DA GESTÃO 89/92 NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: SAÚDE PARA TODOS

5.1 As inovações sócio-políticas da gestão

5.1.1 Introdução

No primeiro capítulo deste trabalho desenvolvemos abordagem sobre o Estado capitalista, construindo uma formulação teórica sobre seu caráter classista, suas relações funcionais, suas políticas sociais e a dinâmica de mudanças destas, mais particularmente as inovações sócio-políticas. Este último conceito tem papel fundamental na problemática que nos propomos a estudar. Naquele capítulo, nos referimos ao fato de que os atores dentro do aparelho estatal precisam mudar "a forma de gerar, financiar e distribuir as prestações de serviços sociais", isto é, adotar as inovações sócio-políticas, como (única) forma de "conciliar as exigências admitidas (por eles, em função de seu programa declarado de ação, apoiado majoritariamente pelo conjunto de forças que os elegeu) e as necessidades humanas já anteriormente sancionadas com os requisitos de reprodução do capital" (Capítulo 1, p. 36).

As "exigências admitidas", portanto, constituem a gênese daquelas inovações, e "os requisitos do capital" delimitam seu horizonte possível de alcance. Neste contexto duas questões prontamente se colocam: primeiro, quando uma determinada coligação partidária (ou mesmo um único partido) vence as eleições e passa a ocupar o governo, não há, via de regra, homogeneidade interna quanto àquilo que se considerava como "exigências admitidas" e muito menos quanto à forma de viabilizar sua satisfação; segundo, nem sempre estas exigências, enquanto meta a ser satisfeita, e os "requisitos do capital" são compatíveis entre si, seja em termos do que é concretamente realizável, seja na dimensão da temporalidade do próprio processo - incompatibilidade essa que, muitas vezes, está na raiz dos conflitos a ele inerentes.

Nosso estudo referencia-se, em grande parte, nas inovações sócio-políticas introduzidas pela gestão de Luiza Erundina de Souza, então do Partido dos Trabalhadores, à frente do poder executivo do município de São Paulo, entre 1989 e

1992. Por isso, no nosso caso, entender as "exigências admitidas" significa compreender o chamado "modo petista de governar" (Bittar, 1992), que, em princípio, norteou a campanha e o governo de então.

5.1.2 As 'exigências admitidas' pela gestão

Abordaremos, inicialmente, a heterogeneidade de concepções presente no Partido dos Trabalhadores (PT), a respeito do que ficou conhecido como o "modo petista de governar", e que, permeadas pelas várias disputas de poder no interior do partido, influenciaram tanto a escolha da candidata, quanto a campanha e a própria composição do governo.

O PT, em suas origens, foi (e ainda é) influenciado por diversas vertentes de pensamento e de ação política: os vários partidos de esquerda (desde o antigo Partido Comunista até inúmeros outros, cuja opção revolucionária os colocava à margem da institucionalidade); os movimentos sociais; a Igreja 'progressista'; os movimentos operários do fim da década de 70; os parlamentares comprometidos com as causas da maioria da população, etc. (Couto, 1995). Este amálgama diferenciado gerou distintas concepções e propostas de intervenção no cenário político. Descrevê-las em detalhe foge ao escopo deste trabalho[11]; no que se segue, indicamos como se refletiram no processo que resultou na vitória eleitoral e na subsequente gestão do PT.

Foram dois os pré-candidatos a prefeito de São Paulo que disputaram entre si a prévia que indicou o candidato do PT ao governo: Luiza Erundina e Plínio de Arruda Sampaio.

Erundina era politicamente mais afinada com o setor do partido que se considerava fiel às origens do PT, isto é, ao ideário predominante quando de sua criação e primeiros tempos de existência. Nessa época:

> *"Tratava-se mais de acirrar o conflito de classes mediante uma concepção estreita e rígida do antagonismo entre dominantes e dominados do que ampliar os direitos básicos de cidadania. Ou melhor: estes só interessam na medida em que servissem para despertar a consciência dos trabalhadores e construir um poder popular alternativo à ordem capitalista (...) Bebem nas fontes de um*

[11] *Importantes referências para o estudo das origens e do desenvolvimento do PT podem ser encontradas em: Azevedo, 1991; Couto, 1995; Gadotti & Pereira, 1989; Keck, 1991; Kowarick e Singer, 1994 e Meneguello, 1989.*

> *obreirismo radical, combinado com um basismo que valoriza os saberes e fazeres do povo e que, assim sendo, desqualifica outra condição que não seja a do aprendizado feito por meio da experiência do explorado e do oprimido." (Kowarick & Singer, 1994, p. 282)*

E segundo Lula, em 1982:

> *"É colocar a classe trabalhadora para mandar naquilo que é riqueza gerada pela classe trabalhadora (...) Em cada bairro seria feita uma assembléia, escolhido um Conselho Popular. Cada atitude do governo, na aprovação do orçamento ou na consecução de uma obra popular, teria de ser por consulta popular." (apud Kowarick & Singer, 1994, p. 283)*

Em outras palavras, disputar as eleições era, sobretudo, uma oportunidade para divulgar a ideologia da luta de classes, conquistando a população para a perspectiva revolucionária. Em caso de vitória, segundo essa ótica, devia-se:

> *"ressaltar a necessidade de governar **a todos** a partir de uma perspectiva de classe, em vez de governar **para todos**, de forma universalista (...) pressuposto básico do ideário revolucionário de esquerda: a ditadura do proletariado. Embora possa parecer patética a tentativa de instaurar uma ditadura de classe no plano municipal, a lógica subjacente a tal tipo de argumentação é essa mesma, e ganha sentido ao considerar-se o fato de que em inúmeras vezes os documentos partidários afirmam ser a conquista da Prefeitura uma etapa de acúmulo de forças na construção do socialismo (...) que, na perspectiva marxista-leninista, passa pela ditadura do proletariado." (Couto, 1995, p. 140, grifos no original)*

Já a candidatura de Plínio, com grande trânsito na Igreja Católica e inclusive em setores de outros partidos, representava a 'abertura' do PT a outros segmentos da sociedade, para além daqueles que o partido buscava organizar, com vistas a vencer efetivamente as eleições, ampliando também o leque de coligações partidárias. Esta trajetória, tendente a tornar o partido mais 'light', mais palatável à classe média, tinha se consolidado, enquanto escolha política do grupo dominante no PT (a 'Articulação')[12], desde 1985, com o lançamento da candidatura de Eduardo

[12]*Sobre grupos, tendências e correntes no PT: Como já dissemos, em suas origens o PT foi influenciado por diversas vertentes de pensamento e ação política. Dentre elas as tendências representam agrupamentos internos que atuam e disputam poder na organização partidária; são originárias de grupos da esquerda clandestina e portadoras da lógica revolucionária. Em 1986 foram listadas: Organização Revolucionária Marxista Democracia Socialista - DS, Partido Revolucionário Comunista - PRC, Partido Comunista Brasileiro Revolucionário - PCBR, Fração IV Internacional: O Trabalho, Movimento Revolucionário Comunista - MRC, Convergência Socialista - CS (excluída em 1992), Causa Operária (excluída em 1990) e A Esquerda. Os elementos e perspectivas originários do PT foram apreendidos de forma diferenciada por seus vários segmentos;*

Matarazzo Suplicy a prefeito e a indicação de Erundina para vice, numa tentativa de reduzir o nível de tensões internas. Plínio contava não só com o apoio da maioria da corrente majoritária como também da direção nacional do partido e de parte dos ditos 'independentes'; do lado de Erundina alinhavam-se alguns independentes e a imensa maioria de 'tendências', tais como o PPS, PRC, DS, O Trabalho, Convergência Socialista, etc. (vide nota anterior), além de setores minoritários da Articulação (Couto, 1995; Singer, 1996).

No que concerne à relação entre partido e governo, dizia o documento apresentado por Erundina, para discussão das pré-candidaturas:

> *"Considero que ao Partido compete definir, de forma ampla e democrática, o programa de governo e a plataforma eleitoral, que devem ser plenamente assumidos pelos candidatos escolhidos, tanto o majoritário como os proporcionais. (...) A administração petista deverá se orientar pela política geral e pelo programa de Governo definidos pelo Partido, que também deverá estabelecer o método e os mecanismos através dos quais se dará a relação entre a Administração e o Partido." (Luiza Erundina de Souza, 1988, apud Couto, 1995, p.108)*

E o de Plínio:

> *"Será preciso definir, com clareza, a relação do governo com o partido e as forças aliadas. Quem governa? (...) Antes de tudo é preciso assinalar que o prefeito como militante petista atuará sempre em sintonia com as decisões das instâncias partidárias, através de mecanismos de relacionamento estabelecidos conjuntamente entre o prefeito e o partido (...). A decisão será sempre, conforme o caso, do prefeito ou do Legislativo, ou seja, daquelas pessoas que foram eleitas e que têm, portanto, a legitimidade para decidir." (Plínio de Arruda Sampaio, 1988, apud Couto, 1995, p. 107-108)*

A vitória de Erundina na prévia teve duplo significado. Em primeiro lugar, representou a derrota do núcleo central do PT, integrado pela tendência Articulação,

---

os contornos dessas diferenças são demarcados pelas tendências, que atuando como organizações subpartidárias, com organicidade própria, delinearão a estrutura de conflito entre os petistas, em especial entre elas e o grupo dirigente, organizado de forma mais consolidada na corrente majoritária, a Articulação. Surgida em São Paulo, em 1983, esta corrente, representou uma tentativa dos setores hegemônicos do partido (sindicalistas, lideranças de movimentos populares e ex-militantes da esquerda clandestina) de sobrepor-se à ação das tendências de corte revolucionário (Azevedo,1991; Couto, 1995). Em 1987 parte da Articulação deu origem ao PPS (Poder Popular e Socialismo). O PRC, em 1989, dissolveu-se no PT, transformando-se na Nova Esquerda, de caráter mais moderado; mais tarde, em 1991, conjuntamente a setores do PPS e outras forças, lançam o Projeto para o Brasil que, em 1993, deu origem à DR (Democracia Radical). Os setores mais radicais remanescentes desses grupos juntaram-se em outras tendências em diferentes momentos: Tendência Marxista, Força Socialista, Vertente Socialista, Na Luta PT, Opção de Esquerda, etc.

à qual Lula pertencia (e pertence até os dias de hoje), e que havia lentamente se aproximado, entre o início dos anos 80, quando da fundação do partido, e a época a que nos reportamos, das posições mais identificadas com as concepções que Plínio defendia - e por isso o apoiara. Em segundo lugar, implicou no fortalecimento de uma concepção mais basista e revolucionária, que, em caso de vitória, viria a estreitar o leque de alianças capaz de garantir a governabilidade e a diminuir o grau de liberdade entre governo e partido. Em outras palavras, a escolha do nome de Luiza Erundina, como candidata ao governo municipal, implicava potencializar as dificuldades do futuro governo, relativamente a duas questões: o relacionamento entre este e o partido e o conflito com forças políticas de oposição, face às dificuldades de construir, a partir de uma perspectiva mais radical, um arco de aliados capaz de dar sustentação política ao executivo.

Abertas as urnas e computados os votos, configurou-se a eleição da petista para o governo do município de São Paulo. Um evento inesperado até para o próprio partido e seus militantes; um fato de imensa importância, face ao peso político envolvido.

As tarefas que o PT e a prefeita eleita tinham pela frente, até o momento da posse, eram muitas - desde a constituição do secretariado e administrações regionais até a elaboração mais objetiva de um programa de governo que detalhasse, na prática, propostas e projetos, para além de declarações genéricas de princípios (Couto, 1995; Singer, 1996).

As discussões então havidas e os documentos produzidos apontavam com clareza para as "exigências admitidas" pelo futuro governo, fruto de seus compromissos de campanha e da trajetória histórica do partido (Jacobi, 1994; Singer, 1996).

O eixo central seria a inversão de prioridades orçamentárias, em benefício das camadas populares. Ao mesmo tempo, dever-se-ia contribuir para a auto-organização da população e outras formas de representação, apoiando a formação de conselhos populares e abrindo canais de participação popular, de forma a democratizar a gestão municipal petista, que deveria se colocar, permanentemente, ao lado das reivindicações populares que dizem respeito à ação do Estado, pressionando o governo estadual e federal no sentido de atendê-las. O governo

deveria se preocupar em qualificar essa participação popular, estimulando a formação política de todo o povo, possibilitando sua inserção efetiva nos grandes debates nacionais e nas lutas por cidadania. Ao mesmo tempo, devia-se atuar no sentido de quebrar o poder dos grupos econômicos, que buscam fazer das administrações um instrumento para o acúmulo de capital (Diretório Municipal do PT - São Paulo, 1988, apud Couto, 1995).

Essas eram as principais diretrizes assentadas. Havia acordo de que não se tratava, portanto, de uma administração socialista, mas sim de colocar o poder de uma prefeitura importante como a de São Paulo a serviço das grandes massas. Empossada Erundina, estava posta a tarefa de tentar por em prática um plano de governo que concretizasse essas diretrizes.

O primeiro momento foi de choque - de impacto, causado pela realidade, pelo legado desanimador herdado do prefeito Jânio Quadros: equipamentos públicos deteriorados e ultrapassados, materiais de consumo zerados, fornecedores de bens e serviços não pagos e se recusando a continuar a prover a Prefeitura, estrutura tributária injusta e ineficiente, recursos humanos alocados e qualificados de forma incompatível com as propostas defendidas pelo novo governo (além de mal remunerados), o maior déficit orçamentário da história de São Paulo, entre outros fatores (Erundina de Souza, 1990; Kowarick e Singer, 1994; Singer, 1996).

O ano de 1989 teve que ser gasto essencialmente para 'arrumar a casa': como inverter prioridades de utilização de um orçamento inexistente, posto que comprometido pelos descalabros da administração anterior?

Por outro lado, tanto a população quanto o próprio partido nutriam expectativas muitas vezes imediatistas, isto é, esperava-se para logo os resultados defendidos pelo PT e que, no imaginário da população, adviriam quase que prontamente após a "tomada do poder" (Couto, 1995; Jacobi,1994; Singer, 1996).

Além disso, avolumavam-se as dificuldades internas do governo, devido ao aprofundamento dos conflitos entre este e o partido (especialmente sua direção). Estas dificuldades crescentes eram previsíveis e resultado de vários fatores: primeiro, das divergências anteriores entre o segmento majoritário do PT e Luíza Erundina e seus apoiadores; segundo, porque, na escolha do secretariado, administrações regionais e outras assessorias, aquele segmento não se sentiu

convenientemente representado (Couto, 1995); e, também, por que a prefeita se afastava, cada vez mais, da concepção que defendera, quando da campanha eleitoral, no que se refere à relação entre administração e partido, assumindo postura de relativa independência frente às decisões das instâncias partidárias. Esta última questão refletia um distanciamento progressivo entre os 'petistas do partido' e os 'petistas do governo'. Estes últimos tinham que lidar com 'os requisitos da reprodução do capital' (com os empresários do setor dos transportes, por exemplo); com a construção das alianças necessárias à governabilidade, inclusive na Câmara Municipal; com a concretitude das instituições políticas já construídas e a dominação de classes implícita em sua dinâmica e, portanto, com a existência estrutural dos filtros que caracterizavam determinações funcionais capitalistas intrínsecas e limitantes, em relação às propostas originais.

Como se tais dificuldades não bastassem, havia ainda duas ordens externas de problemas: em primeiro lugar, em ano de eleições para Presidente, o governo municipal sofreu forte bloqueio dos governos estadual e federal (era preciso demonstrar, a partir do exemplo da cidade de São Paulo, que votar no PT não era a opção correta); em segundo lugar, pela mesma razão, era preciso 'mostrar serviço', com vistas às mesmas eleições, com uma rapidez incompatível com o quadro que acabamos de apontar (Couto, 1995; Jacobi, 1994; Singer,1996).

Em meio a todas essas questões, as disputas ideológicas e de poder no interior do partido perpassavam não apenas as divergências entre as várias correntes como, agora, se manifestavam de forma diferenciada nos segmentos 'fora' e 'dentro' do governo: assim, os de 'fora' passaram a criticar os de 'dentro' (em muitos casos pretensamente 'mais à esquerda') naquilo que chamavam de 'administrativismo'[13], ou seja, naquilo que consideravam uma preocupação excessiva com o zelo pela

[13]*Que significava, para o Diretório Municipal do PT - São Paulo, em 1990: "política de acomodação com o poder econômico e político estabelecido na sociedade e com os interesses privados incrustados no próprio aparato burocrático. Pressupõe que é possível governar a todos a partir da perspectiva da classe dos trabalhadores, além de supor a neutralidade da máquina governamental. Esta versão superdimensiona os aspectos técnicos e jurídicos da gestão pública e secundariza os aspectos políticos que deveriam estar no centro de nossa ação. Ao mesmo tempo, produz o fechamento do debate político por parte da administração e o substitue pela busca de soluções técnicas para o equacionamento dos problemas da cidade" (apud Kowarick & Singer, 1994, p. 307-308).*

máquina (‘burguesa’), em detrimento de uma ação mais imediata no sentido do programa estipulado pelo partido[14].

O cenário que descrevemos produziu dois importantes efeitos políticos, ao longo do governo: o progressivo isolamento da prefeita, em relação ao partido (e, de forma mais aguda, em relação à direção deste) e a mudança gradual de posicionamento político, não só de Luiza Erundina como do grupo de petistas ligados à administração, que, tendo que lidar com as dificuldades reais de implementação das propostas petistas, foram forçados a assumir postura mais flexível, buscando alianças, moderando a prática e o discurso, que foi aos poucos se afastando das rígidas concepções originais e se aproximando, paradoxalmente, das defendidos pelos setores menos radicais do espectro partidário. Isto gerou um terceiro nível de isolamento, posto que os segmentos do PT que haviam sustentado a pré-candidatura Erundina se sentiam cada vez menos representados por seu governo (Couto, 1995; Jacobi, 1994; Kowaric & Singer, 1994; Singer, 1996). Pondere-se no entanto que, de outro lado, dada a própria vinculação de Erundina aos movimentos populares e à orientação política dos grupos que a apoiaram durante a gestão, seu governo manteve, com muita fidelidade, a vinculação com esses movimentos, que participaram ativamente, sem grandes contratempos, da construção e também da implementação de várias das propostas de governo - o que é verdade, especificamente, para a área da saúde, como veremos mais adiante.

Todo esse complexo de contradições, permeado pelas diferentes óticas em relação às “exigências admitidas”, às formas de como viabilizá-las, às alianças necessárias para tal, à temporalidade necessária e, sobretudo, pela superficialidade da discussão teórica existente acerca do caráter do Estado, das limitações das inovações sócio-políticas possíveis, das relações entre governo e partido, levou, a partir também das condições objetivas em que se encontrava a Prefeitura em janeiro de 1989, a um período de lenta e muitas vezes árdua construção das propostas

[14]*Couto (1995) analisa em detalhes a complexidade desse processo, que fez com que se aglutinassem nessa crítica ao ‘administrativismo’ do governo Erundina, de forma inesperada, correntes mais moderadas e tendências mais basistas e pragmáticas, pretensamente à esquerda do espectro partidário. A ‘grande’ questão em torno da qual se polarizavam os agrupamento petistas em São Paulo, na época, era estar ‘dentro’ ou ‘fora’ do governo; ou ser ‘ petista do partido’ ou ‘petista do governo’.*

inicialmente defendidas, dentro dos parâmetros de realidade dados e a partir da aceitação paradigmática das determinações funcionais do Estado capitalista.

Ao longo do tempo de governo, portanto, como mencionamos acima, a administração sofreu uma inflexão, fruto dos fatores que acabamos de descrever, em direção à substituição da "ética da convicção" - o 'principismo dogmático'- pela da "responsabilidade" (Couto, 1995, p. 177). Esta não foi acompanhada, via de regra, por câmbio eqüivalente no interior do partido, o que levou a candentes conflitos, apenas suavizados, no final da gestão, com a criação de mecanismos e instâncias de mediação entre governo e partido.

O governo tornou-se cada vez mais um *governo para todos*, inclusive e principalmente buscando resgatar a cidadania das vastas massas oprimidas e não voltado ao acirramento da luta de classes, enquanto ponto de partida, operando autoritariamente suas ações políticas a partir da ótica exclusiva dos trabalhadores; para tal, ampliaram-se as alianças políticas, relativizou-se o sectarismo do discurso e da prática. É fundamental ressaltar que, neste processo, preservaram-se e consolidaram-se, apesar de todos os percalços, duas características essenciais presentes nas propostas originais: a inversão de prioridades e a democratização da gestão.

Esse é o pano de fundo que devemos ter em mente ao analisar os desdobramentos ocorridos na área de saúde - diretrizes, propostas e a implementação de ações visando viabilizá-las, que passamos agora a descrever em sua especificidade.

5.1.3 As políticas de saúde do PT e as da gestão 89/92

A Constituição de 1988 trouxe, na área de saúde, conquistas significativas, tanto no reconhecimento oficial desta como um direito universal de todos os cidadãos e um dever do Estado, como na definição teórica de um sistema - o SUS, Sistema Único de Saúde - de descentralização das gerências e ações na área, conferindo ao município a responsabilidade de decidir e agir neste campo, a partir de diretrizes estabelecidas pelas instâncias centrais. Este repasse de responsabilidades exigiria a correspondente transferência dos recursos orçamentários e financeiros necessários à implementação de ações de atenção à saúde, de saneamento, de

fiscalização e controle dos serviços públicos e privados de saúde e de vigilância epidemiológica e sanitária.

O avanço conseguido no campo legislativo, com a adoção dos princípios acima referidos, consubstanciados na proposta de implantação do SUS, não garantiu e não garante, por si só e apesar do grau de importância de que se reveste, a concretização prática desses mesmos princípios. Isto quer dizer que, embora tenha se potencializado essa possibilidade a partir do campo jurídico-formal, sua existência concreta só pode ser viabilizada através de vontade política institucionalmente constituída (seja no executivo, seja no legislativo), isto é, eleita pelo conjunto de forças políticas partidárias do novo sistema, e da pressão e controle público permanentes dos movimentos sociais correspondentes.

Assim é que os governos do Partido dos Trabalhadores - e o de Luiza Erundina em particular, se preocuparam em propor políticas específicas visando a adoção efetiva do SUS, a partir dos municípios[15]. Nesse sentido "o modo petista de governar" aponta os seguintes eixos para a área da saúde:

> *"Entendemos que este movimento nacional [em defesa da vida e da saúde] deverá articular-se em torno de quatro diretrizes:*
> •*Implantação, em todo o território nacional, do Sistema Único de Saúde, garantindo, com qualidade, atendimento integral preventivo e de reabilitação a todos que dele quiserem fazer uso.*
> •*Democratização e humanização da gestão do Sistema Único de Saúde através da participação popular e dos trabalhadores de saúde, em todos os níveis de planejamento, alocação de recursos financeiros e execução de serviços.*
> •*Aumento efetivo do volume de recursos investidos em saúde. Deveríamos ter como meta (...) elevar para 8% do PIB os gastos com os serviços de saúde, o que implica assegurar para o SUS um volume de gasto federal de 4,5% do PIB, isto é, mais do que o dobro do que foi dispendido anualmente no custeio e em investimento na década de 80.*
> •*Resgate do caráter público dos serviços de saúde. O setor público no Brasil sempre esteve a serviço dos interesses médico-empresariais privados. Todos os recursos destinados para investimentos deveriam ser utilizados para recuperar, ampliar e manter os serviços públicos: rede de unidades, de hospitais, de centros de pesquisa e de formação no âmbito do SUS." (Bittar, 1992, p. 147)*

[15]*Como apontamos o SUS foi aprovado pela Constituição de 1988; sua regulamentação, entretanto, só vem a se dar em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde- Lei 8080/90. Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o financiamento dos serviços correspondentes, definindo parâmetros para o modelo assistencial a ser instituído e estabelecendo competências das três esferas de governo. Assim sendo, cerca de metade do período das gestões municipais de 89/92 se deu sem a regulamentação do SUS. A Lei Orgânica de São Paulo foi também promulgada em 1990.*

O mesmo texto refere-se à necessidade de definir política de recursos humanos compatível com essas metas - ao mesmo tempo em que destaca a valorização do trabalho dos servidores (através do estabelecimento de política salarial, planos de cargos e carreira). Aponta também para a contratação dos profissionais requeridos para a implantação do SUS, bem como para o contínuo aperfeiçoamento desses trabalhadores da saúde, de forma a garantir-se que sua formação e reciclagem os capacite a atuar de acordo com os princípios do novo sistema.

Quanto à *avaliação da situação da saúde no município de São Paulo em 1988* e às *políticas específicas propostas para esse município pela gestão 1989/1992*, nos referenciamos no documento "Plano Municipal de Saúde" da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) da Prefeitura do Município de São Paulo (1989b), assim como nas entrevistas que realizamos com Carlos Neder, que foi Chefe de Gabinete da Prefeita e posteriormente Secretário Municipal de Saúde e com Isamara Gouvea, Diretora de Recursos Humanos da SMS, durante a gestão.

Em relação à primeira questão - a ***avaliação***, o documento ressalta inicialmente o extraordinário desafio a ser enfrentado, tanto do ponto de vista quantitativo (em 1988, São Paulo tem quase 11.000.000 de habitantes em 1.504,4 km2, crescimento anual de 3,7% e 98% de urbanização) quanto do ponto de vista qualitativo, posto ser o município marcado por profundas desigualdades econômicas, sociais e demográficas, determinantes de padrões distintos de morbidade e mortalidade: "Daí a razão de os estudos de morbi-mortalidade dividirem o Município em áreas homogêneas denominadas de zonas central, intermediária e periférica. Cada zona apresenta características específicas quanto ao padrão de distribuição da renda e aos aspectos culturais" (SMS, 1989b, p. 2). As zonas referidas são a "central", a "intermediária" e a "periférica"; esta última, na qual realizamos nosso trabalho de campo, é caracterizada por "apresentar altas taxas de crescimento populacional e baixa densidade demográfica, concentrar a maioria da população do município, apresentar os mais sérios problemas relacionados às condições de infra estrutura básica e de serviços públicos" (SMS, 1989b, p. 2-3).

No que diz respeito à situação de saúde da população, o documento comenta que a grande maioria da população não tem boas condições de vida e de trabalho;

portanto está alijada, total ou parcialmente, do acesso à alimentação, saneamento básico, educação, lazer, etc. e, por via de conseqüência, esta grande maioria está igualmente submetida a más condições de saúde física e mental. Tomando por base o ano de 1985 (últimos dados disponíveis à época) destaca-se a baixa expectativa de vida ao nascer do paulistano (63 anos), em relação às metrópoles de muitos países, bem como o alto índice de mortalidade no primeiro ano de vida (38,2/1000); este índice, ademais, varia dramaticamente por região, alcançando, por exemplo, 78,6/1000 em Guaianazes. A principal causa da morte dessas crianças foi lesão ao nascer (29,6%), dada a baixa qualidade de assistência ao pré-natal e ao parto; doenças infecto-contagiosas e desnutrição ainda persistiam entre as principais causas de mortalidade infantil no município. Não menos alarmantes eram as condições de vida das crianças que sobreviviam: detectou-se uma população infantil da ordem de 400.000 crianças carentes de alimentação adequada. Os demais dados mostram um perfil preocupante também para a população adulta, sendo as condições desgastantes de trabalho, a insegurança social e a desigualdade refletidos em graves estatísticas anuais. No mesmo ano de 1985, quanto à mortalidade adulta, ocorreram cerca de 3.000 homicídios, 2.100 mortes por acidentes de veículos a motor e 390 suicídios. Ao mesmo tempo, os que ultrapassavam os 50 anos eram precocemente acometidos por doenças crônico-degenerativas (doenças cardio-vasculares, tumores malignos, etc.), enquanto que a população como um todo era afetada por doenças típicas dos países capitalistas periféricos, tais como tuberculose, sarampo, difteria, tétano, meningite (preveníveis por vacinação), leptospirose, hepatite por vírus e outras. Além disso, os surtos de intoxicação alimentar, que ilustram a falta de controle da qualidade dos alimentos consumidos, e a alta incidência da AIDS apontavam para a necessidade de vigilância sanitária e da educação em saúde da população[16].

A situação dos serviços de saúde deixava muito a desejar, segundo avaliação do "Plano Municipal de Saúde" (SMS, 1989b). Eram equipamentos de saúde

[16]*A cidade de São Paulo, como a maioria das cidades brasileiras, apresenta uma transição epidemiológica em que as "doenças da pobreza" (como as infecto-contagiosas) estariam sendo substituídas pelas "doenças da riqueza" (como as crônico-degenerativas), que demanda ações de saúde tanto de caráter preventivo e coletivo quanto ações de alta complexidade tecnológica, no âmbito da assistência individual. Os grupos populacionais mais pobres, entretanto, sofrem com as duas categorias, inclusive com maiores taxas das "doenças da riqueza" (Cohn & Elias, 1996).*

insuficientes e, além do mais, extremamente mal distribuídos. Em 1987, existiam 169 hospitais, sendo apenas 30 do setor público; o número de leitos por 1.000 habitantes - que segundo a OMS deve ser no mínimo 4,0, caía abaixo de 1,8 em sete administrações regionais e em toda a zona leste da cidade, situando-se em 0,2 na região de São Miguel Paulista. Havia um enorme desequilíbrio de produção a favor da rede privada: no período de julho/86 a junho/87, o setor privado realizou 66% dos atendimentos, enquanto a taxa do setor público foi de 33%. Essa situação era agravada, ainda, pela desarticulação entre os serviços públicos[17] e destes em relação ao setor privado.

Ainda no tocante à avaliação, há uma série de observações relevantes quanto à esfera administrativa:

> *"o término do governo Jânio Quadros deixou a Secretaria de Saúde, em particular, mas outras também, em situação pré-falimentar, sem qualquer tipo de crédito no mercado, sem garantia de suprimentos, sem a possibilidade, até, de manter os serviços essenciais e com risco de paralisar completamente os serviços, já na transição do governo (...) os primeiros meses da administração [Secretaria de Saúde do governo Luiza Erundina] foram no sentido de dar condições mínimas de funcionamento à Secretaria, dado esse risco de haver uma interrupção nos serviços." (Carlos Neder, Secretário Municipal de Saúde, p. 1)*

Do ponto de vista do tipo de serviços de saúde oferecidos, havia:

> *"uma cultura de que o serviço municipal deveria se voltar à questão do atendimento de urgência e emergência e que o resto do atendimento caberia à rede pública estadual ou outros serviços associados, ainda não ao SUS - pois o SUS ainda estava numa prática muito recente, em decorrência da Constituição de 1988." (Carlos Neder, Secretário Municipal de Saúde, p. 1)*

Foi encontrada uma Secretaria de Saúde organizada para tentar fazer frente apenas à assistência médica individual e curativa:

> *"uma Secretaria verticalizada (...) que estava estruturada separando uma área hospitalar de uma área ambulatorial e [tínhamos que] mostrar para os*

[17] *As instituições públicas das várias esferas de governo que deveriam compor o SUS no município eram: na rede municipal - 131 Unidades Básicas de Saúde, 10 Prontos Socorros, 01 Centro de Controle de Zoonoses e 08 Hospitais (cerca de 1750 leitos); na rede estadual - 203 Unidades Básicas de Saúde, 16 Ambulatórios de Saúde Mental e 09 Hospitais (cerca de 2200 leitos); na rede do INAMPS, estadualizada - 17 Postos de Assistência Médica e 05 Hospitais (cerca de 1273 leitos). Existiam ainda: o Hospital São Paulo vinculado ao MEC; os Hospitais Militares da Aeronáutica e do Exército; o Hospital das Clínicas; o Hospital do Servidor Público Estadual e o Hospital do Servidor Público Municipal, cujo serviço de Pronto Socorro era universalizado (SMS, 1989b).*

> *trabalhadores e para a cidade que era necessária uma integração desses serviços dentro de uma lógica de ações de saúde e não só de assistência médica." (Carlos Neder, Secretário Municipal de Saúde, p. 4)*

Com referência às ***políticas específicas*** propostas para o município de São Paulo pela gestão 89/92, o Plano Municipal de Saúde de maio de 1989 parte de quatro pressupostos:

1. que a condição de saúde da população resulta de um conjunto de condições sociais, associadas ao trabalho, habitação, alimentação, transporte, educação, renda, meio ambiente e outras;

2. que a saúde é um dever do Estado e um direito de todos;

3. que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, descentralizado e de atendimento integral, devendo ser organizadas com a participação da comunidade;

4. que o planejamento das ações de saúde deve partir das necessidade da população identificadas no nível das Unidades e dos Distritos de Saúde (SMS, 1989b).

A partir desses pressupostos, propõe um "Modelo de Atenção à Saúde", que:

> *"exige o desenvolvimento, nas Unidades Básicas de Saúde [UBSs], de atividades permanentes de avaliação dos determinantes da saúde e da doença existentes na sua área de influência (...) que implica em um compromisso com a mudança da forma de intervenção do poder público, superando as barreiras, artificial e ideologicamente colocadas, entre as ações dos diversos setores responsáveis pela alteração daqueles determinantes (educação, cultura, transportes, habitação, saneamento e meio ambiente, entre outros). A articulação intersetorial e o processo de democratização dos serviços, com a descentralização das decisões administrativas, permeados pela participação do movimento popular e sindical, são as características mais marcantes da administração que se quer implementar. O desenvolvimento de ações dirigidas à comunidade (os conselhos populares, as creches e escolas, os cortiços e as favelas, por exemplo) requer o preparo da UBS para que se considerem essas atividades como parte integrante, permanente e obrigatória do funcionamento das unidades." (SMS, 1989b, p. 7-8)*

O Plano Municipal de Saúde deixa claro que um tal redirecionamento do Sistema de Saúde, que deverá, ao mesmo tempo, buscar um nível crescente na qualidade da assistência, terá que contar com profundas mudanças na área de recursos humanos, que precisarão estar ou ser preparados para as novas tarefas, bem como com recursos orçamentários e financeiros específicos suficientes.

Postula-se que a UBS se constitua em porta de entrada da população na rede de serviços de saúde, seja para ações preventivas, assistência médica periódica e eventual, seja garantindo o encaminhamento para realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais complexos. Tal proposição implica o enfrentamento "do modelo predominante que reduz a assistência ao atendimento médico mal feito" (SMS,1989b, p. 8).

Define-se também a necessidade de abordagem transdisciplinar das questões de saúde e intervenções através de ações coletivas realizadas por equipes multiprofissionais.

Afirma-se o necessário privilegiamento do setor público na prestação dos serviços, bem como a fundamental participação popular e dos trabalhadores da saúde.

Demonstra-se, além disso, a vontade política de converter idéias em ações concretas:

> *"O que há de novo, não são as propostas e sim o firme propósito de operacionalizá-las já. (...) Com sua implantação a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo estará definitivamente marcando o seu compromisso com a luta pela implantação efetiva do Sistema Único de Saúde." (SMS,1989b, p. 9)*

O "Plano Municipal de Saúde" prevê, ainda, uma estruturação administrativa do Sistema Único de Saúde, tendo como princípios básicos a integração, a descentralização e a democratização; propõe-se a implantação do SUS pelas Administrações Regionais de Saúde, de acordo com as condições locais, organizando-se os Distritos de Saúde, unidade organizacional e de planejamento de todas as ações a serem desenvolvidas em seu nível, sob gerência única, com autonomia orçamentária e administrativa, e com capacidade para resolver a grande maioria dos problemas de saúde da área - para sanar aqueles cuja solução estiver fora do seu alcance, o Distrito se articulará com outros serviços de maior complexidade, localizados dentro ou fora de sua área geográfica.

Finalmente, estabelece-se que a estruturação da gerência dos serviços de atenção à saúde se dará em quatro níveis: nível central, nível regional (10 regiões), nível de Distritos de Saúde (29 Distritos - mais tarde 32) e nível de cada unidade local de atendimento. Diz o documento:

> *"No nível central existe uma 'Plenária de Entidades e Movimentos interessados na Questão Saúde no Município de São Paulo', que se constituirá no espaço de participação para toda e qualquer Entidade ou Movimento que queira contribuir para solucionar os problemas de saúde do município. É neste universo de Entidades e Movimentos cadastrados que são escolhidos os representantes para o 'Conselho Municipal de Saúde' (...) que terá uma composição tripartite: 12 representantes das estruturas estatais (Prefeitura, Estado, Governo Federal, Universidade, Câmara Municipal); 08 representantes dos usuários dos serviços (movimentos populares, sindicatos de empregados e de empregadores) e 08 representantes de trabalhadores da área de saúde e dos produtores privados de serviços de saúde." (SMS, 1989b, p. 11)*

Essa representação deverá existir também na Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde e, no nível das Regiões, nas Comissões Gestoras dos Distritos de Saúde e das Unidades Locais.

A entrevista com o ex-Secretário da Saúde, Carlos Neder, reforça essa leitura. Havia, nas propostas e na subseqüente prática, toda uma preocupação em governar com a participação dos:

> *"movimentos populares e movimentos setoriais dentro da área da saúde com tradição de formulação de propostas (...) nós procuramos implementar os programas e as políticas da Secretaria de forma articulada com esses movimentos. (...) A nossa proposta era que os programas (...) fossem horizontais, que permeassem uma nova estrutura a ser implantada na Secretaria, que viessem somar nesse processo de descentralização e participação na definição das políticas (...) de forma integrada com (...) os movimentos sociais, os movimentos populares ou no âmbito da participação dos profissionais de saúde, da Universidade ou também dos profissionais organizados nos seus Sindicatos e Conselhos de representação profissional. Esse foi um critério importante: as pessoas que fossem ocupar as assessorias deviam atender a esse duplo caráter, de capacitação técnica e de representatividade política." (Carlos Neder, Secretário Municipal de Saúde, p. 3)*

Neder, contudo, aponta também para as limitações objetivas do processo participativo[18]:

> *"A idéia que nós tínhamos de conselhos populares autônomos e de organização da sociedade para pressionar os poderes instituídos não se mostrou com o vigor que nós imaginávamos, por falta de clareza e de empenho do nosso partido e nosso dentro do governo e pelo próprio estágio de organização da sociedade, que não favoreceram a organização dessas instâncias." (p. 8)*

[18] *Jacobi (1992) analisa a questão da complexa relação cidadãos/administração nos processos de participação, descentralização e gerência dos serviços de saúde em São Paulo.*

Em outro trecho, frisa o ex-Secretário, a respeito da formulação das propostas:

> *"Nós partíamos das grandes definições tiradas nas conferências, definidas nos encontros anuais, para estabelecer as prioridades e metas da Secretaria da Saúde, mas o detalhamento dessas prioridades e metas era feito a nível dos distritos, das regiões, segundo suas próprias características e dando pesos diferenciados a essas propostas de acordo com suas próprias necessidades." (p. 5)*

Considerava-se a "visão do planejamento como processo contínuo e democrático que vai se consolidando em etapas sucessivas, [e] dá a sustentação técnica para a administração do sistema" (SMS, 1989b, p. 12).

A inversão de prioridades, com ênfase na área social e, particularmente, na saúde, traduziu-se em proposta de ampliação sucessiva dos percentuais orçamentários destinados:

> *"Uma Secretaria com essa dimensão, com um orçamento que em toda a história da Prefeitura nunca foi superior a 8% (...) foi aumentado gradativamente: 10,3% no primeiro ano de governo; 11,2% no segundo ano e 13% no terceiro - deixamos a Secretaria da Saúde com 15% do orçamento municipal." (Carlos Neder, Secretário Municipal de Saúde, p. 9)*

Embora a proposta a ser implantada na saúde estivesse clara, bem como consolidada a decisão de aplicar percentuais orçamentários maiores à área, havia algumas dúvidas: deveriam ser concentrados recursos numa única região da cidade, inicialmente, usando-a para efeito de demonstração?; deveriam ser escolhidos apenas dois ou três programas, para começar, implantando aos poucos outros programas? O ex-Secretário comenta:

> *"Nós achamos que nenhuma dessas duas estratégias era compatível com as características e a cultura da cidade. Uma cidade com organização popular em todas as regiões, com um nível de expectativa enorme, criado com a eleição da Luiza, e com um grau de carência imenso também. Portanto, nós não tínhamos como usar essa idéia do efeito demonstração, até por que ela seria injusta, na medida em que a população tem necessidades, espalhadas pela periferia de São Paulo. Então, definimos nosso desafio: implantar a proposta do SUS globalmente, não só partindo da questão da assistência materno-infantil, que era como chamavam até então, mas dando a ela uma nova dimensão, que é a questão da saúde integral da mulher, da criança, do adolescente, incorporando essas outras dimensões do direito à cidadania, à qualidade de vida e aí trazendo para*

> *a discussão coisas que jamais tinham sido pensadas como compatíveis com o papel do município na questão da assistência à saúde." (p. 15)*

A partir dessa decisão - a de implantar o SUS globalmente[19] - uma série de programas e iniciativas foram definidos:

> *"o programa de atenção à saúde da pessoa de terceira idade, (...) a proposta do Código de Saúde para subsidiar iniciativas legislativas (...). A questão do programa de atenção integral à pessoa portadora de deficiência, do programa de atenção integral à saúde do trabalhador, à saúde mental e vários outros. São programas que foram elaborados através de grupos de trabalho, constituídos através de atos do Secretário e publicados em Diário Oficial, com composição mista que envolvia a participação de técnicos, de funcionários, da sociedade civil organizada naquela área específica, programas esses que uma vez elaborados foram levados à discussão nas várias instâncias de decisão da Secretaria da Saúde, ou seja, a nível dos conselhos técnicos administrativos existentes no gabinete do Secretário, na regional e no distrito de saúde e também nos espaços de representação da sociedade, dentro dos conselhos gestores e no Conselho Municipal de Saúde." (Carlos Neder, Secretário Municipal de Saúde, p.15-16)*

Por último, em relação à questão recursos humanos, a situação encontrada pela gestão 89/92 - e analisada por um dos grupos de estudos formados logo no início de seu governo - era dramática: grande parte dos funcionários não eram concursados, tendo sido admitidos através de legislação baixada pelo ex-prefeito Jânio Quadros; muitos desses funcionários eram analfabetos e, além disso, a distribuição do pessoal era muito desigual, com grande concentração nas regiões centrais, enquanto a periferia ficava desassistida (Isamara Gouvea, Diretora de RH da SMS, 1996).

Segundo o "Plano Municipal de Saúde", os recursos humanos constituíam o problema central do SUS e da municipalização. Propunha uma política de pessoal "centrada nos princípios de profissionalização, participação e humanização e da necessidade de se produzirem mudanças nas mentalidades e ações" (SMS, 1989b, p. 13). A partir de uma postura de respeito ao trabalho e ao trabalhador em saúde, pretendia-se o apoio e a retribuição pelo desempenho do trabalho. A profissionalização pressupõe que todas as funções do trabalho em saúde devem ser estudadas, dimensionadas e definidas do ponto de vista técnico e de

[19] *Os resultados desse processo são descritos e discutidos na pesquisa realizada pelo CEDEC (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea) e coordenada por Conh (1995): Descentralização, saúde e democracia: o caso do município de São Paulo (1989-1992).*

desenvolvimento social. Assim "a formação, a capacitação e a reciclagem deverão ser feitas não apenas através de cursos e treinamentos, mas através de instrumentos que valorizem principalmente as equipes locais e regionais e não categorias funcionais isoladas" (SMS, 1989b, p.13). Era proposta a criação de um Centro de Formação, que elaborasse e implementasse uma política de desenvolvimento de pessoal (Isamara Gouvea, Diretora de RH da SMS).

A participação implicava uma relação de transferência mútua:

> *"interesses, necessidades e identidades, da população, dos trabalhadores e da administração devem ser explicitados, pois não se entende participação como mera adesão, mas como processo de gestão e construção desses interesses, necessidades e identidades." (SMS, 1989b, p. 13-14)*

Defendia-se intransigentemente, ainda, o concurso público, a isonomia salarial, a definição de carreiras para todos os trabalhadores e o estabelecimento de pisos salariais.

Objetivava-se também:

> *"integrar a questão da assistência com as ações de saúde, tirar o profissional da saúde de dentro da unidade e fazer com que ele, assumindo o papel de cidadão, interagisse com a população onde ela mora, onde ela estuda, onde ela trabalha, (...) de tal forma que o trabalho mais importante não fosse dentro de quatro paredes na unidade de saúde, mas sim um trabalho de campo buscando conhecer os problemas através da territorialização, através da definição de prioridades, da identificação dos problemas mais importantes em cada localidade e priorizando esses problemas com a participação da população e, em função disso, juntos repensando as políticas." (Carlos Neder, Secretário Municipal de Saúde, p. 10)*

A idéia era que, tendo-se na população um interlocutor permanente, esta participasse inclusive da discussão sobre salários e condições de trabalho dos profissionais da saúde:

> *"Estamos habituados a ver a luta sindical com caráter de luta econômica, por melhorias salariais e muitas vezes os trabalhadores recorrendo à população quando lhes convém, para ter apoio numa greve, numa manifestação, etc. Mas no dia-a-dia, ao discutirem suas necessidades, eles procuram evitar que a população participe dessa discussão e nós estamos convencidos de que é importante, mesmo em discussão sobre campanha salarial, sobre a questão das condições de trabalho, sobre os processos de trabalho, que os conselhos gestores, e portanto a população, participem dessa discussão também." (Carlos Neder, Secretário Municipal de Saúde, p. 24)*

Ou seja, tencionava-se radicalizar a transparência dos debates sobre o trinômio: orçamento disponível - salários e condições de trabalho dos profissionais - qualidade dos serviços; nele incluindo o usuário, de forma continuada.

5.1.4 As inovações sob a ótica dos movimentos de saúde

O ponto de vista dos movimentos populares sobre o diagnóstico e as propostas a serem implementadas pela gestão Luiza Erundina - bem como a forma de fazê-lo - era muito próximo daquele do próprio governo eleito, especialmente na área da saúde, onde os gestores efetivamente designados para os cargos foram, via de regra, importantes assessorias técnicas e, em algumas áreas, lideranças desses mesmos movimentos[20].

Os movimentos populares em São Paulo, nascidos já nos anos 70, tinham inicialmente, como principais reivindicações, as lutas por moradia, transporte, saneamento, saúde, escolas e creches (Jacobi, 1993; Gohn, 1991; Sposito 1993 e Entrevistas realizadas por nós, 1996).

Na área da saúde, especificamente, as exigências eram várias: abertura de novos postos de saúde, hospitais e ambulatórios médicos, bem como a melhoria dos já existentes; qualidade no atendimento; vacinação; distribuição de remédios; ampliação do horário de atendimento em postos e ambulatórios; equipamentos adequados e suficientes e contratação do quantitativo necessário de recursos humanos qualificados. A metodologia do movimento era a de detectar problemas, definir prioridades, levar às autoridades as reivindicações e cobrar o atendimento destas, sempre a partir de uma postura de autonomia e de pluralidade. Buscava-se garantir a participação da população (via movimento), em todos os níveis do processo: desde a identificação do(s) problema(s), até a construção das propostas, sua consecução e o controle posterior da gestão dos serviços (Jacobi, 1993; Entrevistas, 1996). Na época a que nos referimos, os movimentos de saúde de São Paulo tinham, na implantação do SUS (cuja inscrição na Constituição Federal acabara de ocorrer, fruto, em parte, de sua luta), sua principal reivindicação. Como a decisão do governo Erundina foi a de fazer exatamente isso, globalmente, havia uma

identidade muito grande entre a vontade expressa dos movimentos e as intenções da Prefeitura eleita.

> *"Eu acho que o grande desafio de todo movimento popular, das organizações, é estabelecer políticas públicas e fazer com que elas sejam institucionalizadas. (...) Com a Luiza Erundina, nesse período de 89 até 92, o poder público tinha propostas e o Carlos Neder, o Eduardo Jorge e muitas outras pessoas que entraram na administração, ou que já estavam, eram integrantes do movimento de saúde (...). Então foi uma fase em que avançamos na institucionalização." (Padre Ticão, Movimento Popular da Zona Leste, p. 1)*

> *"Na gestão da Erundina estava-se criando espaços para a população ver o que era melhor para ela e poder participar das decisões." (Pedra, Movimento Popular de Saúde da Zona Leste, p. 11)*

> *"E com eles [governo do PT], tudo era discutido, tudo era possível. As reuniões para discutir a contratação, a escolha do diretor do hospital, tudo era discutido com a população. Não passaram por cima do movimento em momento algum. Tivemos alguns confrontos sim, até porque a gente não pode negar que eles acabam sendo administração mesmo. E aí eles também encontram obstáculos. E a gente forçava, independente de ser administração democrática." (Terezinha de Cássia Leão, Mov. Pop. de Saúde da Zona Leste, p. 8)*

Aparece fortemente, nas entrevistas realizadas com lideranças do movimento, a consciência da saúde como um direito, dentro da concepção cristalizada no SUS e assumida pelo governo do PT:

> *"Então falar de qualidade de vida, falar em ter saúde é falar que nós temos que ter tudo que é direito que está escrito na Constituição." (Ana A. de Oliveira, Mov. Pop. de Saúde da Zona Leste, 'SOS-Saúde Mental', p. 10)*

> *"Infelizmente no Brasil a gente tem que lutar pra garantir direito, se é direito não tinha que se lutar, já está garantido, mas aqui nem o nosso direito nos é garantido." (Terezinha de Cássia Leão, Mov. Pop. de Saúde da Zona Leste, p.13)*

Por outro lado, ainda em total afinamento com a visão dos gestores da área de saúde (que, como afirmamos, eram em geral lideranças e/ou assessorias egressos dos próprios movimentos e com vinculação partidária ao PT), estava firmemente arraigado o sentimento de que todo o processo de construção e implantação das propostas do SUS - tais como os projetos de postos de saúde e hospitais, os equipamentos a serem comprados, os materiais e técnicas a serem utilizadas e o

---

[20] *Jacobi (1993:128-137) destaca o papel dos médicos sanitaristas no movimento popular de saúde em São Paulo, a partir de meados da década de 70.*

perfil e o quantitativo dos recursos humanos - devia se dar com a participação dos movimentos, que deveriam também ser parceiros no controle dos futuros serviços.

5.1.5 As inovações: o contexto específico e o geral

As políticas de saúde da gestão Erundina no município de São Paulo, resultado das "exigências admitidas", face a seu programa declarado de ação e em consonância com as "necessidades humanas" expressas pelos movimentos populares e aceitas majoritariamente pelo conjunto de forças que a elegeu, foram enunciadas em um momento político particular, como já ressaltamos no Capítulo 2: introduziam-se, nessa área (a da saúde), "modificações qualitativas na estrutura das instituições políticas do Estado e, portanto, de suas seletividades, vistas como o poder discriminatório do coletivo dessas instituições em relação ao conjunto de ocorrências sócio-político-econômicas" (Cap.2, p. 78). Embora a implantação dessas políticas tivesse que se dar dentro do horizonte delimitado pelos "requisitos do capital", estava instalada no país uma mudança sistemática dos espaços de possibilidades de eventos na área da saúde (e nesse novo clima residia o potencial germinativo das "inovações políticas" que iriam caracterizar a gestão 89/92): a eclosão, consolidação e maturidade dos movimentos populares haviam caminhado par e passo com o abrandamento dos filtros repressivos; do ponto de vista ideológico, o grande avanço consistia na cada vez mais ampla aceitação dos direitos da cidadania social - na área específica, a admissão, inclusive institucional, da saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado; estruturalmente, teve expressivo significado a aprovação dos textos constitucionais de 1988, particularmente o que explicitava a criação do SUS; finalmente, os filtros processuais sofreram alterações de monta, tais como a previsão de descentralização, a possibilidade de criação de Conselhos e de participação e controle popular efetivos, etc.

É claro que, como mencionamos no Capítulo 2, nenhuma dessas mudanças garantiria, por si só, a implantação de quaisquer "inovações socio-políticas". O que queremos pontuar aqui é que estavam dadas condições objetivas favoráveis ao seu surgimento.

No plano geral, como explicitado, haviam ocorrido mudanças qualitativas nas instituições políticas do Estado brasileiro. No município de São Paulo, em particular, tinha sido eleito um governo comprometido com aquelas "inovações". Um governo que defendia, na esfera pública, a busca da concretização efetiva dos princípios do SUS, com a universalização do acesso à saúde; e, no âmbito municipal, defendia o controle público do espaço privado contratado com o SUS, a regulamentação da atenção médica supletiva e a submissão da iniciativa privada na saúde às regras do mercado, portanto vetando quaisquer subsídios diretos e indiretos.

Por último - e esta é certamente uma condição também fundamental, existiam fortes movimentos populares que exigiam, de forma articulada e organizada, a consecução daquelas "inovações políticas".

É a dinâmica da implementação dessas "inovações" que descreveremos mais adiante, no caso particular das propostas de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência e, geograficamente, da ARS-6, em São Paulo.

5.2 As propostas nas áreas de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência

5.2.1 Saúde Mental

Antecedentes históricos

Em fins da década de 70 e princípio dos anos 80 - como já vimos no Capítulo 3, tomou impulso, no Brasil, um repensar das políticas públicas na área de saúde mental, não só a partir de experiências internacionais, como as relatadas naquele capítulo, mas também em função de outros dois fatos: de um lado, havia as inúmeras denúncias de apropriação indébita de recursos públicos, tanto na área da previdência quanto na da saúde, cujo controle precisava ser exercido sem demora, e racionalizados os gastos - essa era uma grande questão nacional; de outro, iniciava-se o processo de democratização do país, com a repulsa crescente às violações dos direitos humanos e o fortalecimento das lutas por cidadania.

Foi nesse contexto e época que, no Estado de São Paulo, ganharam ímpeto os movimentos de saúde mental, liderados, via de regra, por técnicos da área, que

reivindicavam a ruptura do sistema vigente de atendimento aos portadores de problemas de saúde mental (cf. Capítulo 3).

Durante o governo Montoro (Estado de São Paulo, 1983/86) iniciaram-se mudanças nas políticas de saúde mental[21], expressas em uma 'ambulatorização' do atendimento aos doentes mentais. Essas mudanças, contudo, traduziam muito mais:

> *"um caráter racionalizador dos serviços, porque no fim da década de 70 e início da de 80 existia toda uma discussão, a nível governamental nacional, sobre a questão das fraudes do INAMPS, as respectivas dificuldades de caixa, de forma que era preciso, de certa maneira, reorientar a assistência, para que ela fosse menos onerosa do que estava sendo - e assim a questão do hospital psiquiátrico entrou como um dos discursos: o de que existiam outras formas mais baratas de prevenir a internação, e uma delas era a ambulatorização." (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p.1-2)*

Na verdade, não estava em curso, na gestão Montoro, um questionamento mais profundo do manicômio fechado, que visasse romper de fato com as práticas existentes; tratava-se de "estrutura complementar ao modelo asilar, que na verdade não prescindia desse modelo; apenas havia uma revalorização tardia, no caso do Brasil, da psiquiatria comunitária" (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p. 2).

Apesar das limitações e equívocos das iniciativas do governo Montoro, entretanto, um fato influiu positivamente, aumentando os debates sobre a problemática da saúde mental - a contratação de técnicos da área, que não só aprofundaram as discussões sobre o tema como as articularam com os movimentos populares de saúde e também com os sindicatos:

> *"nós tínhamos ingressado na Prefeitura, em 1984; começou-se uma articulação entre os trabalhadores de saúde mental, não só na Zona Leste mas em São Paulo inteiro, por conta justamente dessa expansão de mão-de-obra na área de saúde mental por conta da ambulatorização, que fez emergirem questionamentos sobre essa própria política. E a gente conseguiu articular na Zona Leste nosso movimento com o movimento de saúde (...) criou-se, no seio do movimento de saúde da Zona Leste - o maior movimento de saúde no Brasil, na época - a Comissão de Saúde Mental do Movimento de Saúde da Zona Leste (...) o que ajudou a fazer com que nossa reflexão, enquanto ponto de vista de crítica institucional, transitasse também por espaços não técnicos, isto é, nos espaços popular e sindical." (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p. 3)*

[21] *Ver nota 2 do Capítulo 3 deste trabalho, p.111.*

Como já descrito no Capítulo 3, o Movimento Nacional de Saúde Mental radicalizou, em 1987, sua trajetória de luta pela desinstitucionalização, adotando o 'slogan' "Por uma sociedade sem manicômios". Passava-se a entender como essencial que a reforma psiquiátrica implicasse a desconstrução do aparato manicomial.

Assim, a partir das discussões coletivas que então se deram, da crítica ao modelo de ambulatorização e daquela radicalização, foram amadurecendo as novas propostas na área de saúde mental, que vieram a ser encampadas pela administração eleita para a gestão 1989/ 92 em seu Programa de Saúde Mental, face à identificação desta com o ideário do qual resultaram essas propostas.

Registre-se o papel importante que teve, nessa dinâmica, o Núcleo de Saúde de Mental do PT, tanto como polo aglutinador da discussão, como formulador. A proposta construída, em realidade, embora tenha sido consolidada por aquele Núcleo, sofreu forte influência do Movimento de Saúde Mental, integrado essencialmente por técnicos da área.

Desse processo resultou o documento: "Diretrizes para a política de Saúde Mental do Município de São Paulo - gestão democrática e popular 1989/1992", formulado para a campanha de 1988, que, antes de enunciar o 'Programa', dizia:

> *"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 conseqüência da própria mobilização dos trabalhadores, das mulheres, negros, homossexuais, jovens e outros grupos que lutam por sua emancipação e por uma sociedade justa, socialista." (SMS, s/d, p.1)*

O 'Programa' propriamente dito previa a formação de 'Conselhos Populares de Saúde'; a reversão do modelo hospitalocêntrico e manicomial hegemônico; a constituição de equipes mínimas nas UBSs, uma para cada 50.000 habitantes; de uma Unidade Mista (Ambulatório/Hospital-Dia) para cada 250.000 habitantes; de 5 a 10% dos leitos dos Hospitais Municipais para internação psiquiátrica e de serviços de Urgência Psiquiátrica com leitos de alta rotatividade (máximo de 72 horas de permanência) - entre outros vários pontos.

O quadro encontrado pelo governo eleito para a gestão 89/92, na área da Saúde Mental

As práticas existentes, exercidas institucionalmente através de dispositivos administrativos de punição e disciplinarização - inclusive de alcoólatras, circunscreviam-se ao modelo médico-psicológico tradicional. Havia prevalência quase absoluta de 'tratamentos' psicoprofiláticos, preventivistas e normativos, muitas vezes violentos e restritivos, com a utilização de celas-fortes, camisas-de-força, serviços de segregação e outros mecanismos similares. Não havia formulação crítica sobre a hegemonia manicomial, nem sobre o grave quadro epidemiológico em Saúde Mental no município de São Paulo (Daud Jr., 1996; SMS, 1992a).

As instalações físicas que serviam a rede municipal de atenção à saúde mental, além de reforçarem a exclusão e o modelo manicomial, eram extremamente precárias.

Em fins de 1988, pouco antes da posse, o cenário era o seguinte:

> *"existiam 52 Unidades Básicas de Saúde com algum tipo de profissional de saúde mental - todas tinham psicólogos, algumas psiquiatras; havia duas emergências psiquiátricas, que na verdade eram instâncias de triagem para o hospital psiquiátrico. Nas duas encontramos situações de encarceramento de verdade; em São Miguel, havia uma cela forte (...) eram usadas camisas-de-força para conter os pacientes até que aparecesse uma vaga e se pudesse mandá-los embora (...) havia também o ARA, o Ambulatório de Recuperação de Alcoolistas, estrutura de gerenciamento próprio da Prefeitura, o Hospital do Servidor Público Municipal, que possuía um ambulatório de Saúde Mental para os funcionários e o convênio com os hospitais psiquiátricos - o Nossa Senhora de Fátima e o Vera Cruz - para internação de funcionários. (...) no âmbito do Estado existia uma outra estrutura, ambulatorial, articulada entre Hospital Psiquiátrico, Ambulatório e Centro de Saúde. A Prefeitura atendia, nesse modelo manicomial, asilar e excludente, mais ou menos 20.000 pessoas por ano; as práticas dos Postos de Saúde tinham características preventivistas [de controle social]; as emergências, eram triadoras e o ARA era o espaço de estigmatização dos alcoolistas." (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p. 5)*

A situação era, pois, crítica, inclusive do ponto de vista das instalações encontradas e do tipo de tratamento dispensado aos doentes, sem falar na exclusão embutida intrinsecamente no modelo adotado até então.

Política da gestão 89/92 para a área de Saúde Mental

As bases da política de saúde mental municipal do governo Erundina foram portanto forjadas a partir das críticas e da oposição frontal às diretrizes políticas até então adotadas, e que haviam sido norteadas pelo modelo asilar de assistência, hospitalocêntrico, que reiterava a cultura manicomial, esquivando-se do confronto com os grupos de poder econômico, no campo da assistência psiquiátrica.

Além disso, escolheu-se para implementar essa nova política, enquanto Assessor de Saúde Mental da SMS, uma das lideranças do Movimento de Saúde Mental na cidade, a partir de processo que contou com o aval desse movimento e do Núcleo de Saúde Mental do PT/SP. O então Secretário Municipal de Saúde, Eduardo Jorge, referendou o nome sugerido sem nenhum questionamento, até por que se tratava também de quadro do Partido dos Trabalhadores.

Não obstante, houve dificuldade em conseguir-se que a proposta fosse encampada pelo governo como um todo, num primeiro momento:

> *"o movimento organizado precisou forçar, de dentro para fora, a Secretaria de Saúde e a própria Prefeitura; e, por dentro, buscou criar mecanismos de influência no interior da política municipal. Foi um processo dinâmico, conflituoso e creio que não poderia ter sido de outra forma - não o foi em nenhum outro lugar. Foi possível ganhar muita gente, inclusive a prefeita, que, sensibilizada com a questão, passou a ser uma defensora do Programa de Saúde Mental, até talvez dentro da Prefeitura e mesmo da Secretaria de Saúde, a partir de uma certa época." (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p. 7)*

O novo modelo de atenção em saúde mental tinha como alicerces:

"1. o combate à Cultura Manicomial presente nas instituições e na maioria da população;

2. a criação de um Modelo Assistencial em Saúde Mental, que tornasse desnecessária a internação psiquiátrica asilar;

3. o confronto político do poder público com a Instituição Psiquiátrica Manicomial e Asilar e seus subjacentes" *(SMS, 1989a, p. 17).*

Os três pontos acima são assim referidos pelo ex-Assessor de Saúde Mental da SMS:

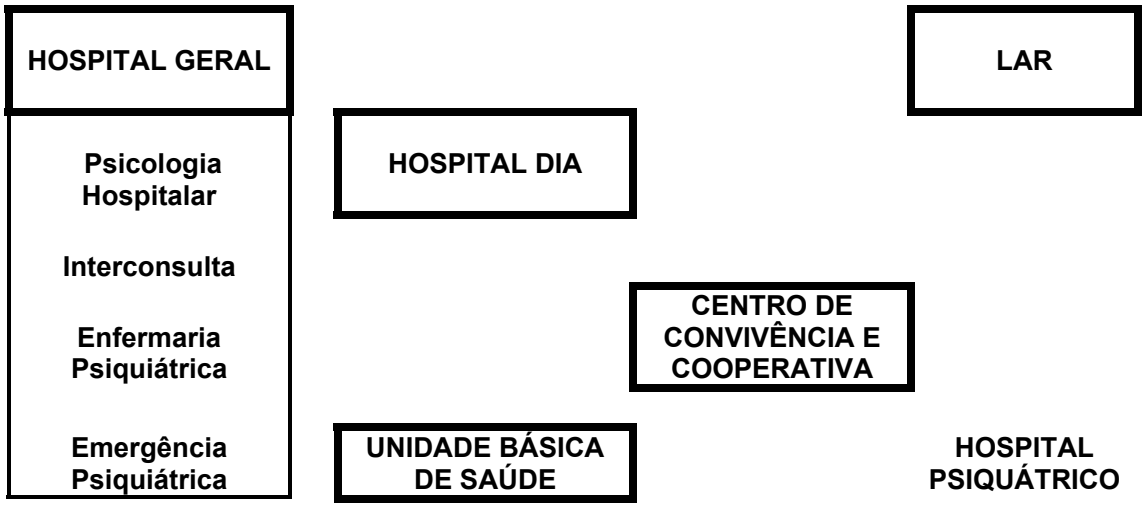
> *"defendíamos um modelo sustentado em três alicerces: Um deles, era o combate à cultura manicomial - esta era a questão principal, para nós, (...) isso implicava uma mudança cultural, a partir do entendimento de que o modelo asilar se*

sustentou com uma cumplicidade da sociedade, mas também fruto de uma cultura imposta, uma cultura de massa, que levou a população a acreditar que a única possibilidade para o doente mental é o tratamento do isolamento, que faz de seu sofrimento um problema individual (...) a ser lidado com base em dispositivos disciplinares, numa sociedade também disciplinar cujas instituições se complementam. (...) O segundo é a ecologia da subjetividade, a questão da razão e desrazão, inserida na discussão da construção de uma sociedade ecologicamente sustentada, do ponto de vista da subjetividade, do trânsito das diferenças (...) na convivência dos diferentes, para que as pessoas possam circular nos espaços públicos e aí conviver, ir reaprendendo, resignificando a loucura, a doença mental, o sofrimento. É por isso que o modelo do Hospital Geral [Aberto], Unidade Básica, Hospital-Dia, Centro de Convivência e Lar Abrigado [vide QUADRO 1, abaixo] constitui um núcleo assistencial de resignificação cultural muito forte. Além disso, é preciso levar adiante o combate político e jurídico institucional ao Hospital Psiquiátrico." (p. 15-16)

A materialidade dessa nova política traduziu-se na forma de organização de serviços: propôs-se a eliminação da internação asilar, a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a emergência psiquiátrica, com equipe multidisciplinar, e a criação de serviços territoriais hierarquizados, formando um conjunto múltiplo e diferenciado de serviços segundo a complexidades das ações.

QUADRO 1

Modelo de atenção em Saúde Mental da Prefeitura Municipal de São Paulo (89/92)



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Política de Saúde Mental Democrática e Popular 1989

Esta configuração de modelo tinha origem em uma concepção de reforma sanitária segundo a qual as estratégias de saúde a serem desenvolvidas têm que ter relação com a realidade da qual emergem os problemas de saúde, com seus contextos específicos, seus aspectos culturais e epidemiológicos diferenciados; daí se pensar nas UBSs como porta de entrada desse sistema (em conformidade com a proposta geral da SMS, como já relatamos). Dentro desta ótica, cada região de saúde deveria contar com os seguintes novos equipamentos e serviços:

- *emergências e enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, bem como serviços de psicologia que cobrissem as diferentes enfermarias dos hospitais gerais;*
- *equipes de referência de saúde mental em unidades básicas de saúde;*
- *hospitais-dia;*
- *centros de convivência e cooperativas;*
- *lares abrigados.*

Segundo esta proposição, com esse conjunto de serviços em atividade plena seria possível prescindir do atendimento e internações nos hospitais psiquiátricos especializados, que deveriam ser desativados (SMS, 1989a).

Portanto, esta rede extra-hospitalar, proposta pela administração municipal, visava ampliar os serviços anteriormente oferecidos pelos ambulatórios do Estado de São Paulo, passando a incluir diferentes alternativas, no que concerne ao atendimento da demanda de saúde mental. Esses serviços teriam por função trabalhar com a diversidade da problemática de saúde mental da população, tarefa que não podia ser desempenhada por uma única estrutura de serviços, como era o caso da antiga rede estadual de ambulatórios de saúde mental.

Para a consecução da nova política eram exigidos serviços e ações diversificadas.

Os serviços propostos tinham como objetivo:

> *"oferecer respostas em nível de resolutividade dos problemas mais graves (psicose, alcoolismo, deficiência mental, situações de crise, etc.) e agir sobre condições ambientais e institucionais geradoras destes problemas; evitar uma ação individualizadora que funcione como mecanismo potencial de controle social; oferecer serviços cuja complexidade possibilite trabalhar as tensões*

> *familiares, conter as demandas por reinternações e liberar a mão-de-obra ativa responsável pela sobrevivência familiar." (SMS, 1989a, p. 20)*

O governo municipal propunha implantar, nos hospitais gerais, unidade de saúde mental composta por *emergências psiquiátricas*, com leitos de observação de 72 horas, *enfermarias psiquiátricas*, com tempo de permanência de no máximo 15 dias e *serviços de psicologia hospitalar* nas diferentes enfermarias hospitalares, a partir do projeto paralelo de humanização e desinstitucionalização desses espaços - o Hospital Aberto.

Esse equipamento deveria funcionar como um:

> *"mecanismo de contenção do paciente candidato ao hospital psiquiátrico, principalmente enquanto não se estruturam integralmente os serviços extra-hospitalares na proporção das necessidades da demanda. Diferenciava-se da ação asilar pela não segregação do paciente psiquiátrico, pela qualidade e poder de resolutividade que uma instituição hospitalar poderia oferecer, em termos de atenção integral à saúde, e pela estreita vinculação com outros serviços de saúde da região, que garantissem o fluxo e encaminhamento ao acompanhamento extra-hospitalar, quer no hospital-dia quer na UBS." (SMS,1989a, p. 21)*

A composição da equipe técnica da emergência psiquiátrica deveria ser: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e enfermeiros; já as enfermarias psiquiátricas contariam ainda com terapeutas ocupacionais.

Num outro ponto da rede de serviços de saúde mental estaria o *hospital-dia*, constituído por:

> *"uma complexidade de ações cuja função é oferecer uma atenção intensiva ao paciente em crise, sem excluí-lo do convívio familiar e social, evitando a internação, a reinternação, a cronificação e a estigmatização. Este serviço disponibiliza ao paciente em crise um atendimento que a UBS não é necessariamente capaz de oferecer e por isso desempenha um papel complementar à resposta oferecida pela UBS e Hospital Geral, cabendo ao Hospital-Dia, reintegrar o paciente à UBS. Dentre essas características está a capacidade de proporcionar um aporte social secundário que o aumento da demanda por serviços extra-hospitalares exigirá, qual seja, responder à tensão produzida pela situação de crise no seio da maioria das famílias que lutam pela sobrevivência." (SMS, 1989a, p. 22)*

Para o atendimento diário de até 40 pacientes estava prevista a contratação de diferentes profissionais, conforme o quadro abaixo:

QUADRO 2

Profissionais da equipe técnica do Hospital-Dia, segundo categoria profissional e clientela

CATEGORIA PROFISSIONAL	INFANTIL	ADULTO
Psiquiatra	3	6
Psicólogo	5	5
Terapeuta ocupacional	4	4
Assistente social	2	2
Enfermeiro	2	2
Auxiliar de enfermagem	3	6
Auxiliar de farmácia	1	1
Fonoaudiólogo	1	0
TOTAL	21	26

Fonte: SMS, 1992b

Já as *equipes de referência em saúde mental*, criadas nas *unidades básicas de saúde* (UBSs) e compostas por psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras (com eventual colaboração de fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros e educadores), tinham como atribuições:

> *"1. Atender ambulatorialmente usuários pertencentes aos grupos de risco em saúde mental (psicoses, alcoolismo, drogadição e tentativas de suicídio) multiprofissionalmente, de modo a* ***não*** *transformar a UBS num simples dispensário de medicação psiquiátrica. Esse atendimento poderá, dependendo da necessidade, ser semi-intensivo;*
> *2. Realizar ações de saúde mental junto a grupos da comunidade da área de abrangência da unidade;*
> *3. Atender ambulatorialmente outras demandas de saúde mental não pertencentes aos grupos de risco especificados acima;*
> *4. Assessorar outros profissionais em questões relativas a saúde mental que possam ser trabalhadas nas atividades realizadas na unidade e/ou participar* ***pontualmente*** *de grupos multiprofissionais não-específicos, ou seja, os profissionais da equipe de referência não coordenarão estes grupos e entrarão em momentos em que se avalie a necessidade de discussão de temas de saúde mental." (SMS, 1992b, s/p, grifos no original)*

A política de saúde mental municipal propunha, também, um novo equipamento social, aqui não mais vinculado apenas às demandas de saúde da

população usuária: *o centro de convivência e cooperativas*. Esse seria um espaço concebido para lidar com a necessidade de integração dos grupos populacionais marginalizados, apoiados por técnicos de saúde, educação e agentes sociais diversos, onde se procuraria enfrentar questões cotidianas geradas pela mitificação da loucura, da deficiência, da diferença e da diversidade. Esse serviço expressava com fidelidade a proposta de combate à cultura manicomial, apresentada durante a campanha eleitoral, entendida inclusive como o favorecimento,

> *"através de suporte técnico e financeiro, da criação de espaços culturais, educativos e de integração social auto-geridos pela população que atendam às necessidades dos diversos grupos sociais como jovens, idosos, mulheres, crianças e grupos que se caracterizem por diferentes graus de deficiência física ou mental." (SMS, 1992b, s/p.)*

Esse equipamento surgiu de uma iniciativa da Secretaria Municipal da Saúde, debatida com outras Secretarias Municipais, como Educação, Transportes, Cultura, Esportes Turismo e Lazer e Obras Públicas, entre outras.

Finalmente, a idéia dos *Lares Abrigados* era a de que a residência, o trânsito das pessoas portadoras de problemas de saúde mental tem que ser na comunidade, no bairro; essa seria a lógica da não exclusão, da integração, do rompimento com a cultura segregacionista manicomial. Tratava-se:

> *"de fazer com que o portador de transtorno mental transite, tenha livre acesso aos espaços, que têm que ser democratizados, através da criação de mecanismo que possa ajudar no enfrentamento das resistências institucionais que existem historicamente na sociedade." (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p. 41)*

A partir da municipalização dos manicômios estaduais, pretendia-se a reintegração familiar dos pacientes cronificados e/ou a criação de pequenas residências comunitárias em todos os distritos da cidade.

As propostas da nova gestão tinham como meta, além da preocupação com a contratação qualificada de mais profissionais de saúde, promover uma política de formação desses recursos que respondesse às necessidades de implantação do novo modelo de atenção que, com suas características antimanicomiais, demandava dos profissionais envolvidos em sua implementação conhecimentos técnicos específicos e uma postura crítica em relação à problemática do portador de transtorno mental.

Assim, foi construída, a partir dos grandes eixos definidos na I Conferência Municipal de Saúde, uma estratégia para lidar com esta questão, que resultou em documento intitulado "Saúde Mental e Plano de Metas da Secretaria Municipal da Saúde - Necessidades para o Desenvolvimento de Recursos Humanos para Ações de Saúde Mental".

Nesse documento foram definidos cinco tipos de processos de formação. Eram eles: a *Reciclagem*, especificamente nas áreas de Suicídio, Psicose, Alcoolismo, Drogas; Emergência Psiquiátrica; Abordagem Psicológica de Casos Clínicos; Transtornos Mentais em Deficientes Mentais; Estimulação em Criança de Risco e Saúde Mental do Trabalhador; a *Capacitação*, envolvendo Acompanhamento Terapêutico; Administração de Serviços de Saúde Mental e Agentes de Saúde Mental para Auxiliares e Comunidade; a *Formação*, em Residência Multidisciplinar em Saúde Mental; a *Supervisão* Clínica e Institucional, dentro de uma política onde a supervisão se coloca como necessidade do trabalho e não inerente a ele e a *Consultoria*, em áreas temáticas de relevância epidemiológica (AIDS, p/exemplo) e em Expressão Psicossocial: Suicídio, Saúde do Trabalhador, Deficiência Mental, Educação Popular e Sistema de Informação (SMS, 1992a).

Em resumo, a idéia central, em termos de política de saúde mental, tinha como componentes essenciais a implantação de novos serviços, dentro das diretrizes que descrevemos; mas também propunha, como metodologia de trabalho e parte integral da própria proposta, uma discussão cotidiana entre técnicos (cuja formação, reciclagem e capacitação era objeto de programas específicos), população usuária e população em geral, sobre a cultura manicomial e as formas concretas de combatê-la.

As inovações sócio-políticas na área de saúde mental: alguns comentários

A proposta de Saúde Mental adotada pela Prefeitura Municipal de São Paulo, gestão 89/92, representa um rompimento claro com as políticas reformistas anteriores, de caráter ambulatorializante, que haviam sido direcionadas para a racionalização de gastos e o aumento de eficácia, não questionando de frente o trinômio loucura - saber médico - justiça. Aquelas políticas buscavam lateralizar a

importância do manicômio, visando transformá-lo não em regra mas em exceção (que a confirma), ao propor estruturas complementares que procurassem viabilizar a diminuição do tempo de internação, reduzindo a cronificação dos doentes, conter o dispêndio de recursos na área e aumentar a resolutividade e eficiência do sistema.

O governo do município de São Paulo 1989/92, ao contrário, propunha o rompimento conceitual com a cultura segregacionista existente, inclusive na própria população, defendendo, de maneira direta, "o confronto político do poder público com a Instituição Psiquiátrica Manicomial e Asilar e seus subjacentes", com a criação de um "Modelo Assistencial em Saúde Mental" que tornasse desnecessária a internação asilar, e dispondo-se a enfrentar, a nível municipal, as questões jurídicas pertinentes.

Fica claro que as propostas do novo governo se contrapõem à visão de que o sofrimento do doente mental é um problema que se circunscreve meramente à esfera do individual, devendo ser tratado a partir de um 'saber' médico e de estruturas legais segregadoras e disciplinadoras daqueles que, reagindo de forma 'diferente' às imposições e tensões do sistema produtivo vigente, passam a sofrer um processo de alijamento social, econômico e cultural.

Do ponto de vista geral, pois, aquelas propostas estão em consonância com as que, no plano internacional, apontavam para a desinstitucionalização, conforme exposto no Capítulo 3.

Por outro lado, o contexto brasileiro e a tradição forjada, no caso de São Paulo, pelas lutas dos movimentos de saúde, contribuíram, no nosso caso particular, para um redesenho específico da luta antimanicomial, impregnada de um forte viés sanitarista.

No Brasil, a reforma psiquiátrica deu-se do início dos anos 80 em diante, dentro e a partir da reforma sanitária como um todo, como expressão da luta pelos direitos de cidadania, do resgate às liberdades individuais violadas, inclusive as dos 'loucos'.

Assim, o sanitarismo, que coloca a construção e manutenção da saúde como uma questão a ser trabalhada no coletivo, vem opor-se ao assistencialismo tradicional, que reduz as políticas de saúde à solução individualizada dos problemas

de doença. Esta mudança de eixo foi, como também já mencionamos, consagrada na Constituição de 1988.

Em função dessa forte influência sanitarista, face ao quadro histórico descrito, buscou-se reforçar, nas propostas feitas para a área da saúde pela gestão municipal de São Paulo 89/92, a universalização, a descentralização e a hierarquização do atendimento, com fortes reflexos nas proposições defendidas no âmbito da saúde mental.

Afirmava-se - corretamente, no nosso entendimento - ser essencial "*não* transformar a UBS num simples dispensário de medicação psiquiátrica". Entretanto, a cultura segregacionista que, querendo-se ou não, perpassava o ideário da população, fazia prever que, nas UBSs, haveria resistência para o atendimento de quadros psiquiátricos mais agudos, o que, somado à forte hierarquização prevista no modelo, nesta poderia vir a encontrar (como mais adiante comentaremos) uma válvula de escape capaz de favorecer o rápido redirecionamento destes casos para instâncias hierarquicamente superiores (tais como hospitais-dia e enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais).

Portanto, estava embutido no modelo - e nas circunstâncias e cultura ao qual devia ser aplicado - um risco potencial de que se prestasse exatamente ao oposto daquilo que propunha, transformando as UBSs, do ponto de vista da saúde mental, em equipamentos de baixa resolutividade e os HDs e enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais em unidades relativamente fechadas em si próprias e por conseguinte pouco articuladas ao sistema.

Embora seja correto, pois, afirmar que o modelo formulado, em sua essência, apontava precisamente na mesma direção de seus análogos europeus (como o italiano), que propunham a desinstitucionalização e a luta antimanicomial, as propostas apresentadas não representavam uma transposição 'pura' daquelas idéias, posto que estavam permeadas pela influência da reforma sanitária em curso e das construções advindas dos debates no interior dos movimentos de saúde e de saúde mental no município de São Paulo, dos quais vários dos proponentes tinham sido parte integrante.

5.2.2 Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

A situação anterior; os movimentos pelos direitos da pessoa portadora de deficiência

Num primeiro momento, não havia, para a assistência da população de pessoas portadoras de deficiência, uma proposta da nova gestão municipal que tivesse o grau de clareza e articulação presentes nas diretrizes de atuação por esta apresentadas para a área de saúde mental.

Não é possível falar estritamente, portanto, de uma "proposta" de atenção a esse segmento da população, definida a priori.

Por outro lado, um coletivo de pessoas vinculadas aos movimentos que lutavam pelos direitos dos portadores de deficiência já vinham trabalhando nessas questões, conjuntamente com a então candidatura do Partido dos Trabalhadores, desde a campanha eleitoral, apontando para necessidades específicas e correspondentes propostas:

> *"então, já no começo da administração, inclusive antes dela, eles [os movimentos] já tinham claro o que queriam, tinham tudo traçado, em cada um dos pontos, no nível da assistência, na questão da reabilitação. Deixaram muito clara a proposta." (Rosa de Lurdes Santos, Assessora de Saúde da Pessoa Deficiente da SMS, p.1)*

Esses movimentos[22] eram compostos eminentemente por usuários e seus familiares, sendo pequena a presença de assessores e técnicos (limitada, na maior parte dos casos, à participação dos que eram, eles próprios, portadores de deficiência) - diferentemente do que ocorreu com os de saúde mental, que, compostos essencialmente por técnicos, só recentemente têm tido uma participação efetiva de usuários (Amarante, 1995). Muito provavelmente essa foi uma das razões, de grande relevância no nosso entendimento, para que, no início do governo, não tenha sido constituída nenhuma assessoria técnica voltada à problemática em foco.

---

[22]*Rocha (1991) descreve esses movimentos em São Paulo: MDPD - Movimento pelos Direitos da Pessoa Deficiente; NID - Núcleo de Integração de Deficientes; FCD - Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes; União Nacional dos Deficientes Físicos. Em nosso vídeo "Reabilitando a Cidadania" (Lopes, et. al.,1995) apresentamos também o CVI - Centro de Valorização da Vida Independente.*

Os desencontros iniciais entre Prefeitura e movimentos

Os primeiros momentos da gestão foram marcados por um descompasso entre o governo e os movimentos de defesa dos direitos dos portadores de deficiência, que viram frustradas suas expectativas de 'inclusão' na nova política de saúde que ia sendo delineada.

O trabalho existente na Prefeitura de São Paulo em relação a 'deficiências' estava até então ligado à Secretaria Municipal da Educação, às Clínicas Psicológicas do Departamento de Saúde do Escolar, que desenvolviam assistência a crianças com problemas de aprendizagem e/ou 'necessidades especiais'. Logo no início, a gestão 89/92 decidiu que aquelas Clínicas seriam desativadas, a partir da compreensão de que as crianças portadoras de necessidades especiais deveriam ser incluídas em escolas e não remetidas a clínicas, devendo, se fosse o caso, dispor de acompanhamento terapêutico via Secretaria Municipal da Saúde (SME, 1991). Os psicólogos antes lotados nas Clínicas foram transferidos e parte deles passou a integrar o quadro da SMS.

Paralelamente, a Assessoria de Saúde da Criança foi incumbida de desenhar a proposta da SMS para as pessoas portadoras de deficiência e/ou necessidades especiais. Assim, entre 1989 e 1990, um grupo de trabalho ligado à Assessoria de Saúde da Criança, com a participação de técnicos da Secretaria Municipal da Educação e da Universidade de São Paulo, desenvolveu estudos sobre a assistência a portadores de deficiência. Não se chegou, no entanto, a concretizar uma proposta efetiva de ação, em função da rejeição dos movimentos das pessoas portadoras de deficiência ao processo, conforme atesta o depoimento da Assessora de Saúde da Pessoa Deficiente da SMS (a partir de junho de 1991), Rosa de Lurdes Azevedo dos Santos:

> *"Foi formado [pela administração] um grupo de trabalho para elaborar uma proposta que desse conta dos problemas que os deficientes colocavam. Esse grupo intersecretarial se reuniu, elaborou, sem a participação dos deficientes. Quando os deficientes souberam, não reconheceram o documento [assim produzido] e fizeram a Prefeita reverter tudo. Então, aquele documento foi extinto (...) diante disso, o Secretário se viu na obrigação de pensar um encaminhamento específico para os deficientes." (p. 1-2)*

Foi também grande a pressão do movimento via Conferências Municipais de Saúde, através do Conselho Municipal da Pessoa Deficiente:

> *"na 1ª Conferência havia poucas cadeiras de rodas, eles chamam mais a atenção, mas havia também outros deficientes - visuais, auditivos e os intérpretes, etc. Na 2ª já foi uma invasão maior; na 3ª tiveram que fechar uma ala só para cadeira de rodas, para os deficientes. (...) a discussão de seus problemas específicos se deu, então, no espaço das Conferências - eles cobravam soluções, aprovavam documentos (...) o que eles traziam eram questões pertinentes." (Rosa de Lurdes Santos, Assessora de Saúde da Pessoa Deficiente da SMS, p. 8)*

Ao lado de todos esses desdobramentos, técnicos das equipes de saúde mental, principalmente profissionais tais como terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos que, por formação acadêmica e profissional, tinham experiência de atendimento daquela população, expressaram preocupação também com a sua assistência e passaram a organizar ações destinadas ao acompanhamento de pessoas portadoras de deficiência, idosos, bebês de risco, hipertensos e pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas. Iniciaram-se assim, em algumas administrações regionais de saúde, como Campo Limpo e Tatuapé, trabalhos visando a assistência daqueles pacientes (Rosa de Lurdes Santos, 1996).

No início de junho de 1991, o Conselho Municipal da Pessoa Deficiente, em audiência com o Secretário Municipal da Saúde, Carlos Neder, reivindicou uma série de medidas - até então não concretizadas, e vinculadas a uma política de saúde voltada à pessoa portadora de deficiência no Município de São Paulo, conforme compromisso de campanha, solicitando providências quanto a:

> *"- acessibilidade a todos os equipamentos de saúde, com eliminação de barreiras arquitetônicas, adequação do espaço físico, adaptação das instalações, transportes adequados, etc.;*
> *- incorporação às políticas de saúde voltadas ao trabalhador, à mulher e à criança da problemática da deficiência;*
> *- destinação orçamentária para implantação de projetos de atendimento específico aos deficientes, com base nas Diretrizes Gerais da Secretaria Municipal da Saúde;*
> *- criação de Centros de Reabilitação e de Centros de Convivência e Cooperativa para o atendimento também aos deficientes;*
> *- implantação na rede do projeto "Tratamento de Escaras";*
> *- otimização dos Leitos de Retaguarda;*
> *- implantação, em conjunto com outras Secretarias Municipais, do projeto 'Casas Comunitárias', uma alternativa aos leitos de retaguarda." (SMS, 1992d, Anexo III, s/p.)*

Como encaminhamento dessa solicitação, essas questões foram pautadas em reunião da Coordenadoria do Centro de Organização de Atenção à Saúde (COAS) e, ainda em junho de 1991, foi indicada Rosa de Lourdes Azevedo dos Santos para assumir o compromisso de sistematizar as demandas do Conselho Municipal da Pessoa Deficiente e processar a sua implantação na rede.

Na seqüência, ficou clara a necessidade de criar-se um Grupo de Trabalho que, a nível da Secretaria Municipal da Saúde, contasse com a participação efetiva de representação do Conselho Municipal da Pessoa Deficiente (CMPD), para elaboração de proposta que contemplasse as respectivas demandas. Assim, em fins de setembro de 1991, foi nomeado, pelo Secretário de Saúde, o Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde do Deficiente, sob orientação do COAS, com aquela característica; havia também representantes do Programa Estadual de Saúde do Deficiente, tendo em vista não só a questão da municipalização, mas também o acúmulo de suas experiências desde 1984 (conforme relatado no Capítulo 3).

> *"Nesse Grupo de Trabalho, começamos a traçar o que se pensava para o município. Convidamos pessoas do Estado, notadamente do GEPRO [Grupo do Programa de Saúde da Pessoa com Deficiência], para ajudar, uma vez que tinham mais experiência. (...) Levantou-se linhas [de trabalho], para poder ir sedimentando [as propostas] a nível de cada uma das regiões." (Rosa de Lurdes Santos, Assessora de Saúde da Pessoa Deficiente da SMS, p. 2)*

O Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Deficiente: aspectos gerais

O Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Deficiente, assim elaborado, tinha como princípios gerais:

"a) As pessoas portadoras de deficiências são parte integrante da população em geral e, como tal, devem ter o mesmo acesso aos serviços de saúde.

b) As pessoas deficientes devem ter suas necessidades de atenção às intercorrências de saúde resolvidas nos mesmos locais do restante dos cidadãos.

c) A deficiência não deve ser confundida com doença e nem sempre se constitui em fator de agravamento das doenças.

d) Todos estão sujeitos à instalação de deficiências e incorre-se em omissão, quando não se garante o atendimento.

e) O atendimento à saúde da pessoa portadora de deficiência deve ter como base o enfoque da interprofissionalidade.

f) O atendimento ao deficiente deve ter como grande meta o desenvolvimento de suas potencialidades, buscando-se uma melhor qualidade de vida para o mesmo.

g) Deve-se atender o deficiente como uma pessoa completa que é; um sujeito que tem uma história de vida e que vive em seu meio ambiente particular, com condições singulares de vida, interagindo com esse contexto (que também o suporta).

h) A pessoa portadora de deficiência é cidadã e, enquanto tal, um sujeito com direitos e deveres perante a sociedade.

i) As ações de saúde voltadas às pessoas portadoras de deficiências, implantadas na rede, devem ser sistematicamente avaliadas pelos planejadores, dirigentes, executores e usuários, com o propósito de possibilitar mudanças e redirecionamento para que o atendimento prestado nos diversos níveis do sistema seja continuamente aprimorado" (SMS, 1992d, p. 16-7)

Esse princípios coincidiam com a maior parte daqueles defendidos quando da implantação do Programa Estadual de Saúde do Deficiente elaborado em 1984, na Secretaria Estadual de Saúde (SES,1985), como também com aqueles propostos pelos organismos internacionais (cf. Capítulo 3), e pelas organizações de deficientes nas Conferências Municipais de Saúde de 1990 e 1991.

Da mesma maneira que para a saúde mental, trabalhou-se com a idéia de criação de equipes de profissionais nos diferentes níveis de complexidade dos serviços, que deveriam ser organizados de forma regionalizada e distritalizada, hierarquizados em níveis de complexidade crescente e coordenados entre si numa rede de referência e contra-referência. A proposta previa e detalhava ações, das mais simples e gerais às mais complexas e específicas, que se realizariam nos diferentes equipamentos - UBSs, UBSs com equipe de referência em reabilitação, Ambulatórios, Hospitais e Serviços Regionais de Reabilitação. Pontuava a importância dos serviços serem hierarquizados mas não a população usuária, pois "a gravidade do caso não corresponde necessariamente à complexidade da ação" (SMS, 1992d, p. 36).

Apontava-se como básica a atuação conjunta de todas as Instituições da comunidade, para além do setor saúde, para a garantia de uma atenção integral à pessoa portadora de deficiência. Considerando as muitas interfaces entre os diferentes grupos de deficientes e entre estes e os demais grupos populacionais, bem como a tendência crescente de incidência de deficiências múltiplas, os serviços e as equipes de saúde não deveriam se estruturar para atender exclusivamente às pessoas portadoras de deficiência e muito menos se organizar para atendimento exclusivo de tipos específicos de deficiência (SMS, 1992d).

As UBSs, como em toda saúde, seriam as "portas de entrada do sistema" e representariam suporte objetivo à necessidade de atenção ao conjunto da população, incluídos aí os portadores de deficiência, devendo portanto atendê-los na própria unidade e/ou encaminhá-los a hospitais gerais, ambulatórios e laboratórios mais próximos de suas residências.

> *"Tínhamos que ter em mente o nível de complexidade de resposta aos problemas. Tendo uma concepção do papel da UBS (...) era claro que, quando ele [o portador de deficiência] chegasse, tinha que ter o direito a seu tratamento dentário, ao trabalho de prevenção; se for mulher, à atenção ginecológica, como qualquer população (...). A unidade tem que se organizar para dar respostas não para o deficiente, mas para encarar esse indivíduo como cidadão que pode e deve freqüentar a Unidade, que também lhe pertence." (Rosa de Lurdes Santos, Assessora de Saúde da Pessoa Deficiente da SMS, p. 12)*

É importante registrar que os portadores de deficiência, ao debateram o acesso não discriminado às UBSs e seus demais direitos, referenciavam-se na necessidade de cumprimento da Constituição, exigindo que a saúde fosse de fato um direito de todos, um direito de cidadania, ao qual deviam ter acesso universal e igualitário, discutindo também, por exemplo, a igualdade de tratamento nas escolas, com a criação de mecanismos que trabalhassem, nesses espaços, suas necessidades especiais, integrando-se os deficientes à rede escolar regular (José Roberto e Gilberto Fracheta, representantes do CMPD, 1995).

As UBSs, portanto, deviam "se constituir no local por excelência de atendimento ao deficiente" (SMS, 1992d, p. 22). Em conseqüência, considerou-se que, para que isso pudesse ocorrer, seria de essencial importância a eliminação de barreiras arquitetônicas, a capacitação dos profissionais já contratados para o atendimento aos deficientes e a contratação de técnicos da área. A idéia principal

seria oferecer atendimento o mais próximo possível da moradia da pessoa, respeitando a proximidade sócio-cultural com a comunidade, fatores fundamentais do processo de reabilitação/habilitação.

A reabilitação foi definida como:

> *"o processo pelo qual se proporciona ao usuário sua inserção participativa na sociedade, através da utilização de um conjunto de procedimentos, que visam o desenvolvimento de capacidades adaptativas. Disto decorre que se deve considerar tanto o reabilitando, como o ambiente em que ele vive, mediante intervenções de natureza médica, psicológica, fisioterápica, sociológica, política, etc. Daí se entender, por exemplo, que o tratamento de uma lesão é, apenas, um dos aspectos do processo reabilitacional." (SMS, 1992d, p. 22)*

Uma outra questão assinalada por aquele grupo dizia respeito à necessidade de que a equipe interprofissional de reabilitação atuasse a partir da concepção de "saúde como uma determinação social, expressão das condições de vida e trabalho em que está submetida a população numa determinada sociedade" (SMS ,1992d, p. 23).

O Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência definiu uma série de ações a serem desenvolvidas nos diferentes serviços, no sentido de promover a saúde, a prevenção primária e a detecção precoce de deficiências, que não dependeriam da intervenção específica de uma equipe de reabilitação. Já no âmbito da prevenção de incapacidades, como em hanseníase, geriatria, doenças crônico-degenerativas, gestações de alto risco, alcoolismo, epilepsia e outras situações, o trabalho seria feito pela equipe de saúde da UBS, com retaguarda de uma equipe de reabilitação, e contaria com alguns equipamentos e materiais simples e de baixo custo.

Uma outra preocupação era a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor nos primeiros anos de vida, principalmente em bebês de risco, a ser realizado pela equipe da unidade, com o auxílio da equipe de reabilitação.

Nas UBS comuns e naquelas com equipe de referência, como também nos ambulatórios de especialidades, estavam previstos o acompanhamento e o controle dos grupos: propensos à instalação de incapacidades; de re-socialização e promoção da autonomia; de orientação de usuários com incapacidade já instalada - leve ou

moderada. Ao mesmo tempo, várias proposições foram feitas no sentido da manutenção do grau de autonomia já alcançado.

Naquele Programa estavam delineadas ações gerais, através de interconsultas e terapias da equipe de reabilitação, a serem realizadas nas unidades hospitalares, com o objetivo de facilitar a prevenção ou impedir o agravamento de incapacidades já existentes, tais como: movimentação no leito; exercícios respiratórios; atendimento de usuários no leito. Nesse caso, a unidade deveria contar com assistente social, enfermeiro, fisiatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Em relação às ações complexas de reabilitação propôs-se também a criação de Serviços Regionais de Reabilitação, com apoio hospitalar, para o atendimento de usuários, imediatamente após adquirida a deficiência; necessitava-se, para isso, de intervenções com caráter mais intensivo e de duração relativamente curta. Esses serviços deveriam contar com equipe completa de reabilitação: assistente social, enfermeiro, fisiatra ou clínico geral, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, cinco atendentes de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem (todos com 40hs/semanais) e dois motoristas (08 hs/semanais).

Quanto à operacionalização das ações, sugeriu-se inicialmente o diagnóstico da realidade regional e de cada distrito, no tocante a: indicadores de saúde; disponibilidade de recursos assistenciais e profissionais da rede; identificação e caracterização das pessoas portadoras de deficiência, bem como o estabelecimento de nexos causais para a compreensão da prevalência de portadores de deficiência naquela região. Num segundo momento, haveria a implantação dos diversos níveis de atenção e do sistema de referência e contra-referência e, posteriormente, a elaboração de estratégias de trabalho, a nível das diferentes unidades de saúde, em termos de intervenção individual, grupal e coletiva.

Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Deficiente: os recursos humanos

Um ponto importante do Programa era a apresentação detalhada das funções e competências dos profissionais por categorias e da equipe interprofissional de reabilitação. Eram apontados princípios éticos da atuação profissional, que

ressaltavam a necessidade de que esta se revestisse de uma postura de compromisso junto à equipe de trabalho e à clientela, onde a prática do dia-a-dia tratasse o indivíduo na sua integralidade, atribuindo-lhe um lugar de sujeito concreto e contribuindo para a criação de uma nova mentalidade, que impregnasse as relações sociais estabelecidas com a população deficiente e técnicos de uma maneira geral, valorizando-se práticas solidárias de apoio e orientação, visando a multiplicação de uma nova visão sobre a pessoa deficiente e sobre a qualidade dos serviços a ela prestados.

Uma postura dessa natureza buscava favorecer, também, a necessária participação dos usuários na condução do processo de tratamento e uma visão mais integral do atendimento a ser desenvolvido.

O Programa de Saúde do Deficiente apontava claramente para a necessidade de efetivação de trabalhos interprofissionais, objetivando criar atenção voltada às necessidades do usuário. Detalhava as principais atribuições de cada categoria profissional, bem como os recursos materiais específicos para a efetivação de suas ações, de forma a dar algumas indicações sobre o grau de responsabilidade dos diferentes técnicos na implantação e constituição da assistência.

Apontava como fundamental que os profissionais fossem devidamente capacitados para as ações propostas; para tanto seria necessário um investimento para mantê-los formados, informados e consequentemente estimulados para essa modalidade de atendimento. A proposta aqui era a de que se estruturassem:

> *"cursos de capacitação, treinamento, etc., a nível de cada Distrito de Saúde, com a participação efetiva de deficientes, através da indicação do Conselho Municipal da Pessoa Deficiente e dos Conselhos Gestores, onde as questões que lhes dizem respeito pudessem ser discutidas numa visão não preconceituosa e não paternalista, onde se reconhecessem as potencialidades e possibilidades do cidadão deficiente, enquanto usuário dos serviços de saúde." (SMS, 1992d, p. 49)*

Segundo a proposta do Grupo de Trabalho, os profissionais que iriam atuar direta ou indiretamente com esse segmento da população deveriam passar por um processo de reflexão sobre vários temas, tais como: atitudes frente à pessoa portadora de deficiência - preconceitos, estigma, discriminação; conceituação de deficiência e de reabilitação; relação entre o usuário deficiente e o profissional;

situação histórica das pessoas deficientes; sexualidade da pessoa deficiente; organização dos movimentos da pessoa deficiente; etc. Estes tópicos poderiam ser trabalhados através de palestras, dinâmicas de grupo, oficinas de trabalho, ou outros meios, com a participação das pessoas deficientes.

Além disso, para o treinamento específico previa-se ainda a discussão de conteúdos técnico-científicos, abrangendo: principais causas e quadros de deficiências físicas, mentais e sensoriais; técnicas de avaliação e intervenção em casos de deficiência; técnicas de condução de grupos e de realização de entrevistas; ações de prevenção e detecção precoce de deficiências; principais modelos de reabilitação, incluindo reabilitação baseada na comunidade; modelos de equipe e crises do desenvolvimento humano.

Finalmente, considerava-se também um outro nível de atuação a ser abrangido pelos treinamentos, relativo à questão do planejamento, gerenciamento e organização de serviços, abarcando: histórico de reabilitação; principais políticas públicas de reabilitação; situação dos recursos de atendimento às pessoas deficientes; interação com outros profissionais de saúde; princípios básicos de planejamento em saúde e elaboração de diagnóstico institucional dos recursos de saúde.

Fundamental era articular a participação e o compromisso dos envolvidos no contexto da realidade local, da discussão técnica, do planejamento e das estratégias de implantação (SMS,1992d).

O Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Deficiente: metas e estratégias de implantação

Subdividiram-se as metas e estratégias temporalmente.

Quanto às de curto prazo, pensou-se na pronta readequação da rede física, condição necessária ao acesso dos portadores de deficiência ao sistema; e também na reorganização do atendimento.

As de médio prazo eram quatro: implantação de Unidades de Reabilitação em pontos estratégicos da cidade; lotação de equipe interprofissional de reabilitação em cada Unidade de Reabilitação; implantação de cirurgias plásticas para portadores

de escaras em alguns Hospitais Municipais e implantação de projetos de Atendimento Domiciliar.

Já os de longo prazo visavam a criação de Unidades de Reabilitação, vinculadas aos Ambulatórios de Especialidades, pelo menos em todas as Administrações Regionais de Saúde do Município e a eliminação paulatina dos convênios de leitos de retaguarda, a serem substituídos por moradias alternativas, tais como Lares Abrigados, Casas Comunitárias, etc., com a garantia do processo de reabilitação no seu sentido mais amplo (SMS, 1992d).

Vários outros programas e projetos foram também pensados conjuntamente, mas acabaram não acontecendo. Um deles foi o da Casa Comunitária, conforme reivindicação já apresentada pelo Conselho Municipal da Pessoa Deficiente:

> *"o que se pretendia era, nos espaços da COHAB, criar as Casas Comunitárias adaptadas (...) de maneira que os usuários tivessem retaguarda, passassem pela reabilitação, tivessem condições de se manter. Os profissionais poderiam estar fazendo visitas, acompanhando (...). A Casa seria administrada por eles [os portadores de deficiência]. Era um projeto muito avançado que não conseguiu sair do papel." (Rosa de Lurdes Santos, Assessora de Saúde da Pessoa Deficiente da SMS, p. 9)*

Portanto, o processo de construção das propostas e programas de governo não foi linear, nem no espaço nem no tempo; algumas só ficaram na intenção, mas a maioria, apesar dos percalços dos anos 89 e 90, devido a encaminhamentos equivocados e contraproducentes adotados pela gestão, foi elaborada pela administração com a intensa participação dos próprios portadores de deficiência, que assim influenciaram democraticamente o processo de pensar aquelas propostas e programas.

Alguns comentários sobre a política de saúde da pessoa portadora de deficiência da gestão 89/92

Um balanço das políticas de saúde da pessoa portadora de deficiência assumidas pelo governo do Partido dos Trabalhadores no Município de São Paulo demonstra que estão em consonância com o previsto oficialmente no Brasil, pelo próprio Ministério da Saúde (1995) - "Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde" (vide Cap3, 3.2.2); e igualmente, em nível internacional,

com o disposto pela ONU, no seu Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência, datado de 1982 (vide Cap3, 3.2.1).

Em tese, portanto, o tratamento dispensado aos portadores de deficiência pela gestão 89/92 não poderia ter sido mais correto. Uma análise objetiva dos fatos acima descritos, no entretanto, mostra que apenas no fim daquele período os programas e propostas mencionados - que tinham o acordo geral - estavam concretamente tendo sua implantação iniciada.

Este é um dado de certa forma revelador do imenso abismo entre teoria e prática, posto que, mesmo antes do início daquele governo, os movimentos que com ele trabalhavam desde a época de campanha já sabiam com muita clareza o que necessitavam e reivindicavam - e, da parte da Prefeitura, não era patente nenhuma discordância maior e nem há evidências de falta de vontade política em relação a este tema.

Finalmente, pudemos perceber no programa de atenção ao portador de deficiência o mesmo viés sanitarista que impregnou o de atenção aos portadores de transtornos mentais. Em outras palavras, embora a proposta fosse que ambos os usuários tivessem nas UBSs a porta entrada para o(s) atendimento(s) de que necessitassem, em condições equânimes e igualitárias a todos os demais usuários do sistema, isto, na prática, não aconteceu, como veremos adiante. Em muitos casos aqueles pacientes foram remetidos, para tratamento de seus problemas corriqueiros, para níveis de complexidade superiores, demonstrando que, ainda neste caso, há muito o que fazer para vencer a distância entre o que é projetado e o que ocorre objetivamente, fruto não só do imaginário como da inércia de atitudes, seja dos próprios usuários, seja dos funcionários e técnicos ou do próprio sistema.

5.3 A implementação das propostas e os resultados alcançados

É importante registrar, inicialmente, que o conteúdo deste item e do seguinte será estritamente baseado nos depoimentos dos respectivos gestores centrais aos quais faremos, sempre que necessário, referência explícita.

5.3.1 Saúde mental

As dificuldades e resistências à proposta

O processo de efetiva implantação das propostas de saúde mental da gestão municipal sob análise envolveu o enfrentamento - às vezes bem sucedido, às vezes não - de dificuldades de várias naturezas. Algumas internas à própria administração, tanto em relação às demais Secretárias de governo e outras instâncias de poder, como na própria Secretaria da Saúde, no nível central e também regional, distrital e local. Outras externas, seja na busca de convencimento e apoio de usuários / população, seja no diálogo e eventual embate com lideranças de movimentos ou, mais amplamente, nas relações e confrontos com outras esferas de governo, especialmente a estadual.

As resistências à proposta na área administrativa

O processo de implementação das políticas de saúde mental sofreu diversos tipos de oposição administrativa dentro do próprio governo municipal, por várias razões.

Uma delas é que muitos dirigentes, assessores e coordenadores tinham impregnada, em uma medida ou outra, a cultura manicomial que povoava e povoa o imaginário da maior parte da população. Ocorriam portanto reações pontuais de rejeição da proposta, em especial na assunção dos 'loucos' por parte de gestores, técnicos e funcionários dos serviços de caráter geral (UBSs, Hospitais, Parques e Centros Esportivos) e que exigiam, como permanente contraponto, um trabalho de convencimento e conscientização. Para contribuir nesta direção, foi importante o comissionamento e/ou a contratação de profissionais de saúde mental apoiadores das novas idéias e que, por sua competência técnica e política, acabaram ocupando postos de peso e influindo decisivamente para mudança de postura nas instâncias institucionais de poder, no sentido de maior aceitação do modelo antimanicomial em implantação.

Um outro foco de embates era a contraposição (não necessariamente real) entre duas óticas pretensamente distintas: uma, segundo a qual a abordagem dos problemas de saúde de uma dada base territorial (distrito, região, etc.) deve se dar

após a identificação do perfil epidemiológico da respectiva população, seguido do correspondente planejamento sanitário; outra, que previa a implantação - de certa forma independente - de programas e políticas de saúde (como os da área de Saúde Mental), que deveriam ser assumidos pela gestão como novas e fundamentais necessidades admitidas no setor, sem o que, dada a cultura prevalente, seguiriam sendo relegados a um segundo plano e postergados indefinidamente, frente a necessidades mais visíveis e socialmente mais unanimemente reconhecidas, presentes naquele perfil. Essas diferentes perspectivas geraram, segundo o assessor de saúde mental da SMS, Nacile Daud Jr., "uma 'briga feia' entre os diretores de ARS, de distritos e o Centro de Organização da Atenção à Saúde [COAS], onde os programas estavam aderidos" (p. 6). Muitos dos diretores "defendiam que, nos quatro anos [de mandato] na Prefeitura, o objetivo era fazer com que os serviços de saúde [já existentes] funcionassem, atribuindo-se à criação de novas propostas uma preocupação menor" (Daud Jr, p.7), ao que se opunha, é claro, aquela assessoria.

Na verdade Daud Jr. não considera que houvesse contradição concreta entre esses dois pontos de vista, pois os programas e políticas específicos não podiam e nem deviam ser vistos como estruturas verticalizadoras, que não obedecessem a um referencial epidemiológico: "os programas entram porque significam a expressão da reivindicação de um segmento da sociedade, mas têm que estar submetidos a um processo de planejamento local para construção dos distritos da saúde" (p. 6).

Na esfera administrativa estadual o principal problema foi a não municipalização dos hospitais psiquiátricos, fundamental para a efetivação do processo de desinstitucionalização na cidade. Isto implicou a não implantação dos Lares Abrigados - espaços para acolhimento dos pacientes crônicos, a serem transferidos dos referidos hospitais.

As resistências à proposta por parte da população

A proposta inovadora de democratização dos espaços públicos, subjacente ao combate à exclusão promovida pela cultura manicomial vigente, encontrou na própria população grandes entraves.

Os CeCCos eram equipamentos que tinham seu funcionamento previsto nos Parques Municipais e CDMs (Centros Desportivos Municipais). Nos Parques - no do

Ibirapuera, por exemplo - havia placas de conteúdo segregador, que pretendiam impedir o trânsito de 'loucos' e 'deficientes', o que exigiu, junto aos freqüentadores e aos próprios funcionários dos locais, um trabalho visando a superação das práticas estabelecidas. Nos Centros Esportivos a situação era pior: esses espaços eram vistos como locais de competição ou de preparação para a competição, ótica essa compartilhada inclusive pelos técnicos existentes, funcionários da Prefeitura. A abertura desses espaços para o lazer, a cultura física mais ampla, a convivência, teve que ser discutida com a Secretaria de Cultura e a de Esportes, de um lado e, de outro, com a população usuária e os técnicos, levando-se a mensagem:

> *"de que o importante não era o resultado mas a atividade, a possibilidade das pessoas poderem ter acesso àquelas práticas e, mais do que isso, ao Centro Esportivo; a um Centro Esportivo - Educacional, onde se desenvolvesse a cultura como um todo. Por que não se ter oficinas de pintura, de teatro ou outros tipos de linguagens?" (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p. 41-42)*

A mesma problemática perpassou a implantação dos Hospitais-Dia. Houve situações em que a população se organizou para tentar impedir a instalação dos HDs. Em Pirituba, por exemplo, onde o HD foi instalado numa antiga Clínica do Escolar, entre duas escolas, chegou a haver passeata com faixas do tipo "Não queremos Hospital Dia - queremos segurança para nossas crianças" (Daud Jr., p.44). A superação deste problema passou por dois momentos:

> *"Um, de convencimento da população. Nós tivemos que intervir no sentido de discutir, de ganhar a população (...), tornar o HD um lugar aceito para e aos olhos da população, quer o doente menta não ficasse só sob o olhar técnico, mas passasse a ser aceito pela população. Então aquele movimento de rejeição foi se esvaziando. Um segundo, que foi o processo de implantação mesmo - a Luiza Erundina, no dia da inauguração, fez uma fala muito interessante para a comunidade presente, mostrando que a questão do doente mental estava relacionada com a maneira como a sociedade lidava com ele; desmistificou a pecha preconceituosa do 'perigoso' e do 'incapaz'; disse que era super-importante ter um HD perto das escolas, para que as crianças, desde pequenas, fossem vendo e entendendo do que se tratava de fato a questão." (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p. 43-44)*

Os recursos financeiros

A gestão enfrentou alguns momentos de escassez relativa de recursos. Em determinadas regiões, contudo, possivelmente face à pouca experiência administrativa e à complexidade do município, houve ocasiões em que se encerrou o

ano sem que se conseguisse gastar o montante disponível. De uma forma geral, entretanto, o balanço desta questão é resumidamente o seguinte: não houve carência de recursos, este não foi um fator limitante do trabalho a ser desenvolvido. Segundo Daud Jr., utilizou-se 2,4% do orçamento da saúde para montar todo o modelo; aparentemente, é possível cobrir as necessidades da população como um todo, nessa área, com menos recursos dos que os precisos para o funcionamento de hospitais psiquiátricos, desde que haja uma política de utilização dos espaços gerais, como Parques Municipais, Hospitais, Unidades Básicas, etc., alugando-se, ao mesmo tempo - e não necessariamente construindo-se - Hospitais-Dia e Lares Abrigados.

As estratégias de superação das dificuldades encontradas

A parceria governo - movimento

Um outro aspecto importante a destacar é a grande proximidade entre a assessoria de saúde mental da gestão 89/92 e o movimento de saúde mental na cidade, especialmente com o "SOS Saúde Mental", originário da Comissão de Saúde Mental do Movimento Popular de Saúde da Zona Leste. Fica claro que a assessoria se identificava de tal forma com as reivindicações deste que chegava a se confundir com ele. Vale inserir aqui uma fala do assessor de saúde mental, que ilustra este ponto com muita clareza:

> *"nós fechamos o São Genaro [Hospital Psiquiátrico privado], a partir do movimento popular (...) a Secretaria Municipal da Saúde não tinha poder legal para intervir, então nós usamos a força organizada que se tinha em São Paulo, o movimento SOS Saúde Mental. Realizavam-se as plenárias e a gente decidia invadir hospital. Fizemos isso no de Vila Prudente, na Vila Alpina, no IPP, no Jabaquara, no São Genaro" (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p. 12)*

Assim, o fechamento de hospitais psiquiátricos muitas vezes resultou da ação conjunta do próprio governo e do movimento, em alguns casos com o apoio de parlamentares, como no de São Genaro, em que acabaram todos processados na justiça (mas foram absolvidos, ganhando a causa). Essas mobilizações, que conduziram ao fechamento de hospitais psiquiátricos, levaram também à discussão, junto à população das respectivas regiões, do modelo a ser implementado, e à

implantação de Centros de Convivência, Hospitais-Dia, etc. (a partir do fechamento do Hospital de Vila Alpina, do IPP no Jabaquara, dentre outros).

A estratégia de atuação em estreita proximidade com o movimento, por parte da assessoria de saúde mental, foi recorrente em toda a gestão, levando-a a operar nos limites dos espaços institucionais e da dinâmica por eles determinada, de forma radical e no extremo do permissível pelos filtros existentes, no sentido de implantar sua proposta política inovadora. Mais que isso, o grau de identificação da assessoria de Saúde Mental com o movimento era tal que, como bem o demonstra o exemplo acima, o próprio assessor às vezes ajudava a articular ações políticas que extrapolavam o que seria possível fazer no espaço circunscrito pelas limitações institucionais inerentes ao seu cargo, alavancando os resultados obtidos, em relação aos que uma atuação puramente administrativa poderia produzir.

Mesmo assim, esse envolvimento na gestão, em relação à militância cotidiana, acirrou um processo de desgaste do grupo (das "pessoas de São Paulo", segundo Daud Jr.) frente ao movimento nacional de trabalhadores de saúde mental. Em contrapartida, essa inserção institucional possibilitou, apesar de inúmeros percalços, a articulação com prefeituras petistas ou próximas, no sentido de se definir uma linha conjunta de atuação administrativa, na questão da saúde mental, no Estado de São Paulo e mesmo no país. Essas experiências de integração foram significativas e promoveram, entre outros, um trabalho de peso na II Conferência Nacional de Saúde Mental e na aprovação do Projeto de Lei Paulo Delgado na Câmara dos Deputados, fortalecendo mutuamente as ações desenvolvidas nos vários municípios.

Uma outra estratégia era a de buscar respaldo para o modelo através do fortalecimento do apoio à sua implantação junto aos Conselhos Gestores, aos Conselhos Distritais e ao Conselho Municipal de Saúde, a partir de ações articuladas em conjunto com setores populares.

Essa parceria permanente e recíproca movimento-governo foi portanto um dos eixos centrais de ação política da gestão, funcionando tanto como mecanismo de convencimento da população, objetivando a suplantação das resistências encontradas à implantação do modelo, como elemento articulador de apoio nas instâncias de poder institucionais.

A política de recursos humanos

A política de recursos humanos foi um pilar extremamente importante para a implantação do modelo de saúde mental em questão.

Foram incorporados cerca de1.600 trabalhadores de saúde mental.

Parte deles entraram por uma questão de mercado de trabalho - a gestão tornou atrativos os postos de trabalho criados -, sem um afinamento específico com o modelo a ser implementado e mesmo sem formação adequada para tal. Esta falta de sintonia deveu-se, em certa medida, a contradições do próprio processo de contratações. Todos os concursos eram feitos pela Secretaria da Administração Municipal; a SMS não concordava com essa sistemática que trazia inúmeros entraves burocráticos e administrativos. Foram inúmeros os embates travados até que a SMS conseguisse autonomia nesse aspecto. Entretanto, na própria SMS o ponto de vista da Direção de Recursos Humanos era, na visão da Assessoria de Saúde Mental, muito racionalizador. Propostas de inclusão de metodologias mais subjetivas, como por exemplo entrevistas, complementadoras dos critérios 'objetivos' de contratação estabelecidos, defendidas pelo segmento ligado à saúde mental, foram voto vencido.

Consequentemente, muitos dos profissionais não tinham vontade pessoal e/ou conhecimentos suficientes para o tipo de intervenção que deles se esperava. Essa dificuldade se manifestou de forma diferenciada em relação aos diversos equipamentos.

Nos Centros de Convivência e nos Hospitais-Dia foi possível, a partir da incorporação de novos recursos humanos, mudar, em termos de pessoal, a correlação de forças existente, diluindo o poder médico e ampliando a equipe técnica, até porque a maioria dos profissionais que escolhiam esses espaços tinham de fato disponibilidade pessoal para o trabalho com o novo modelo, em relação ao qual esses equipamentos representavam pontos de apoio claramente visíveis. Reforçou-se assim, por essa via, o suporte às inovações políticas em curso.

Já nas UBSs a realidade era distinta. Quando se falava em programações para os deficientes, idosos, saúde mental, etc., verificava-se que havia uma disputa pelos vários profissionais, que acabaram:

> *"se diluindo, passando a ser cooptados por outras práticas mais tranqüilas, menos exigentes do ponto de vista do serviço público. (...) além disso, uma coisa é ter crítica da prática medicalizadora ou clínica mais tradicional e outra coisa é enfrentá-la, o que só é possível a partir de uma correlação de forças favorável." (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p. 54)*

A questão da capacitação de recursos humanos na área foi problemática. Embora este item fosse essencial, face ao processo seletivo pouco específico, que gerou a contratação de profissionais por vezes sem a necessária formação e/ou experiência, houve grande dificuldade na promoção de uma política permanente de formação e capacitação, obstaculizada pelo próprio Centro de Formação de Trabalhadores da Saúde (CEFOR), que de certa maneira refletia resistências gerais à proposta em setores da Prefeitura, como já mencionado. Eram colocados entraves à contratação de professores para os cursos, bem como de supervisores institucionais e de supervisores de práticas clínicas; esta última era a principal reivindicação dos técnicos de saúde mental na rede. Apenas tardiamente foi encontrada, por incompetência dos setores jurídicos ou até talvez por boicote, uma fórmula capaz de superar a questão, com a realização de um convênio guarda-chuva com a Universidade de São Paulo.

A luta antimanicomial no plano ideológico

Independentemente dessas questões de natureza mais concreta, a gestão municipal na área de saúde mental buscou, em um plano mais amplo, travar o combate à cultura manicomial existente.

Inúmeras ações foram empreendidas pela Prefeitura nesse sentido: psicodramas públicos na Praça da Sé, dos quais chegaram a participar 800 pessoas; utilização de um grupo de rua - o 'Loucos Nós', que fazia performances; exposição fotográfica - 'Manicômio - Passado e Presente', que transitou pela cidade inteira, e um filme de mesmo nome, que serviram como mobilizadores para discussões nos bairros; propostas culturais como o Coral Cênico da Saúde Mental, uma experiência de multilinguagem, e outros projetos. Houve inclusive iniciativas intersetoriais - isto

é, para além da área da saúde propriamente dita; a partir de temas como o debate sobre o suicídio, feito em conjunto com o Metrô (identificado como foco importante), a questão do alcoolismo junto ao funcionalismo e outros, criou-se o Grupo Intersecretarial de Cultura, Cidadania e Saúde Mental, que reunia oito Secretarias Municipais.

Deu-se igualmente importância à luta no plano jurídico. Apoiou-se irrestritamente o Projeto de Lei Paulo Delgado. A Prefeitura discutiu também a necessidade de elaboração de projetos de lei estaduais, como forma de fazer avançar o projeto de lei nacional. Em São Paulo, construiu-se o Projeto de Lei 366, de Reforma Psiquiátrica Estadual, que serviu como modelo para outros estados. Na Constituição municipal foi aprovada emenda que prevê a substituição progressiva dos manicômios, por formas 'alternativas' não segregacionistas de assistência.

A implantação do modelo: avaliação do processo e resultados da gestão

A avaliação do processo feita pelo ex-assessor é a de que a luta pela implementação das inovações políticas subjacentes ao novo modelo gerou uma dinâmica rica e, em boa parte, bem sucedida, levando à superação da maioria dos empecilhos de natureza burocrático-administrativa que se antepuseram, ao avanço da difusão da cultura antimanicomial e das alternativas de atenção à saúde mental existentes (em especial as defendidas e postas em prática pela Prefeitura), não só junto à população como aos profissionais do setor, em relação aos quais conquistou-se apoio significativo.

Acredita ele que foi possível combinar a defesa de programas específicos na área de Saúde Mental com uma prática de planejamento e organização descentralizados que respeitou as questões postas pelos perfis epidemiológicos particulares e correspondente territorialização das diferentes abordagens. Considera portanto que, se a tática adotada tivesse sido a de apenas fazer funcionar o que já existia, teriam sido perdidas as transformações efetivas que puderam ser levadas a cabo e, ao final da gestão, o saldo real obtido teria sido quase que nenhum.

Quanto aos resultados concretos, a avaliação é a de que o programa de saúde mental foi disseminado e implantado com sucesso em cerca da metade dos 32

distritos existentes. Do ponto de vista do núcleo assistencial do modelo, foram criados 227 serviços de saúde mental, distribuídos em 129 Unidades Básicas, embora não se tenha viabilizado em todas elas o quadro de pessoal previsto na normatização técnica prevista (não se conseguiu, por exemplo, alocar um terapeuta ocupacional em cada UBS, por falta de profissionais no mercado). Pode-se dizer que foi ampliada a competência das UBSs para a questão da saúde mental, não só da ótica dos recursos humanos mas também do ponto de vista da proposta de trabalho. Foram criados 14 Hospitais-Dia, 18 CeCCos, 15 Emergências Psiquiátricas e 03 Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais. Além disso, inseriram-se profissionais de saúde mental em 70 enfermarias de hospitais gerais.

Em 1992 foram atendidas cerca de 160.000 pessoas com problemas de saúde mental, valorizados aspectos éticos, humanos e de resolutividade, visando-se o exercício pleno da cidadania, em vez dos 20.000 casos/ano que se tratavam anteriormente, dentro de visão estritamente manicomial. Simultaneamente, houve diminuição de 1.400 leitos psiquiátricos entre 89 e 92 e foram fechados 9 hospitais psiquiátricos (contados os 2 desativados no início de 93, em conseqüência das políticas da gestão anterior) - nesse processo, em alguns momentos, foi preciso enfrentar inclusive dirigentes vinculados ao PT, que se opunham ao encerramento de convênios do Hospital do Servidor Público Municipal com hospitais psiquiátricos privados. Ressalte-se que, no Brasil, no mesmo período, a redução de leitos psiquiátricos foi de 8,27%, no Estado de São Paulo de 9,40%, enquanto que, no município de São Paulo, essa diminuição correspondeu a 27,15%, portanto significativamente maior (Ministério da Saúde e Dataprev, apud SMS, 1992e).

Finalmente, a descontinuidade do trabalho gerada pela derrota eleitoral de 1992 foi uma dura imposição da realidade. Contudo, a luta continuou (e continua), agora de novo apenas a nível do movimento organizado e de ações dos técnicos remanescentes nos serviços municipais e estaduais na cidade: foi criado o Fórum Paulistano Permanente de Saúde Mental, a partir de encontro realizado no final da gestão 89/92, quando já estava definido o quadro sucessório; o Fórum tem, de lá para cá, buscado defender as políticas implantadas e promover seu aprofundamento e avanço.

5.3.2 Saúde da pessoa portadora de deficiência

As dificuldades e resistências à proposta

As resistências à proposta na área administrativa

As dificuldades encontradas não foram, do ponto de vista qualitativo, distintas das que enfrentaram as políticas de saúde mental. Em ambas, havia uma falta de conscientização e de sensibilidade da própria administração em relação à urgência de se combater as atitudes segregadoras vigentes, profundamente enraizadas na cultura ambiente.

Existiu, entretanto, no caso da atenção aos portadores de deficiência, um agravante importante. O movimento popular de defesa dos direitos desse segmento da população constituía-se essencialmente de usuários e nele militavam poucos técnicos; as implicações deste fato eram uma inserção menor, se comparada à da saúde mental, nos espaços da máquina administrativa, seja a nível da Secretaria de Saúde - tanto na assessoria quanto internamente, seja nas instâncias incumbidas da implantação da proposta da gestão para a área da saúde. Assim, era reduzida a capacidade de pressão desses grupos dentro da máquina administrativa, em termos de recursos humanos atuantes, no tocante à causa - esta foi uma diferença marcante, em relação à saúde mental, em que aconteceu exatamente o oposto, como já registramos. Segundo a Assessora de Saúde da Pessoa Deficiente, "a articulação para constituir esses programas [na área da saúde] dependia do poder de força de cada um dos assessores. Uma pena, mas era assim que funcionava; foi assim que funcionou" (p. 13). E em outro trecho: "Se tivesse quem barganhasse, se os profissionais entravam e pediam, acontecia a qualquer custo. Se as pessoas ficavam esperando, não acontecia. O processo era esse - o grupo mais forte ganhava; quem falasse mais alto, ganhava" (p.7).

As resistências à proposta por parte da população e dos técnicos

Neste ponto os problemas foram muito similares aos já descritos para a área de saúde mental. Existia, aqui também, a crença, arraigada na população, de que os deficientes devem ser tratados à parte, excluídos dos locais comuns a todos. Havia o temor e a negação de que viessem a ocupar os mesmos espaços, compartilhar os mesmos atendimentos; daí a resistência às novas idéias. Para a Assessora "o

preconceito em relação a trazer deficiente para a rede é muito grande - as pessoas achavam que deviam continuar em instituições especializadas" (p.11).

Quanto aos técnicos, houve também alguns problemas. O encaminhamento efetivo, nos Distritos de Saúde, das ações propostas e aprovadas para os serviços, dependeu fundamentalmente, na visão da Assessora, da motivação, iniciativa e criatividade dos diferentes técnicos, em função do que as várias dificuldades foram - ou não - superadas. Nas UBSs, particularmente, locais onde se alocou a maioria dos profissionais, surgiram entraves ao desenvolvimento do programa, relacionados ao espaço, equipamentos e materiais disponíveis, que, na maioria dos casos, poderiam ter sido contornados. Esta problemática foi bastante relevante no caso dos terapeutas ocupacionais e, ainda mais, no dos fisioterapeutas:

> *"Houve muito problema, principalmente para fisioterapeuta; tinha um grupo de alguns dos fisioterapeutas contratados que alegava não poder fazer seu trabalho, por falta de equipamentos, e achava irresponsabilidade da Secretaria contratar profissionais de ponta, sem a infra-estrutura de que necessitavam. Mas havia outro grupo também de fisioterapeutas que não via o mesmo sentido nessa demanda, porque o trabalho iria depender igualmente da criatividade, das várias experiências, do trabalho domiciliar e, mesmo nas unidades, de processos de adaptações que não implicavam custos altos. Então, tinha profissionais que desenvolviam o trabalho nessa linha, enquanto que outros ficavam muito perdidos." (Rosa de Lurdes Santos, Assessora de Saúde da Pessoa Deficiente da SMS, p. 5-6)*

Os recursos financeiros

Aqui, de novo, não há propriamente um relato de falta de recursos; mas é grande a discordância quanto ao método de distribuição destes. "Havia autonomia no Distrito em relação às compras; mas isso [as compras] dependia do poder de barganha. Se uma assessoria tinha mais conhecimento nessa parte orçamentária, ganhava muito mais que quem não tivesse experiência" (Rosa de Lurdes Santos, Assessora de Saúde da Pessoa Deficiente da SMS, p. 7).

Neste caso, como no da saúde mental, a escassez de recursos foi superada, de uma forma ou de outra, encontrando-se, via de regra, soluções simples, e contando-se ora com a ajuda da comunidade, ora com a criatividade dos terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e outros técnicos.

O começo tardio de implantação do programa

Em função de todas essas resistências internas e pouca capacidade de pressão, do ponto de vista administrativo, o programa foi de fato implantado apenas em 1992, pela SMS e, portanto, bastante prejudicado, posto ser esse o último ano da administração em questão. Esta foi a maior dificuldade apontada:

> *"O programa chegou muito tarde; só se começou a trabalhar no final de 91 (...) foi um dos programas mais lesados, porque o movimento tinha participado da campanha, do programa dos 100 dias, e já tinha tudo traçado desde antes de a administração começar. Era um dos programas que deveria ter tido início imediato." (Rosa de Lurdes Santos, Assessora de Saúde da Pessoa Deficiente da SMS, p. 3)*

As estratégias de superação das dificuldades encontradas

A parceria governo - movimento

Colocar o movimento dos portadores de deficiência na linha de frente das cobranças feitas à administração foi uma das estratégias utilizadas. O programa foi apresentado e aprovado no Conselho Técnico Administrativo da SMS, levado às ARS e discutido em todas as regiões:

> *"em todas essas reuniões teve participação de deficientes. Foi muito interessante, porque eles chegavam em cadeira de rodas e o espaço não dava para eles entrarem, mas a gente fazia questão que eles entrassem. Então, alguém tinha que ir lá, botava no braço, a cadeira de rodas ficava fora. Tudo isso já trazia reflexão a respeito do problema." (Rosa de Lurdes Santos, Assessora de Saúde da Pessoa Deficiente da SMS, p. 4)*

Um outro fato, que também visibilizou a questão, foi a participação de deficientes nas Conferências, exigindo o cumprimento de seus direitos constitucionais de cidadania.

A política de recursos humanos

Como a implantação do programa se deu no último ano da gestão, a política de recursos humanos na área acabou indo a reboque das contratações feitas para outras finalidades, particularmente as de técnicos para a saúde mental, saúde do trabalhador e saúde da criança. Portanto, procurava-se atrair esses profissionais, nas UBSs, para o trabalho com os deficientes, o que às vezes era facilitado pela preferência de alguns desses técnicos (como terapeutas ocupacionais e

fonoaudiólogos) pela área. O discurso tendia, por conseguinte, a opor-se ao da saúde mental, enfatizando a lógica do planejamento e do perfil epidemiológico local, a ótica das necessidades e demandas que aí se verificassem, e relativizando a priorização de programas específicos (os da área estavam completamente defasados temporalmente e os da saúde mental, em pleno curso).

A implantação do modelo: avaliação do processo e resultados da gestão

A principal observação é a que se refere à lentidão do processo de definição e deliberação da proposta e da implantação do modelo na área e suas óbvias conseqüências negativas.

Apesar disso, foi possível engajar recursos humanos nas UBSs, ao longo da gestão, para a implementação do programa, obtendo os meios necessários através de mecanismos de pressão, nos serviços, pela via da ação conjunta com os movimentos pelos direitos das pessoas portadoras de deficiência e com o apoio da população.

O processo, como um todo, segundo a Assessora, permitiu a divulgação e o debate reflexivo sobre a problemática específica da deficiência; esse foi o grande e incontestável avanço. Em determinadas direções, contudo, pouco se andou. Este foi o caso da inserção de crianças portadoras de deficiência nas escolas e creches, em que não se passou da fase experimental. Tampouco foram adiante as tentativas de estruturar as ações mais complexas de reabilitação; e nem o projeto da Casa Comunitária, que dependia de ações conjuntas com as Secretarias da Habitação e da Educação - e não conseguiu sair do papel.

6. A CONSTRUÇÃO, AS ESTRATÉGIAS E OS EFEITOS DAS POLÍTICAS DA GESTÃO 89/92, NA ARS-6

6.1 Avaliação da situação da saúde na ARS-6

A Administração Regional da Saúde-6, ARS-6, corresponde aos distritos censitários de Ermelino Matarazzo, Ponte Rasa, Itaim Paulista, Jardim Helena, São Miguel Paulista, Vila Jacuí e Via Curuçá. Sua população e sua área representavam, em 1991, 7,4% e 4,0%, respectivamente, do total do município, sendo a densidade demográfica, portanto, 85% maior na ARS-6 do que em São Paulo como um todo. A ARS-6 compõem-se também de três Distritos de Saúde, a saber:

DS 61. **São Miguel Paulista**, correspondendo aos distritos censitários de Jardim Helena, São Miguel Paulista, Vila Curuçá e Vila Jacuí;

DS 62. **Ermelino Matarazzo**, compreendendo o distrito censitário de mesmo nome e o de Ponte Rasa;

DS 63. **Itaim Paulista**, englobando o distrito censitário de mesmo nome.

Essas informações estão sintetizadas, abaixo:

QUADRO 3

Classificação dos distritos de saúde e censitários da ARS-6,
por domicílios, habitantes e área, 1991

Distritos de saúde	Distrito censitário	Domicílios	População	Área / km^2	Hab. / km^2
São Miguel	Jardim Helena	27.616	118.381	9,10	13.009
	São Miguel	25.760	102.964	7,50	13.729
	Vila Curuçá	29.267	124.300	9,70	12.814
	Vila Jacuí	23.865	101.236	7,70	13.148
Ermelino Matarazzo	Ermelino Matarazzo	24.071	95.609	8,70	10.990
	Ponte Rasa	26.282	102.702	6,40	16.047
Itaim Paulista	Itaim Paulista	37.721	163.269	12,00	13.606
Total ARS-6		168.300	808.461	61,10	13.232
Município S. Paulo		2.630.138	9.646.185	1.509,00	6.392

Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo - Sposati, (Coord.), 1996

6.1.1 Condições de vida e saúde na ARS-6

Registramos a seguir, no sentido de fornecer alguns dados sobre a situação relativa dos distritos da ARS-6, alguns dos "indicadores de discrepância" apresentados no Mapa de Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo (Sposati, Coord., 1996), que é uma referência para um conjunto muito mais pormenorizado de indicadores sociais comparativos da situação dos distritos do Município de São Paulo[1]. Os "indicadores de discrepância" classificam os distritos tomando por base a distância entre aquele com melhor condição de inclusão e o de pior condição de exclusão. Os quadros 4 a 6 referem-se a rendimentos do chefe de família nos distritos da ARS-6, assim como apresentam os índices relativos aos extremos acima referidos.

QUADRO 4

Discrepâncias dos distritos da ARS-6, segundo chefes
de família sem rendimento, no Município de São Paulo, 1991

Posição	Nome do distrito	Índice de discrepância
01	Iguatemi	5,12
06	**Jardim Helena**	4,15
13	**Ermelino Matarazzo**	3,23
19	**Itaim Paulista**	3,07
31	**São Miguel**	2,48
33	**Vila Jacuí**	2,42
50	**Ponte Rasa**	2,08
86	**Vila Curuçá**	1,29
96	Alto de Pinheiros	1,00

Fonte: Mapa de Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo - Sposati, (Coord.), 1996

[1] *O Mapa da Exclusão/Inclusão da Cidade de São Paulo é fruto de duas modalidades de construção, uma quantitativa e outra qualitativa. A construção quantitativa, que citamos neste trabalho, baseou-se no levantamento de fontes de dados numéricos (Censo do IBGE de 1991; recenseamentos da cidade realizados pelas Secretarias da Família e Bem-Estar Social do Estado e do Município; dados censitários da Secretaria Municipal de Planejamento e da Coordenadoria de Análise e Planejamento da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo; dados censitários e distritalizados do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo/ Pro-AIM; pesquisa Origem/Destino realizada pelo Metrô 87 e dados da Fundação Seade) que foram normalizados em tabelas, por distritos, em ordem alfabética e posteriormente transformados em tabelas percentuais com dados relativos, o que permitiu a elaboração de indicadores e índices, resultando na classificação dos 96 distritos do município de São Paulo de acordo com o Índice de*

QUADRO 5

Discrepâncias dos distritos da ARS-6, segundo o rendimento dos chefes de família até 1,5 salários mínimos, no Município de São Paulo, 1991

Posição	Nome do distrito	Índice de discrepância
01	Marsilac	14,27
03	**Jardim Helena**	11,24
04	**Itaim Paulista**	10,92
06	**São Miguel**	10,13
07	**Vila Curuçá**	9,78
09	**Vila Jacuí**	9,45
18	**Ponte Rasa**	8,40
32	**Ermelino Matarazzo**	7,81
96	Jardim Paulista	1,00

Fonte: Mapa de Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo - Sposati, (Coord.), 1996

QUADRO 6

Discrepâncias dos distritos da ARS-6, segundo o rendimento dos chefes de família com mais de 20 salários mínimos, no Município de São Paulo, 1991

Posição	Nome do distrito	Índice de discrepância
01	Morumbi	259,93
64	**Ponte Rasa**	13,60
71	**São Miguel**	8,97
75	**Ermelino Matarazzo**	7,97
81	**Vila Jacuí**	5,92
89	**Vila Curuçá**	3,54
93	**Itaim Paulista**	2,26
94	**Jardim Helena**	2,16
96	Cidade Tiradentes	1,00

Fonte: Mapa de Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo - Sposati, (Coord.), 1996

O quadro 7 retrata o acesso a serviços básicos de saúde na ARS-6, em relação ao disponível em outros distritos.

Exclusão Social de São Paulo, definido a partir dos Índices de Discrepância Interdistrital e de Exclusão Social Interdistrital (Sposati, Coord., 1996).

QUADRO 7

Discrepâncias dos distritos da ARS-6, segundo o acesso a serviços básicos de saúde, Município de São Paulo, 1993

Posição	Nome do distrito	Índice de discrepância
01	Sé	0,00
14	**São Miguel**	2,34
24	**Jardim Helena**	3,38
49	**Vila Jacuí**	6,15
64	**Ermelino Matarazzo**	7,88
70	**Itaim Paulista**	8,41
79	**Ponte Rasa**	10,91
83	**Vila Curuçá**	12,23
96	Vila Guilherme	39,34

Fonte: Mapa de Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo - Sposati, (Coord.), 1996

O quadro 8 reflete o índice de exclusão relativo à qualidade de vida (IexQV)[2]:

QUADRO 8

Classificação dos distritos da ARS-6, segundo o Iex Qualidade de Vida, Município de São Paulo, 1991

Posição	Nome do distrito	IexQA	IexQD	IexAIP	IexUTU	IexDSS	Soma	Iex QV
01	Marsilac	-1,00	-1,00	0,00	0,00	-0,54	-2,54	-1,00
03	**Jardim Helena**	-0,16	-0,65	0,00	-0,52	-0,26	-1,58	-0,62
09	**Itaim Paulista**	-0,08	-0,32	0,00	-0,77	0,08	-1,10	-0,43
12	**Vila Curuçá**	-0,06	-0,43	0,02	-0,52	0,06	-0,93	-0,37
14	**São Miguel**	-0,04	-0,29	0,00	-0,29	-0,28	-0,90	-0,35
31	**Ermelino**	-0,07	-0,28	0,00	-0,26	0,11	-0,50	-0,20
32	**Vila Jacuí**	-0,08	-0,14	0,00	-0,39	0,13	-0,47	-0,19
40	**Ponte Rasa**	-0,05	-0,12	0,00	-0,13	0,08	0,21	-0,08
96	Moema	0,00	0,72	0,47	0,82	-0,16	1,84	1,00

Fonte: Mapa de Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo - Sposati, (Coord.), 1996

[2] *O IexQV é resultado da avaliação dos seguintes componentes: qualidade ambiental (IexQA); qualidade de domicílios (IexQD); atração de investimentos públicos (IexAIP); uso do tempo útil (IexUTU) e déficit de serviços sociais (IexDSS).*

O quadro 9 classifica os distritos do Município de São Paulo segundo o índice de exclusão de desenvolvimento humano (IexDV)[3]:

QUADRO 9

Classificação dos distritos da ARS-6,

segundo o Iex Desenvolvimento Humano, Município de São Paulo, 1991

Posição	Nome do distrito	IexEP	IexDE	IexEE	IexL	IexRM	IexV	Soma:	IexDH
01	Vila Andrade	-0,65	-0,23	-0,84	-0,80	-0,48	-0,59	-3,60	-1,00
03	**Itaim Paulista**	-0,77	-0,57	-0,17	-0,75	-0,36	-0,82	-3,43	-0,95
08	**Vila Curuçá**	-0,75	-0,51	-0,06	-0,66	-0,24	-0,51	-2,73	-0,76
19	**Vila Jacuí**	-0,70	-0,40	-0,06	-0,64	-0,10	-0,07	-1,97	-0,55
21	**São Miguel**	-0,69	-0,34	0,08	-0,32	-0,62	-0,07	-1,95	-0,54
27	**Ermelino Matarazzo**	-0,63	-0,24	0,07	-0,42	-0,34	0,00	-1,57	-0,44
29	**Jardim Helena**	-0,78	-0,59	-0,18	-0,73	-0,17	1,00	-1,45	-0,40
37	**Ponte Rasa**	-0,60	-0,15	0,21	-0,23	0,51	-0,65	-0,92	-0,25
96	Moema	-0,27	0,90	0,80	0,48	0,82	1,00	3,73	1,00

Fonte: Mapa de Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo - Sposati, (Coord.), 1996

Perfil Epidemiológico da ARS-6

Quanto ao perfil epidemiológico, as mais importantes causas de morte na região são as de natureza crônico-degenerativas; esse perfil, portanto, não difere substancialmente da cidade como um todo. Contudo, comparativamente, verifica-se que há um maior percentual de óbitos em decorrência de violências, acidentes, suicídios, causas perinatais e doenças infecto-parasitárias, enquanto que, de outro lado, há menor incidência relativa de mortes por doenças crônico-degenerativas.

Os quadros abaixo detalham essas observações.

---

[3]*O IexDV é resultante do somatório de fatores relativos: à escolarização precária dos chefes de família, isto é, não alfabetizados e entre 1 e 3 anos de estudo (IexEP); ao déficit no desenvolvimento educacional dos chefes de família - medido pela comparação dos anos de estudos, por distrito (IexDE); à falta de estímulo à educação (IexEE); à exclusão da longevidade, que mede o percentual de habitantes com idade superior a 70 anos (IexL); ao risco de morte (IexRM) - mortalidade infantil, juvenil e anos potenciais de vida perdidos; à exposição à violência, que quantifica furtos, homicídios, roubo e roubo de veículos (IexV).*

QUADRO 10

Distribuição de óbitos por causas, no município de São Paulo e na ARS-6

CAUSA DO ÓBITO	Município de São Paulo		ARS-6	
	nº de casos	% de casos	nº de casos	% de casos
1. Doença do aparelho circulatório	20.551	31,5	1.355	29,3
2. Tumores (Câncer)	9.457	14,5	518	11,2
3. Violências / Acidentes / Suicídios	9.329	14,3	780	16,9
4. Doenças do aparelho respiratório	8.573	13,1	602	13,0
5. AIDS / Diabetes / Desnutrição	5.209	8,0	366	7,9
6. Doenças do aparelho digestivo	3.158	4,8	222	4,8
7. Causas perinatais	2.413	3,7	265	5,7
8. Doenças infecto parasitárias	2.279	3,5	190	4,1
9. Doenças aparelho geniturinário	1.071	1,6	73	1,6
10.Demais causas de óbito	3.239	5,0	255	5,5
TOTAL	65.279	100,0	4.626	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo, 1994

QUADRO 11

Distribuição de óbitos por causas violentas/acidentes no município de São Paulo e na ARS-6

CAUSA DO ÓBITO	Município de São Paulo		ARS-6	
	nº de casos	% de casos	nº de casos	% de casos
1. Homicídios	4.495	48,2	396	50,8
2. Acidentes de trânsito	1.710	18,3	140	17,9
3. Demais acidentes	986	10,6	66	8,5
4. Suicídios	476	5,1	38	4,9
5. Quedas	391	4,2	50	6,4
6. Afogamentos	133	1,4	12	1,5
7. Demais causas externas	1.138	12,2	78	10,0
TOTAL	9.329	100,0	780	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo, 1994

QUADRO 12

Distribuição de óbitos por doenças de notificação compulsória,
no município de São Paulo e na ARS-6

CAUSA DO ÓBITO	Município de São Paulo		ARS-6	
	nº de casos	% de casos	Nº de casos	% de casos
1. AIDS	2.943	74,9	182	67,2
2. Tuberculose	601	15,3	45	16,6
3. Meningite	208	5,3	25	9,2
4. Doença meningocóccica	102	2,6	13	4,8
5. Esquistossomose	45	1,1	2	0,7
6. Leptospirose	19	0,5	3	1,1
7. Encefalite viral	4	0,1	0	0
8. Leishmaniose	3	0,07	1	0,4
9. Tétano	2	0,05	0	0
10.Poliomielite	2	0,05	0	0
11.Febres tifóides e paratifóides	1	0,02	0	0
12.Hanseníase	1	0,02	0	0
TOTAL	3.931	100,0	271	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo, 1994

> *"Nós tínhamos uma das mais altas taxas de mortalidade infantil, tínhamos um volume muito maior do que a média de notificação de doenças compulsórias, tínhamos uma quantidade muito grande de casos de tuberculose, que nós sabíamos que não tinha chegado ao controle efetivo." (Jorge Kayano, Diretor da ARS-6, p. 2)*

Assim, no processo de distritalização na região, foram apontados como problemas a serem priorizados, em termos do planejamento de ações de saúde: doenças respiratórias infantis; doenças cardiovasculares; morbi-mortalidade neo-natal; causas externas; transtornos mentais (psicoses e dependências) e doenças diarréicas (DS.62, 1992).

O fenômeno da transição ou polarização epidemiológica tem, na ARS-6, um claro exemplo, evidenciando-se a coexistência de "doenças da pobreza" - como as infecto-contagiosas - e "doenças da riqueza" - como as crônico-degenerativas,

incluídos nesta última categoria os problemas decorrentes do tipo de urbanização aí existente - (vide nota 16, Cap.5).

É uma região com carência generalizada em todas as áreas e serviços, públicos ou privados. Mas, na área da saúde, em 1989, a maior delas referia-se à insuficiência de leitos hospitalares, que era a principal reivindicação não atendida, entre as exigidas pelo forte movimento de saúde organizado que aí se estruturou, desde meados dos anos 70 e que havia sido capaz de conquistar avanços quanto à melhoria da rede básica e ao afluxo de alguns sanitaristas para a região, via Secretaria de Estado da Saúde (Jacobi, 1993; Kayano, 1996).

Entre esses profissionais estavam os futuros gestores regionais do governo 89/92, Jorge Kayano e Isabel Cristina Lopes, que aí tiveram militância política, bem como em suas áreas de atuação específicas - ambos trabalharam no Centro de Saúde de São Miguel. Como discutido anteriormente, os técnicos, primeiro os sanitaristas - médicos e enfermeiros - e depois os psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, contratados pela Secretaria de Estado da Saúde, foram fundamentais para a discussão e efetivação de propostas para os serviços públicos de saúde, o que foi particularmente relevante na Zona Leste da cidade.

> *"Eu fazia parte da terceira turma de saúde pública. (...) do Curso de Nível Local, que foi em 77, e entrei na região, na rede, em 78; fui direto para o Centro de Saúde de São Miguel, que era o maior centro de todo o distrito, de toda a área de São Miguel/Itaquera. Nessa época, a rede da Prefeitura era uma rede de postinhos. Chamavam-se postos de saúde, onde havia alguns clínicos; mas [a maioria dos médicos era constituída] basicamente por pediatras e ginecologistas. A rede que funcionava com programas era a rede do Estado." (Jorge Kayano, Diretor da ARS-6, p. 1)*

Segundo o diretor da ARS-6, de 78 a 89 houve um relativo aumento da rede de unidades básicas, por conta de ter sido a área que iniciou esse processo de expansão através do Programa Metropolitano de Saúde (PMS), que previa não só a construção de unidades básicas como a de hospitais gerais, alguns dos quais estavam já terminados, como os Hospital de Guaianases e o Hospital de São Mateus; já o Hospital de Itaim Paulista, à época, não tinha previsão de término. Comporia também essa estrutura de rede pública de saúde, que previa essencialmente unidades básicas e hospitais, o Hospital Municipal de Ermelino Matarazzo, a construir. Em 89, havia:

> *"na região uma rede de unidades básicas. Na área de São Miguel, a maioria da rede era estadual. Existia um hospital estadual em construção e que continua até agora, o do Itaim Paulista, e um hospital municipal, o Tide Setúbal, que era o único hospital efetivamente funcionando na região, um hospital público (...) e havia uma carência absoluta de atendimento em termos de urgência. Atendimento de urgência era o osso lá, porque, além do hospital Tide Setúbal, (...) tinha uma rede chamada PA, que eram postos da Prefeitura que tinham sido transformados em unidades de atendimento de urgência, mas que acabavam encaminhando praticamente todos os casos para o Tide Setúbal. Essa era a rede na área." (Jorge Kayano, Diretor da ARS-6, p. 1-2)*

Em termos de saúde mental, as poucas coisas que existiam nessa área eram ligadas ao Estado. Desde 79, 80 houve tentativas de se agregar equipes de saúde mental a nível da rede básica, parte de um programa na área de saúde mental da SES.

> *"Foi nessa época que nós começamos a ter, na região de São Miguel, alguns profissionais ligados à área de saúde mental. Como novidade, apareceram um ou dois psiquiatras, alguns psicólogos e alguns assistentes sociais. Não havia na época nem sinais de terapeutas ocupacionais, por exemplo. (...) Houve, de certa forma, a montagem de um projeto que teria como base essencial a rede de unidades básicas existentes para o desenvolvimento de um programa não hospitalar, e sim ambulatorial por excelência. (...) Esse projeto, que contou, entre esses profissionais, com o Nacile [Assessor de Saúde Mental da SMS, gestão 89/92] e a Isabel Cristina [interlocutora de Saúde Mental da ARS-6], é do início da década de 80 e nunca foi efetivamente implantado, nem pelo Estado, nem pela Prefeitura, na década toda." (Jorge Kayano, Diretor da ARS-6, p. 2-3)*

Mencione-se um outro grande problema, usual na periferia, inclusive portanto na ARS-6, que era a dificuldade em se trazer e, principalmente, manter os profissionais na região, que sempre se caracterizou como um locus 'de passagem' para as regiões mais centrais.

6.2 Ótica dos gestores regionais e distritais

6.2.1 Propostas para a área da saúde: peculiaridades da ARS-6

Estruturar o serviço público de saúde numa região repleta de carências foi um imenso desafio e representou a tentativa de superação de inúmeros problemas: "Na Prefeitura, eu acho que sempre houve o desenho de que tudo era prioridade, (...) você tinha que tentar contemplar várias demandas, de ordens diferenciadas" (Jorge Kayano, Diretor da ARS-6, p. 11).

Uma das problemáticas de fundo era similar à da implementação das novas propostas de saúde no município: tinha-se que lidar com o conjunto de novos programas que a Prefeitura pretendia implantar e, simultaneamente, com as demandas imediatas da população, tais como as relativas a pronto-socorros e a atendimentos clínico-ambulatoriais - que muitas vezes conflitavam entre si. Um exemplo desse tipo de conflito, que teve que ser administrado durante a gestão, foi o vivenciado no Pronto Atendimento do Jardim Camargo Velho, o 'Atualpa', que tinha pouca capacidade resolutiva, mas que, pelo volume de assistências que prestava, não podia ser fechado. Para mantê-lo, com qualidade, teria que ser mais equipado e transformado em uma espécie de pronto-socorro; mas isso, a população também não queria - pretendia a continuidade e melhoria do atendimento de urgência, sem prejuízo da parte dos serviços do PA, relativa ao atendimento ambulatorial.

Havia, portanto, na ARS-6, uma demanda muito grande a satisfazer, a partir dos serviços previamente existentes e, em conseqüência, era necessário investir pesadamente recursos e energia para cumprir e mediar essas exigências. De uma forma geral, buscou-se recuperar a rede hospitalar e oferecer atendimento de urgência, mas cuidando, ao mesmo tempo, da estruturação e ampliação da rede básica e da criação de unidades específicas ligadas aos programas.

No início da gestão, contudo, principalmente em 89 e 90, atribuiu-se um certo privilegiamento à rede hospitalar, posto que a prestação de assistência de urgência na região, extremamente pobre, era de uma precariedade total:

> *"Priorizar o término do hospital de Ermelino Matarazzo, por exemplo, foi uma questão muito clara para a gente. Não tinha jeito de, independentemente do que fosse feito na rede básica, deixar de lado o término do hospital (...). Na época, o desenho do hospital de Ermelino Matarazzo previa um pronto socorro imenso. E a gente acabou reprojetando para não ficar só nessa questão da emergência. Um hospital com capacidade de ser, inclusive, um hospital e referência secundária e terciária com mais de trezentos leitos, (...) não apenas voltados ao atendimento de urgência, mas procurando consolidar uma área que, dentro do hospital de Ermelino, garantisse também assistência de internação para casos de saúde mental e assistência à internação de curta permanência, vinculando-se essa curta permanência com a existência de alguma assistência ambulatorial dentro do próprio hospital, mas que servisse também como contra-referência para a rede básica, em termos do atendimento de saúde mental." (Jorge Kayano, Diretor da ARS-6, p. 4)*

A questão das emergências e internações teve, por conseguinte, que ser priorizada na ARS-6. Para cada um dos distritos, porém, face às distintas realidades encontradas, foram adotadas diferentes soluções.

Em São Miguel Paulista, procurou-se melhorar os serviços de emergência e de internação do Hospital Tide Setúbal, via reestruturações, reequipamentos e reformas. Esse processo foi extremamente difícil, posto que se tratava de criar condições para a implantação de novas propostas e, ao mesmo tempo, responder à demanda já instalada, dando continuidade operacional às ações desse único hospital da região. Como não houve construção de novos espaços, e apesar do esforço empreendido para readaptar e remodelar os já existentes, esta questão permaneceu um fator limitante.

Em Itaim Paulista a situação era, como vimos, de zero leito hospitalar. Propôs-se, para atendimento das emergências, a conclusão do Pronto Socorro do Jardim Robrú - hoje Júlio Tupy - e a reforma do Pronto Atendimento do Jardim Camargo Velho - agora Atualpa Girão Rabelo, tendo-se como referência para internações os hospitais de São Miguel e de Ermelino Matarazzo. Em paralelo, o próprio governo municipal e a população (que criou um movimento pró-hospital no Itaim Paulista) uniram-se para pressionar a esfera estadual, no sentido de que concluísse o hospital sob sua responsabilidade. A construção estava parada havia muito tempo, pois já tinham sido recebidos todos os recursos devidos pelo Banco Mundial e, para que os trabalhos pudessem ser retomados, faltava a contrapartida do Estado, que não vinha[4].

Já em Ermelino Matarazzo, o término e a implementação do funcionamento de seu hospital municipal foi a grande prioridade do início da gestão, juntamente com a montagem do Distrito Sanitário. A luta pela instalação deste último teve origem no movimento popular de saúde da região, que desde o início dos anos 80 reivindicava a construção de um hospital no bairro. Assim, o trabalho de implantação daquele Distrito iniciou-se em 1989, com o então diretor - o sanitarista

[4]*O governo do Estado de São Paulo inaugurou em junho de 1998 o Hospital Geral de Itaim Paulista; sua administração foi repassada à Casa de Saúde Santa Marcelina, organização social sem fins lucrativos. Deverá funcionar de forma precária inicialmente, realizando atendimento em dez ambulatórios para consultas. A administração terceirizada terá seis meses para operacionalizar outros serviços, como internações e pronto-socorro. Estão previstos 220 leitos (José da Silva Guedes, Secretário de Estado da Saúde, em entrevista à Folha de São Paulo, 26/06/1998).*

Carlos Muniz. Definiu-se que, num primeiro momento, os esforços seriam canalizados para a finalização do prédio e funcionamento do Hospital Municipal Professor Dr.Alípio Correa Neto (30% construído em gestões anteriores, desde a de Mário Covas, e 70% na gestão 89/92). A participação da população nesse processo foi intensa: de um lado, travando debates para o aprimoramento do projeto, em inúmeras e constantes reuniões, em que também se faziam presentes representantes dos órgãos municipais, a empreiteira e a população - a discussão do espaço era feita criteriosamente, dado que, num setor repleto de carências, cada decisão repercutia na região como um todo; de outro lado, analisando, junto com a equipe do distrito (criado oficialmente em meados de 1990), os mais diversos assuntos, tais como a contratação de funcionários, os esquemas de plantão médico, a definição de materiais necessários e dos tipos de aparelhos a serem adquiridos, etc. O hospital passou a funcionar em novembro de 1990.

Quanto a outros equipamentos de saúde na ARS-6, destacamos as seguintes ações da Prefeitura: 'ocupação' de várias unidades básicas do Estado (Vila Nova Curuçá, Vila Jacuí e Jardim Camargo Novo), que haviam sido construídas pelo Programa Metropolitano de Saúde, mas estavam fechadas, por falta de recursos humanos, os quais foram supridos pelo município; abertura e/ou reforma de outras unidades, várias delas projetadas para priorizar a implantação de alguns programas, tais como os de assistência à criança, à mulher e à pessoa portadora de transtorno mental.

Conforme exposto anteriormente, todos os gestores entrevistados referem o processo de distritalização como paradigmático, prioritário, e expressão da proposta de descentralização e concretização da autonomização das instâncias locais, em consonância com as propostas mais gerais da SMS.

> *"Tínhamos como primeira expectativa a consolidação do distrito sanitário, trabalhamos muito para isso, era condição para as outras ações." (Jackson Vilela, Diretor do DS. 62, p. 23)*

> *"O distrito não existia, apareceu na administração 89/92. A gente quis bancar o distrito administrativamente; lutei muito para que tivéssemos uma dotação orçamentária própria e isso aconteceu: Distrito Sanitário do Itaim Paulista - nome, número e dinheiro. É muito mais autonomia quando o dinheiro está diretamente sob gerência do distrito, quando são as instâncias do distrito que decidem." (Célia Portoleto, Diretora do DS. 63, p. 13)*

Assim, a criação e ativação de leitos hospitalares, a ampliação dos serviços de urgência, a consolidação da rede básica e a distritalização foram as estratégias fundantes do trabalho na região. A partir desse processo, as interlocuções para as ações programáticas organizaram-se em assessorias nos distritos e passaram a reivindicar, convencer e negociar com os diretores, demais assessores e população a implementação das respectivas propostas.

As assessorias técnicas foram fundamentais para a ampliação da abrangência na implantação daqueles programas, notadamente nas UBSs,

> *"através da criação de espaços de reflexão e aprofundamento de questões técnicas e administrativas, com a participação das equipes das diferentes unidades e encaminhamento dessas para os espaços de decisão do Distrito (CTA e Conselho Gestor), estabelecendo-se assim os parâmetros, rotinas e normatizações para o desenvolvimento das ações." (DS. 62, 1992, p. 9)*

No tocante a recursos humanos, havia o problema da dificuldade de fixação de profissionais numa área periférica distante que, além da questão geográfica, apresentava desafios agudos e específicos, face às carências exacerbadas. A gestão 89/92 empenhou-se particularmente para resolver e/ou atenuar esses problemas, seguindo a linha política da universalização. Assim, foi criado o 'adicional de distância', que objetivava incentivar financeiramente o preenchimento de vagas na periferia; para várias categorias, este adicional teve um peso salarial razoável, cumprindo o objetivo a que se destinava. Além disso, partiu-se do princípio de que profissionais estimulados e qualificados, com vontade de fazer as coisas, acabariam por dar ímpeto aos novos programas e melhorar os serviços como um todo. Sabia-se que o trabalho na periferia teria que ser diferente, mas não exatamente em que consistiria essa diferença. Tratava-se de uma experiência inovadora - a de tentar levar aos bairros distantes uma estrutura de saúde antes inexistente e/ou pouco acessível; não havia entretanto, segundo Kayano, um projeto claro do que iria ser feito.

Finalmente, destacamos duas questões importantes, frisadas por todos os gestores: uma, referente à efetiva participação da população e dos funcionários nas Comissões Gestoras, que tinham poder deliberativo, em todos os níveis; outra, relativa à presença da região, representada por seus gestores, funcionários e população, nas conferências regionais e municipais de saúde.

6.2.2 A implementação das propostas na região e distritos de saúde

Área de saúde mental: dificuldades, resistências, estratégias e resultados

Os caminhos seguidos pelos gestores de saúde mental na ARS-6 foram similares aos trilhados no município de São Paulo, como um todo: aos poucos foi se consolidando na região a tática de apostar na ocupação de espaços pré-existentes e na contratação de recursos humanos, através de pressão integrada da administração/movimentos. É de se destacar, aqui, que na região a história e a tradição de participação eram (e são) muito fortes, de maneira que essa parceria se deu de forma extremamente viva. Além de desempenhar importante papel na construção das conferências municipais de saúde, a região destacou-se por conseguir criar tanto os conselhos populares de saúde quanto inúmeras comissões gestoras, nos vários níveis, em ações que sempre contaram com a interação e a integração entre os movimentos e as direções municipais da gestão.

Assim, a obtenção e/ou ampliação de recursos (equipamentos ou humanos) para a região, na área de saúde mental, se deu, na prática, a partir do exercício cotidiano de mecanismos de pressão:

> *"fomos garantindo o término de vários equipamentos e 'forçando a barra' para ampliar o orçamento; (...) se conseguimos aumentar o nosso espaço, é porque fomos exigindo profissionais especializados, o adicional de distância; (...) na prática, as regiões menos organizadas do ponto de vista da população tiveram menos recursos. E veja: uma grande parte da cúpula da Secretaria teve origem na Zona Leste; então, acho que a Zona Leste acabou ficando um pouco mais em evidência; (...) uma coisa é você ter o profissional com uma formação da história da saúde mental e outra coisa é você ter esse mesmo profissional conhecendo a realidade de uma região e podendo nela implementar um projeto claro, porque ele a conhece." (Jorge Kayano, Diretor da ARS-6, p. 8 e 14)*

Resistências e estratégias de superação no âmbito da administração

Os assessores distritais relatam a relevância da adesão dos diretores para o avanço da proposta. Durante o processo de distritalização, em que foi feito levantamento do perfil epidemiológico de cada um dos distritos, cristalizou-se um consenso sobre a importância de se aliar uma visão que transcendesse a proposta manicomial a uma leitura que valorizasse aspectos subjetivos dos dados coletados. Dessa forma, os transtornos mentais foram elencados como prioridades dos distritos, a partir do convencimento e da aceitação dessa tese por aqueles gestores, que tinham

todos um certo 'viés sanitarista' e alguma resistência às ações programáticas na distritalização. Para isso, foi fundamental, como já apontado por Daud Jr. (1996), a atuação das assessorias técnicas em cada um dos distritos, de início viabilizadas a partir do comissionamento de técnicos em saúde mental da SES, por iniciativa da assessoria central de saúde mental. Conseguir levar esses técnicos para a região, de forma a garantir a defesa e a discussão da proposta, mantendo-se com eles permanente ligação direta, via colegiado de saúde mental do COAS/SMS, foi um fator que contribuiu decisivamente para o sucesso do convencimento relatado.

Os diretores entrevistados referem a grande articulação, empenho e grau de amadurecimento da argumentação apresentada:

> *"a saúde mental tem uma discussão mais antiga. Desde antes do distrito existir a gente já discutia isso com a Cristina, com o Nacile e a Conceição, a pessoa que faz a interlocução de saúde mental no Distrito do Itaim. Foi quem começou. Eles demonstraram a necessidade de incorporação dessa população, apesar de eu achar que os programas levam a uma certa compartimentação. A saúde mental tem determinadas questões específicas que não podem ser esquecidas, (...) que têm que ser trabalhadas. O pessoal tinha esse programa bem discutido; acho que era o programa mais amadurecido em termos de discussão. Aqui começa desde o início da administração, com a apresentação do modelo, diferente de daquilo que eu conhecia e que casava com o modelo de atenção à saúde que a gente propunha. (...) Eu aprendi junto e acho que era por aí mesmo. Com a atuação deles você compra a proposta e vai realmente querer que aquilo aconteça. Aceitamos e passamos a defender o modelo. Discutíamos o que teríamos condições de implantar aqui, por onde começar." (Célia Portoleto, Diretora do DS.63, p. 4-5)*

> *"(...) todos esses programas foram discutidos; nada do que foi lançado foi novidade. Na região de São Miguel, o grande problema, na época, é que havia uma distância relativamente grande entre toda essa concepção [de várias ações programáticas necessárias] e possibilidades reais de consolidar coisas nessa linha. (...) E na região tinha alguns profissionais com muita boa vontade, mas com muito menor capacidade de fogo do que a Cristina e o Nacile, por exemplo." (Jorge Kayano, Diretor da ARS-6, p. 16)*

Fazer essa articulação entre os níveis central/distrital e discutir as propostas específicas a partir das necessidades locais pôde aparar muitas arestas previsíveis no processo, ajudando a entender a enormidade das carências na área da saúde, e a relatividade, de um lado, e a necessidade, de outro, das ações programáticas.

> *"Eu acho que passou por uma decisão política de construir o modelo na cidade e aqui, porque se levarmos em conta o histórico de como se trabalhava, na Prefeitura, em saúde mental, acredito que a gente teria sido muito mais lento e não sei se chegaria a ter conseguido implantar alguns equipamentos. (...) Aqui*

> *no distrito teve isso - a direção assumiu essa questão. Não quer dizer que não tivesse que ter uma 'briga' cotidiana para que as coisas acontecessem, porque existia a questão do orçamento. [Esta é] uma região muito carente na saúde, em todas as áreas. Há enorme carência de leitos: para a maternidade, para a pediatria, para a cirurgia. (...) Então, implantar a enfermaria psiquiátrica, por exemplo, foi mesmo uma decisão política. A gente apresentava a necessidade de reverter o quadro de internações manicomiais como uma questão epidemiológica, no sentido de que a incidência de doença mental era grande na região e muito desassistida, (...) [de] que na Zona Leste o número de internações nos espaços cronificadores e violentos dos manicômios era bastante alto e que tínhamos que lidar com isso também." (Sandra Taglieri, Assessora de Saúde Mental do DS.62, p. 4-5)*

Muitos foram os entraves enfrentados pela SMS em relação a outros órgãos da Prefeitura, como apresentado no capítulo anterior; na região, não foi diferente. Questões relativas à implementação das propostas que dependiam da política de recursos humanos serão tratadas adiante. Outras, como a utilização das verbas disponíveis para a compra de materiais necessários às ações dos novos profissionais e que, portanto, pressupunham a modificação de antigas rotinas, sofreram bloqueios burocráticos; além do que as próprias ações, não tradicionais, foram em certa medida desvalorizadas:

> *"o problema é que esse tipo de material, para a terapia ocupacional, para a psicologia, para a fonoaudiologia, para a fisioterapia, para os trabalhos grupais, não era clássico da saúde. Então licitação, pesquisa de preço, detalhamento do material, tudo foi novo e complicado. O setor de compras não dava conta. (...) E era uma discussão na composição do orçamento, diziam - 'Ah! Comprar esmalte, tinta, papel crepom, purpurina, disco, bola? Como o tribunal de contas vai aprovar isso? Isso não cabe na SMS; talvez na Cultura. Precisamos comprar antibiótico.' Nossa posição era demonstrar que cada técnico usa um determinado instrumental e que não se pode abrir mão deles, nem desses novos técnicos e nem do seu trabalho. Era mais fácil discutir com o diretor do que com o técnico de compras. Eles alegavam a necessidade de cumprir a lei e a gente perguntava se não dava para ser mais flexível. Na Saúde eram novas práticas se instalando, novos trabalhos, cooperativas, CECCOs, o trabalho inter-secretarial; isso tinha que ser oficializado. A gente não conseguia fazer isso, apesar de sair em Diário Oficial, apesar das medidas administrativas; é muito difícil esse pessoal do campo jurídico-administrativo do serviço público. Às vezes eu tinha dúvidas se eles trabalhavam a favor ou contra. Eles impediam vários procedimentos da gente." (Ana Galluzzi, Assessora do DS.62, p. 37-38)*

A viabilização dos CECCOs nos parques municipais demandava a interação com o DEPAVE (Departamento de Parques e Áreas Verdes da Secretaria de Serviços e Obras), que impossibilitou a construção de uma área coberta no Parque Santa Amélia em Itaim Paulista:

"Nós priorizamos a instalação do CECCO no distrito. Fizemos uma reunião com o DEPAVE, fomos conhecer o 'parque' que era uma praçona com algumas arvorezinhas tentando crescer. Conseguimos convencer o assessor responsável, que já conhecia a proposta e outros CECCOs. (...) Mas as arquitetas vetaram. Diziam que não se podia construir nada lá, derrubar qualquer árvore. A gente argumentava que as árvores eram pequenas e que se fosse necessário plantaríamos outras. Elas não concordavam de jeito algum - não dava para ter CECCO ali. Achavam um absurdo 'estragar' os parques, o gramado e a estética com aquelas propostas. Eram funcionárias antigas da Prefeitura. O assessor, não; tinha todo um compromisso com aquela gestão. (...) A forma de lidar com os entraves mudava muito, dependendo do compromisso do funcionário com a proposta. A gente 'bateu o pé'. Argumentávamos que o CECCO era muito mais que um espaço, era uma proposta de assistência, de integração da população e que iria ser lá, nem que tivéssemos que ficar num banco. O assessor do DEPAVE soube do 'container' e conseguimos levá-lo e instalá-lo no parque. A ARS-6 ficou responsável pela construção, na medida em que se conseguisse aprovar o projeto e que o diretor do DEPAVE convencesse as arquitetas. O 'container' continua lá." (Conceição Munhões, Assessora do DS. 63, p. 4-5)

Obstáculos e parcerias: reações por parte da população

Os movimentos organizados nos distritos, à exceção do "SOS Saúde Mental", não tinham essa questão (a da saúde mental) como reivindicação específica e nem a luta antimanicomial como bandeira. Por outro lado, a população em geral era depositária dos mesmos preconceitos e conceitos inerentes à cultura dominante, segregacionista e excludente. Assim, as estratégias utilizadas pela gestão para superar essa situação na região não diferiram das adotadas para a cidade, como um todo; porém, na medida em que aí existia um movimento social organizado e combativo na saúde, encontrou-se um 'caldo' particularmente receptivo à proposta. Mencione-se que a Comissão de Saúde Mental do Movimento de Saúde da Zona Leste participou ativamente desse processo em toda a ARS-6.

A partir de várias ações que apresentaram os problemas, as propostas e o modelo alternativo articulado centralmente, bem como os índices de incidência de transtornos mentais na região, as lideranças inicialmente tomaram conhecimento dessas questões e, posteriormente, passaram a defender e reivindicar a implementação da proposta. Isto inclusive implicou negociação das prioridades de alocação de recursos, particularmente no que tangia a espaço, como era o caso nos hospitais.

Em relação à população em geral a divulgação/convencimento passou pela realização local das estratégias gerais já apontadas no capítulo anterior e por um

processo bastante interessante e importante, que foi o levantamento da problemática de saúde mental/ segregação nos bairros, através da realização de uma pesquisa conjunta da interlocução regional e assessorias distritais. É ilustrativa a experiência de São Miguel:

> *"tinha um trabalho a nível da região junto com a população (...); ia com a gente quem queria - alguns trabalhadores que enxergavam o caminho por aí. (...) A gente ia pras comunidades. Na região da Vila Jacuí, que é vizinha do CeCCo Chico Mendes, tinha um pessoal bem organizado e a gente tinha informações da existência de um grande número de portadores do que a gente chamava 'necessidades especiais', que incluía uma porção de coisas, desde meninada que estava na rua e tinha família, portador de deficiências várias, que estava em casa, portadores de transtorno mental. A gente sabia das necessidades da região, pelas andanças anteriores, pela militância na Comissão de Saúde Mental do Movimento de Saúde da Zona Leste, pelas discussões feitas nas igrejas e nas comunidades. A gente precisava dar uma resposta. (...) E a gente estava tentando implantar o Centro de Convivência e Cooperativa no Parque Chico Mendes. (...) Ir para a comunidade tinha um pouco esse objetivo, [o de] poder justificar a necessidade do CeCCo e a partir dele repensar a inserção das pessoas no mundo, na vida, tensionar a assistência e sensibilizar os serviços. Na ARS-6 foi assim. A gente realizou uma pesquisa, montou um questionário junto com os moradores do Jacuí e com as lideranças, e saímos em grupos, batendo de porta em porta. A gente já sabia onde encontrar muita gente. (...) Fizemos um desenho da região. Encontramos as mais diversas problemáticas. (...) Trabalhar com isso foi muito difícil, mas a gente conseguiu levar 150, 200 pessoas, 3 ou 4 de uma mesma família, para grandes assembléias lá no Parque Chico Mendes, pra pensarmos juntos o que seria o Centro de Convivência e Cooperativa. A gente tinha uma idéia, mas foi discutindo, inventando, criando." (Isabel Cristina Lopes, Interlocutora de Saúde Mental da ARS-6, p. 6-8)*

Importava mostrar para a população que todos tinham a ganhar com os novos equipamentos e ações propostos.

Recursos humanos: dificuldades e avanços

Se fossemos eleger a grande dificuldade para a implementação e o sucesso das propostas de governo, do ponto de vista dos gestores e assessores da região, a resposta unânime, em todas as áreas, seria recursos humanos, sob vários aspectos.

Na saúde mental, a idéia era ampliar a equipe, incluindo, além dos tradicionais psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, os terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos; na linha da universalização, pensava-se em levar esses serviços para a população dos distritos mais distantes da região central da cidade.

> *"Mas na periferia o trabalho teria que ser diferente, adequado às necessidades da região (...). Nós tínhamos a expectativa de que o próprio profissional teria que ir achando o seu espaço, construindo-o, definindo-o e trabalhando nele. (...) E como sempre se teve o problema da fixação de técnicos. A prioridade era ter o profissional que, estimulado, fosse 'cavando' as coisas. Era um pouco essa a idéia. (...) Uma das coisas que consideramos um avanço foi a incorporação de novos profissionais na rede; essa era a grande novidade. Nós não queríamos apenas ter mais médicos, mais enfermeiros; [a idéia] era mesmo abrir novos campos de ação pública na área de saúde, com a incorporação dos novos profissionais." (Jorge Kayano, Diretor da ARS-6, p. 23-25)*

A dinâmica das contratações em saúde mental, na ARS-6, sofreu das mesmas mazelas que as já relatadas para o município: a demora para aprovação da criação dos cargos pela Câmara Municipal e um ritmo muito lento, de início, enquanto aquelas ficaram por conta da Secretaria Municipal da Administração, só aumentado quando passaram para o âmbito da SMS. Repetiu-se na região, de forma intensificada, a disputa por profissionais dentro das diversas unidades.

Os equipamentos iam sendo implantados a partir da chegada dos técnicos, o que implicou uma implementação mais tardia na ARS-6. Era necessário vencer o desafio de trazer o recurso humano em geral e depois o especialista. Várias estratégias foram utilizadas: o comissionamento de pessoas da SES, que foi viabilizando os primeiros passos e ganhando espaço nos diferentes distritos; a efetivação da contratação dos psicólogos concursados na gestão anterior e o convencimento dos técnicos a optar pela região, no momento da escolha de vagas, através de vários mecanismos, procurando-se, para além da criação do adicional de distância, estabelecer salários competitivos no mercado e concursos regionalizados.

> *"Os profissionais só se deslocariam do centro para a ARS-6, uma região muito distante, periferia mesmo, e com locais que são periferia da periferia, como a Cidade Kemel, no Itaim, que já está quase caindo do mapa, se tivessem um salário bem compensador. (...) Foi criado, na gestão, o adicional de distância, com níveis diferenciados de gratificação. Mas a distância monetária do 2 para o 3, por exemplo, era irrisória, a meu ver, para o pessoal de nível universitário e para os mais especializados. (...) Essa dificuldade de locomoção versus salário é um dos maiores problemas que o serviço público enfrenta. (...) Na gestão da Luiza, na medida do que foi possível, manteve-se um salário razoável e compatível com o mercado. Mas não resolvemos a questão. As pessoas que vieram para cá, ou eram pessoas que tinham já alguma estrutura - consultório, moradia, senão na região pelo menos nas regiões vizinhas -, ou eram pessoas que realmente acreditavam na proposta de trabalho. (...) Para realmente fixar pessoal de nível universitário na periferia, se tem que pagar um salário superior ao de mercado." (Celina de Aquino, Diretora de Recursos Humanos do DS. 62, p. 7-8)*

> *"(...) a chegada de novos profissionais no Itaim seguiu alguns trâmites que estavam sendo propostos: os comissionamentos de técnicos da SES e a contratação de psicólogos concursados na gestão anterior. A Célia [Diretora do DS.63] conseguiu comissionar psicólogos, fonoaudiólogos e um psiquiatra. Outros psicólogos e médicos vieram dos concursos. (...) A Denise [psicóloga e coordenadora do CeCCo do Itaim Paulista] foi convencida por mim a vir para a região, quando foi escolher sua vaga. Eu fiquei a tarde toda no local de escolha de vagas. Falava com um e outro e não convencia ninguém. (...) Já tinha quase desistido quando resolvi falar com a Denise. Comecei a explicar, saber se ela já tinha pra onde ir. Ela estava bem perdida, nunca tinha trabalhado no serviço público. Falei do Itaim: 'Olha, é um lugar longe, mas a gente está a fim de fazer alguma coisa.' Ela resolveu ir. Fiquei uns dias me sentindo culpada. Ela morava em Pinheiros; mas quando ela chegou foi ótimo." (Conceição Munhões, Assessora de Saúde Mental do DS. 63, p. 3 e 5)*

Os problemas contudo não se esgotaram com a contratação de profissionais, em especial no caso da ARS-6. Isto devido à enorme dificuldade em se fixar recursos humanos na periferia de uma cidade como São Paulo; dificuldade quase intransponível em se tratando de recursos especializados. O grande desafio, proporcional à distância entre cada distrito e o centro da cidade, era trazer e manter o técnico na região. Essa problemática demonstrou-se, portanto, menos dramática em Ermelino Matarazzo, por exemplo, e absolutamente crucial para o Itaim Paulista, mais distante:

> *"A grande dificuldade era trazer e fixar o técnico. As vagas do Itaim eram as últimas [a serem escolhidas]. Então você recebia um profissional que muitas vezes não teve possibilidade de escolher outra coisa, e ele já vinha querendo a remoção. (...) Para se conseguir trazer gente pra periferia você tem que aliar um bom salário e uma boa proposta. Fomos um dos distritos que mais 'brigou' pelo adicional de distância." (Célia Portoleto, Diretora do DS. 62, p. 14-15)*

Na medida em que se sabia que o processo de entrada de profissionais, de qualquer área, sempre se daria do centro para a periferia, formulou-se uma TLP (Tabela de Lotação de Pessoal) que tinha como proposta garantir pelo menos um mínimo de vagas para a periferia, antes de completar a lotação nas regiões mais centrais.

Uma outra questão, de caráter completamente diverso - porque independente de fatores geográficos e de urbanização, referia-se à formação, capacitação e empenho dos técnicos, que, segundo os gestores, deixava a desejar, por várias razões: em primeiro lugar, com relação ao conteúdo propriamente dito dos conhecimentos previamente adquiridos, que em muitos casos pouco preparava o

técnico para a experiência concreta do trabalho com a população alvo; em segundo lugar, pelos desvios inerentes ao processo de contratação, feita através de concursos, que em boa parte das vezes não refletiu a necessária preocupação em selecionar funcionários habilitados às funções que teriam que cumprir, como integrantes da equipe de recursos humanos que deveria implementar o novo projeto; em terceiro lugar, pelo conjunto de vícios, preconceitos e atitudes corporativas associados à atuação profissional no serviço público; e, por último, por um certo descompromisso de boa parte dos técnicos em relação às propostas, em especial à garantia de sua continuidade, para além de seus interesses pessoais e profissionais.

A título de exemplo, citamos a seguinte avaliação de Kayano sobre os recursos humanos disponíveis em São Miguel e que, segundo ele, foram um fator limitante em relação ao trabalho realizado nas UBSs:

> *"Eu diria genericamente o seguinte: não é só o fisio, o t.o. - (...) os profissionais quando chegam à rede querem as coisas prontas. Você tem um desenho de um trabalho em que você foi formado no lugar onde você tem essas coisas. E aí você quer fazer aquilo que você sabe fazer e que implica em determinados equipamentos. E quando você pensa na rede básica, esse pressuposto da existência de condições mínimas de trabalho não existe (...). O profissional tem que, para além do plano técnico, tentar responder à demanda da população, que é genérica, ligada a uma concepção própria do que é esse trabalho específico e que sabe que isso é importante. Isso depende muito do profissional. E aí o pessoal fica solto." (p. 17)*

O diretor da ARS-6 também dimensiona a dificuldade que a gestão teve em oferecer parâmetros mais definidos para essa atuação; na verdade, a incorporação da prática clínica na saúde pública não é um problema enfrentado apenas por esses novos profissionais (Campos, 1992).

Para a interlocutora de saúde mental da ARS-6, Isabel Cristina Lopes, houve nas UBSs da região grande resistência dos técnicos à implantação das propostas de saúde mental/saúde do portador de deficiência:

> *"As pessoas tinham muito medo de atender psicótico. Essa era a questão de fundo; com o tempo (...) os fantasmas iam aparecendo: o [medo] do psicótico, mas também do alcoolista, do usuário de drogas, do portador de deficiência - principalmente do portador de deficiência mental." (p. 1-2)*

Alguns técnicos alegavam não saber o que fazer com esse público; segundo Isabel C. Lopes, surgiam falas como: "Se não sei o que fazer, não vou perder tempo

com eles"; ou: "Não tive formação para isso. A universidade não me preparou". Outros técnicos recusavam-se mesmo a prestar assistência. Certa vez uma paciente da área de saúde mental, ao procurar assistência ginecológica, teve que ouvir do médico: "Não, mas você é paciente da psiquiatra - o que está fazendo aqui?" (p. 3 - 5)

Como já relatamos no capítulo 5, antevia-se a problemática referente à formação e capacitação de recursos humanos para o trabalho, mas não na dimensão concretamente observada, segundo o depoimento dos gestores, nos vários níveis. Na região, os profissionais eram chamados a participar dos cursos promovidos pelo CEFOR (que não foram suficientes e nem cobriram as solicitações da área de saúde mental) e de atividades propostas pelos gestores na região. Era especialmente enfatizada a necessidade dos profissionais dos diversos equipamentos reunirem-se para trocarem experiências e articularem seus trabalhos em função das demandas percebidas nos diferentes serviços. A supervisão institucional/clínica, só começou na região no final de 1992, face aos, já relatados, percalços enfrentados pela administração.

Para vários gestores evidenciou-se a falta de disponibilidade real de diversos técnicos para desenvolver efetivamente um trabalho clínico no setor público - disponibilidade essa muitas vezes existente quando se trata da clínica privada. Isso poderia parecer um 'chavão', se estivéssemos nos reportando às áreas clínicas tradicionalmente presentes no setor público - pediatras, ginecologistas, enfermagem; mas, no caso, a novidade era de que se tratava também de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc.

Foram criticadas não apenas as resistências de muitos técnicos às novas propostas, mas também o descompromisso e a indiferença de alguns profissionais em relação à continuidade dos serviços e da assistência:

> *"Porque era bem assim: você montou, você discutiu, todo mundo topou - e aí você sai de cena. E o 'sai de cena' é assim: aquele profissional de saúde que se comprometeu, não está mais lá; aquela terapeuta ocupacional, foi embora; aquela fono, não quer mais fazer sozinha. Então se desestruturam os recursos humanos e tudo vai para o espaço." (Isabel C. Lopes, Interlocutora de Saúde Mental da ARS-6, p. 25)*

Apesar de todos esses problemas, a estratégia de contratar novos e diversificados técnicos para a área de saúde mental representou um avanço muito significativo em relação ao quadro anterior, plantando as bases concretas para a implementação das 'inovações' propostas. Nem todas as barreiras geradas pelos entraves apontados anteriormente foram superadas, mas o conjunto de estratégias utilizadas buscou enfrentá-los.

Porém, feito um balanço geral, o fato concreto é que, apesar dos enormes esforços feitos pelos gestores da região, faltou gente e tempo para o aprofundamento de alguns caminhos adotados e a correção de outros, assim como para o amadurecimento e encaminhamento de soluções.

Os recursos materiais

A região tinha importantes demandas em muitas áreas e a decisão de que tudo era prioritário implicava buscar mais recursos para a saúde como um todo. Isto efetivamente aconteceu e os recursos para o setor cresceram ao longo da gestão. Atente-se, ao mesmo tempo, para uma importante restrição, apontada pelos gestores: a falta de repasses de verbas das esferas estadual e federal para o município. Isto foi uma constante durante o período 89/92; pôde-se contar basicamente com recursos municipais, portanto.

Um grande fator limitante foi a escassez de recursos para a construção de novos equipamentos. A verba para tal alocada, foi destinada a construções e reformas que pudessem minimizar a carência, no âmbito das emergências e internações. Dessa forma, a 'briga' por espaço ganhou dimensões bastante relevantes, especialmente no distrito de São Miguel Paulista, no tocante à utilização do Hospital Tide Setúbal e do Ambulatório Tito Lopes, no Pronto Atendimento do Atualpa no Itaim Paulista e nas UBSs em geral.

No Hospital Tide Setúbal, a enfermaria de saúde mental não pôde ser montada, embora essa proposta tenha chegado a ser contemplada no respectivo projeto de reforma (reforma essa que, diga-se de passagem, durou boa parte da gestão), e o correspondente espaço acabou sendo utilizado pela enfermaria de pediatria. A direção do distrito, na opinião dos assessores, não conseguiu, de fato, priorizar a saúde mental, no âmbito da internação, frente às demais demandas, o que,

de certa forma, deu menor articulação ao modelo no distrito de São Miguel Paulista, na medida em que o problema das internações não foi devidamente equacionado. Conseguiu-se montar a emergência psiquiátrica no Ambulatório Tito Lopes. Isto tinha reflexos também no Itaim Paulista, que tampouco teve esses equipamentos, embora a UBS do Jardim Camargo Novo oferecesse alguma referência para episódios de crise psiquiátrica, por ter conseguido contratar um psiquiatra. Assim, a grande referência para todos os distritos foi a enfermaria psiquiátrica do Hospital de Ermelino Matarazzo, com 22 leitos.

Dessa forma, pode-se afirmar que teve grande impacto (positivo) a estratégia da saúde mental de não ter como requisito, para a implantação de suas propostas, a construção de equipamentos próprios, buscando-se alugar prédios (no caso dos HDs) e utilizar espaços públicos (no caso dos CeCCos e UBSs).

Os dois HDs da região, o de São Miguel Paulista e o de Ermelino Matarazzo, foram implantados a partir da locação e adaptação de casas residenciais nos próprios bairros.

O CeCCo de São Miguel foi instalado no Parque Chico Mendes e o CeCCo de Ermelino Matarazzo teve retardada a sua implementação devido a dificuldades de se encontrar local adequado disponível; sua implantação ocorreu no Centro Desportivo de Ermelino Matarazzo, em setembro de 1992. Já a constituição do CeCCo do Itaim Paulista, como já relatamos, deu-se a partir de seu funcionamento provisório em um 'container', no Parque Santa Amélia.

Quanto às UBSs, realizaram-se reformas em algumas delas e/ou redistribuiu-se o uso do espaço interno em outras, de forma a propiciar trabalhos grupais e em equipe. Isto foi particularmente importante no distrito de Itaim Paulista, que reformou três, das quatro unidades.

A questão das reformas nos equipamentos de saúde são complexas, porque implicam, muitas vezes, na suspensão dos serviços prestados, pelo menos temporariamente. Mesmo assim, as UBSs foram reformadas em todos os distritos, a fim de atender as exigências relativas à acessibilidade, eliminando-se barreiras arquitetônicas; mas pouco se conseguiu fazer, em termos de criar espaços apropriados para trabalhos grupais e em equipe - nessa direção, o que foi possível

obter, em geral, foi a adaptação de salas e outros espaços (galpões e estacionamentos, por exemplo).

Os resultados obtidos

Os gestores regionais e distritais consideram ser possível afirmar, com as ressalvas e limitações que já apontamos, que o modelo foi implantado na região, à exceção do lar abrigado, que não pôde ser viabilizado na cidade como um todo.

Acreditam que se forjaram novas referências para a população na área, passando-se de uma situação de exclusão dos portadores de transtorno mental dos serviços públicos municipais para uma situação de inclusão.

Apesar da cultura hospitalocêntrica, crêem que se introduziram com sucesso novos equipamentos, novos profissionais e novas ações na saúde.

A proposta na área de saúde mental foi, de forma geral, avaliada como correta, adequada, capaz de convencer as pessoas - gestores e população - e com isso aliá-los na luta pela sua consecução; luta essa que, considerando-se a curta duração de uma única gestão, chegou a razoável termo.

Registram os gestores, contudo, que a não continuidade da gestão teve o efeito de impedir o aprofundamento da experiência e a correção de alguns aspectos, bem como implicou o truncamento e/ou a suspensão de outros (como veremos mais adiante, neste trabalho).

Foi percebido que, talvez ainda como conseqüência da exigüidade de tempo, não foi possível superar um certo nível de desarticulação e nem alguns entraves administrativos, dos quais resultaram um componente de isolamento e de desestruturação organizacional que permeou várias ações, intra e entre os diversos equipamentos. Além disso, pontuou-se que a inércia e a burocracia presentes na máquina governamental, bem como ela própria, representaram, num primeiro momento, algo a ser conhecido por vários dos gestores na área de saúde mental - nenhum dos quais tinha experiência anterior desse porte. Num segundo momento, foi necessário enfrentá-las e buscar alternativas compatíveis com os aparatos jurídicos-administrativos existentes - o que nem sempre se conseguiu fazer. Algumas iniciativas, como as cooperativas, lares abrigados e a contratação de

recursos de forma intersetorial, por exemplo, foram parcial ou totalmente inviabilizadas.

Os dirigentes avaliam como grandes avanços do setor: a participação concreta da população e de funcionários na gestão; a descentralização e a distritalização realizadas, que conferiram autonomia local, inclusive com dotação orçamentária própria aos distritos de saúde; e a incorporação dos novos profissionais à região, que possibilitou o acesso da população aos especialistas, apesar dos percalços que descrevemos acima.

Observam eles que é inegável ter havido grande investimento em recursos humanos, que foram concursados e efetivados; passaram por treinamentos, gerais ou específicos, pelo menos 50% desses funcionários.

Reconhecem, contudo, que poder-se-ia ter dado mais atenção à formação e à capacitação daqueles profissionais, através de um contato mais próximo, definindo-se, de forma mais integrada e orgânica, em relação à proposta, o papel desses técnicos, especialmente na rede básica e obtendo melhor articulação entre os funcionários dos diversos equipamentos.

Se conseguiu trazer para a região equipes multiprofissionais, cuja plena sintonia de trabalho não foi inteiramente alcançada, para o que seriam necessários uma energia e um tempo não disponíveis, segundo esses gestores. Por outro lado, acreditam ter subestimado algumas questões, a partir de uma visão um tanto ingênua e até mesmo voluntarista. Acham que foi cometido um erro de julgamento, ao supor-se ser viável atrair aqueles profissionais para a região 'apenas' a partir de uma política salarial competitiva, isto é, compatível com o mercado, conjugada a uma 'boa' proposta para a área. Do que redundaria 'naturalmente' - e esse foi o equívoco - a adesão entusiasmada dos vários profissionais. Esse tipo de raciocínio demonstrou-se particularmente duvidoso, por exemplo, em relação à categoria médica, que tem maior tradição nos serviços e também maior inércia em relação a novas práticas, principalmente aquelas que claramente redefinem a inserção do médico, em termos da estrutura de poder, transformando-o de liderança 'natural' em partícipe de um processo plural (em equipe) de discussão e implementação de decisões. Entretanto, certo perfil 'conservador' dos profissionais apresentou-se, de forma geral, em todas as categorias - fruto de uma formação na graduação bastante

problemática, do ponto de vista da proposta. Formação essa em que o padrão das ações clínicas específicas foi centrado, via de regra, no modelo da clínica liberal-privada. Isto deveria ter merecido, no mínimo, um decidido movimento de reciclagem desses recursos, o que não ocorreu, por muitas razões, dentre as quais figuram a dificuldade em se encontrar, com agilidade, soluções jurídicas para a contratação de professores e supervisores para tal tarefa (como já discutido), e também a própria resistência dos técnicos em rever suas práticas, "inventando mudanças na saúde".

Ainda no tocante a recursos humanos, outra conclusão importante é que, embora a dificuldade em trazer e fixar recursos humanos na região tenha sido enfrentada, esta questão configura-se um obstáculo estrutural objetivo: apesar do adicional de distância e das estratégias formuladas pela TLP, não foi possível anular a força centrípeta da cidade de São Paulo (comum, aliás, a todas as demais cidades brasileiras), que influencia poderosamente a organização da oferta de serviços e bens em geral e condiciona a própria vontade e disponibilidade das pessoas para se instalarem numa região em que, como vimos, os níveis de qualidade de vida são muito baixos, relativamente ao restante do município. Assim, foram raros os momentos em que se pôde contar com o quadro de pessoal técnico completo em todos os distritos; em Itaim Paulista, isto nunca ocorreu.

Um ponto que também mereceu destaque foi o seguinte: apesar da ARS-6 estar numa região com tradição de organização popular na saúde, avançar de uma atuação de caráter reivindicatório para uma ação de repartição de responsabilidades com o Estado foi uma experiência contraditória e nova, que talvez não tenha sido apreendida em profundidade, nem pela população e nem pelo governo. Em outras palavras, foi mencionado que as práticas participativas, tendo se dado de forma facilitada na e pela gestão, talvez tenham sido excessivamente naturalizadas, isto é, tomadas como fato dado e óbvio. Pode ser que, em função disso, os próprios movimentos tenham sido impedidos de compreender claramente que os limites dos espaços filtrados impostos pela dinâmica das instituições políticas do Estado democrático e suas determinações funcionais precisam ser continuamente tensionados, construindo-se instrumentos independentes de controle social capazes de garantir a permanência de eventuais 'inovações sócio-políticas', mesmo se e

quando eleita uma nova gestão, que eventualmente não 'aposte' naquelas práticas, nem se disponha a dialogar e/ou dividir o poder de decisão com os movimentos sociais organizados.

Em que pese isso tudo, apontam os gestores o sucesso da implementação das propostas, ainda que relativo, fundamentalmente por se ter conseguido ampliar o leque de exigências admitidas pela população de uma região periférica de São Paulo, em relação às demandas na área da saúde em geral e na de saúde mental em particular, propósito firme dos gestores do período 89/92.

Área de saúde da pessoa portadora de deficiência: dificuldades, resistências, estratégias e resultados

As dificuldades e resistências enfrentadas pelo programa não são, em geral, diferentes das apresentadas para a cidade como um todo e, como lá, em muitos aspectos são coincidentes com as da área de saúde mental. Assim, aqui procuraremos destacar as questões específicas, de forma complementar.

Também na região, a gestão 89/92 inicia tardiamente as tentativas de implantação do programa elaborado no final de 1991 e que passou a ser discutido em cada uma das ARS em 1992. Isto é apontado, unanimemente, como tendo sido o grande fator limitante da proposta. Na medida em que o programa não foi definido e assumido pela administração desde seu princípio, as assessorias regionais e distritais, como no caso da central, não existiram na maior parte da gestão. Nas diferentes regiões e distritos, poder contar com assessores que "levavam" a proposta foi um aspecto importante na área de saúde mental; sua ausência, foi um entrave fundamental na área de saúde da pessoa portadora de deficiência.

A assessora central relata, como visto no Capítulo 5, a ida de representantes do movimento das pessoas portadoras de deficiência para as regiões, como forma de sensibilização/impacto dos diretores e técnicos para a falta de acesso e de atendimento das necessidades dessa população também nos serviços de saúde, objetivando, a partir daí, pressioná-los a implantar o respectivo programa e suas metas na cidade. No diálogo com os gestores regionais, distritais e técnicos interessados, buscou-se definir as possibilidades locais de incluir o trabalho na área

de forma imediata, usando-se para isso os recursos materiais e humanos já pensados para os serviços em geral.

Kayano refere a discussão desse programa na região e o esforço, empreendido pela assessoria central, de 'convencimento' dessa necessidade nos diferentes distritos, mas aponta que, face à enormidade de gerais e à pequena articulação da área, as propostas de saúde do portador de deficiência ficaram 'soltas':

> *"Todos esses programas foram discutidos. Nada do que foi lançado era novidade. Na região de São Miguel, (...) na época, em 92, havia ainda uma distância relativamente grande entre toda a concepção [teórica] de você ter algo mais forte para, por exemplo, atendimento de idosos. Sempre houve essa fala, mas, na verdade, não houve possibilidade de se consolidar nada nessa linha. Na área de deficiência também; todo o esforço que se fez para garantir a existência das equipes de assistência nessa área acabou ficando meio em segundo plano na região. A Rosa [Assessora Central] esteve várias vezes na região, conversou muito com o pessoal, esteve em vários seminários, mas acho que não se conseguiu avançar muito. (...) E na região tinha alguns profissionais que assumiram essa questão, mas menos articulados do que a área de saúde mental, por exemplo. Então acho que ficou meio solto." (p. 16)*

Outros gestores distritais têm a mesma avaliação:

> *"Na minha avaliação, a questão do deficiente não foi tão bem discutida como foi, por exemplo, a instalação da enfermaria de saúde mental no hospital, (...) porque a gente já estava indo para o final da gestão; vínhamos discutindo inúmeras coisas - não digo que eram mais importantes, mas atropelavam a gente." (Celina de Aquino, Diretora Adjunta do DS.62, p. 14)*

> *"A questão dos portadores de deficiência foi uma coisa que a gente começou a discutir no último ano. (...) Eu acho que, especialmente a questão do acesso, das barreiras arquitetônicas, são importantes, mas às vezes passam desapercebidas." (Célia Portoleto, Diretora do DS.63, p. 3)*

Em relação à proposta como um todo, os diretores foram convencidos, porém sua efetiva implementação não pôde ser priorizada no último ano da gestão.

Dessa forma, segundo as palavras da assessora central, Rosa de Lurdes, esse programa "foi bastante lesado", na medida em que não pôde dispor do mesmo tempo que os demais. Isto, como já discutido, deveu-se, entre outras coisas, a um equívoco de encaminhamento importante no início da gestão: a assessoria da criança acabou por ficar à frente da elaboração de propostas, e o fez sem a participação de

representantes do movimento popular na área, sendo recusadas por esse motivo e por não contemplarem inúmeras reivindicações das pessoas portadores de deficiência.

Essas propostas delineavam ações intersetorais em saúde e educação voltadas à criança portadora de deficiência, ou, no termo mais utilizado para as crianças e na educação, "portadoras de necessidades especiais". Um trabalho importante, nesse âmbito, foi desenvolvido na região desde o início da gestão, pelas assessorias de saúde mental.

Partindo-se dos referenciais da luta antimanicomial, procurou-se trabalhar os aspectos culturais segregadores presentes nas diferentes instituições sociais e na população em geral. Buscou-se, na região, levantar e conhecer os casos dos portadores de necessidades especiais, aí incluída a doença/transtorno mental (conforme já relatado por Isabel Cristina Lopes), para poder melhor traçar e implementar diferentes estratégias inclusivas desses grupos populacionais. Essas estratégias visavam promover a inserção social desses indivíduos de forma geral e específica, vista como forma de acesso à própria cidadania.

Em relação aos serviços de saúde, isto se traduziu por: abrir a 'porta de entrada' - procurar fazer com que as UBSs passassem a responsabilizar-se por esses cidadãos de forma no mínimo igual e, se possível, tentando promover a eqüidade; garantir o acesso e a assistência nos serviços em geral; buscar criar uma referência de maior complexidade no hospital de Ermelino Matarazzo, onde se previu uma Unidade de Reabilitação; a partir dos CECCOs, lidar com a integração desses grupos e a população em geral e, através das cooperativas, viabilizar formas alternativas de trabalho. Assumiu-se também, como proposta, os lares abrigados/casas comunitárias. No caso das creches e escolas, defendeu-se a inserção das crianças em classes regulares, com apoio das 'salas especiais' e dos serviços e profissionais da saúde, quando necessário.

Este último ponto merece detalhamento, até porque aponta para aspectos da luta ideológica contra a exclusão análogos aos que moveram as propostas de desconstrução dos hospícios:

> *"saúde não é só assistência; há o espaço do CeCCo, mas também o da inserção na escola. Essa era uma coisa muito importante para mim (...). Eu tinha por princípio que a classe especial era um manicômio e que, portanto, se a gente era antimanicomial, as classes especiais não cabiam. A Prefeitura não tinha classe*

especial, mas as crianças daquele território utilizavam as classes especiais dos serviços do Estado. Então, [isso] era da nossa competência. Daí, foi uma nova frente a ser trabalhada. A população era, em grande parte, aquela que freqüentava o CeCCo (...). Com as creches a gente mexeu pouco, mas com as escolas foi possível trabalhar de forma mais aprofundada. (...) Montamos um grupo de trabalho intersecretarial para pensar tanto o projeto dos CeCCos, quanto o do portador de necessidades especiais. (...) E foi bárbaro poder estar discutindo a inserção do diferente na sala regular de ensino. (...) Já era uma conquista na Lei Orgânica - que toda criança portadora de necessidades especiais ou de deficiências, no município de São Paulo, tem o direito de utilizar a sala regular de ensino. E isso foi uma conquista. Havia alguns grupos,(...) que resistiam a essa idéia (...). Mas com a lei na mão, a gente ia pras discussões, ia fazendo as propostas dessa inserção se dar de um jeito qualificado, supervisionado, acompanhado. Iniciamos um trabalho com fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e médicos clínicos, isso de um lado; a educação, por outro lado, iniciou todo um trabalho com o corpo docente, principalmente nas escolas que eles tinham como referência para o projeto. (...) Pensamos conjuntamente nas salas de apoio, para onde a criança iria depois do horário da aula regular, talvez pra um reforço, podendo levar um colega, um irmãozinho (...) - um espaço com brinquedos, material em braille, etc." (Isabel Cristina Lopes, Interlocutora de Saúde Mental da ARS-6, p. 22-24)

Na região havia uma psicóloga e pedagoga da Secretaria da Educação que:

"personalizou a luta para acabar com as classes especiais, a partir do PAPNE - Programa de Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais. Este programa chegou a ter três escolas na região: uma em Itaim, uma em São Miguel e outra em Ermelino. O PAPNE teve uma fase de avaliação das crianças - cada distrito entrou com profissionais que tinham experiência em dinâmica com crianças; foi lá no Parque Chico Mendes." (Conceição Munhões, Assessora do DS.63, p. 9-10)

No Distrito de Ermelino Matarazzo, quanto ao projeto de saúde/educação:

"queríamos que todos, independentemente da deficiência, participassem da escola comum do município. Houve lugares em que participavam só deficientes auditivos, por exemplo. (...) Tivemos a ousadia de propor essa inserção para todas as deficiências; a partir de uma avaliação de habilidades, a criança iria para uma classe normal." (Ana Galluzzi, Assessora do DS.62, p. 41-42)

Os encaminhamentos dessas proposições passavam pelo diálogo com os gestores regionais, distritais e técnicos interessados, buscando-se definir as possibilidades locais de incluir o trabalho na área, de forma imediata, usando-se para isso os recursos materiais e humanos já conseguidos para os serviços de saúde, em geral. Não havia outra alternativa, pois o início da implantação do programa, pelas razões expostas, foi bastante tardio, e foi, portanto, importante ir tentando-se utilizar aqueles recursos, disputando-os, se necessário.

A relação administração/movimento

Uma das razões apontadas para a pequena expressão do programa na região, refere-se ao fato de que os movimentos populares em defesa dos direitos da pessoa portadora de deficiência não tinham um grau de organização tão forte, nem uma atuação tão tensionadora, se comparados aos da saúde mental.

O Movimento Popular de Saúde da Zona Leste não apresentava claramente reivindicações na área. Existia a solicitação de ajuda governamental para a implantação de um serviço de assistência para a região, mais voltado a aspectos educacionais, em Ermelino Matarazzo, a partir de uma associação de pais de crianças portadoras de deficiências; nesse âmbito, a gestão trabalhava a proposta de inserção destas nas classes comuns. A problemática geral da pessoa portadora de deficiência não era expressa de forma sistemática, nem percebida como emergencial. Tinha alguma visibilidade popular a questão da escolarização das crianças portadoras de deficiência e conseqüente demanda por escolas/educação. Pouco se conhecia a respeito das possibilidades de contribuição da saúde e dos novos profissionais nesse área para as diferentes faixas etárias.

> *"Eu acho que muito no serviço público acaba andando devido às demandas e pressão dos movimentos. Quem tem maior poder de pressão anda mais, nisso os movimentos são fantásticos. Você tem um universo de coisas para dar conta; a saúde mental era mais estruturada, nós sabíamos onde queríamos chegar. Já os movimentos da área do deficiente, não pareciam articulados." (Jackson Vilela, Diretor do DS.62, p. 19)*

As assessorias técnicas nos distritos, implementadas apenas em 1992, tiveram pouco tempo para o trabalho de divulgação, esclarecimento e sensibilização de lideranças daquele movimento, assim como da população em geral, em torno das necessidades de saúde das pessoas portadoras de deficiência.

Obstáculos: recursos humanos e materiais

Os maiores entraves para a consecução da proposta, além do tempo, situaram-se no âmbito do espaço físico e dos recursos humanos. Como já disse o diretor da ARS-6, optou-se por trazer recursos humanos que 'cavariam' seu espaço, esperava-se, o que correspondeu à estratégia central já relatada por Rosa de Lurdes. Assim, na prática, essa iniciativa dependeu da vontade, do 'pique', da criatividade

dos técnicos e de sua capacidade para adaptar técnicas e recursos, físicos e materiais, aos serviços, especialmente nas UBSs.

Como vimos, a questão do espaço teve caráter limitante, principalmente em São Miguel Paulista e em Itaim Paulista. Algumas das UBSs 'municipalizadas' do PMS, previam salas de reabilitação (partiam da necessidade de programas tradicionais da SES, como hanseníase e também das necessidades de reabilitação dos trabalhadores acidentados no trabalho) e por isso tinham já uma construção adaptada, quanto a esse aspecto. As Vila Nova Curuçá, Vila Jacuí em São Miguel, e a do Jardim Camargo Novo, em Itaim Paulista, conseguiram ocupar e equipar esses espaços, oferecendo assistência diferenciada em termos de deficiência física. Outras, como a Pedro de Sousa Campos, de Ermelino Matarazzo, tiveram que fazer parceria com outros serviços da comunidade - o Lar Vicentino, que tinha sala e equipamentos.

O Distrito de Itaim Paulista equipou, de acordo com os requisitos da assistência fisioterápica e de reabilitação, uma das salas mais espaçosas da UBS Jardim Camargo Novo:

> *"A gente discutiu muito com o fisioterapeuta de lá, e com recursos próprios do distrito montamos aquela sala. Discutimos muito porque tínhamos dúvidas se era mesmo por aí. Só que era muito complicado deixar-se que o trabalho da UBS, no Itaim Paulista, ficasse 'fechado' na prevenção. Eles [os usuários] já chegam com inúmeras necessidades de tratamento, de intervenção; o fisioterapeuta me mostrou isso. Tinham que ter uma resposta, se eles não a tivessem aqui, não a teriam em lugar nenhum, porque não tinham acesso a outros lugares. Então a gente montou essa sala de fisioterapia e o atendimento dado era enorme; além do que, todo mundo descobriu que isso só tinha lá. (...) Não dá pra discutir prevenção isolada da parte curativa, principalmente numa região muito pobre de recursos como esta. (...) Com a incorporação de novos profissionais, como terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, o que aconteceu na gestão, precisa-se discutir e definir realmente o papel desses profissionais." (Célia Portoleto, Diretora do DS.62, p. 7-8)*

De forma geral, conseguiu-se, na região, eliminar as barreiras arquitetônicas nos prédios em que funcionavam os serviços de saúde:

> *"Nós adaptamos todas as unidades: (...) entradas para deficientes, banheiros. (...) O hospital, por ser mais moderno, é totalmente adaptado; tínhamos que garantir o acesso." (Jackson Vilela, Diretor do DS.62, p. 19-20)*

A efetivação de espaços para a reabilitação física foi também limitada pela menor entrada de fisioterapeutas na rede, em relação aos terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, por exemplo. Antevia-se que prestar a assistência fisioterápica implicaria espaço e equipamentos que demandariam maior esforço da gestão e dos técnicos - isto não necessariamente é um impeditivo, mas limita bastante a atuação nessa área específica. Em geral, os profissionais priorizaram a opção por vagas em serviços hospitalares, com melhores e mais conhecidas condições de prática clínica.

> *"Na prática nós tivemos menos fisioterapeutas do que terapeutas ocupacionais entrando na rede da Prefeitura. Isto ocorria porque o desenho da fisioterapia implicaria a existência de mais equipamentos e de mais espaço físico do que aqueles que tinham sido desenhados. (...) No hospital de Ermelino, por exemplo, nós achávamos que deveria haver espaços para assistência especializada; abriu-se um espaço equipado muito grande para a reabilitação física, mas o Tide nunca teve. (...) Era complicado, porque você tinha que readequar espaços nos hospitais e nos ambulatórios. (...) E sempre havia demandas de várias ordens - o espaço que, teoricamente, uma equipe ligada à área de reabilitação ocuparia, acabava ficando em segundo plano. Isso era devido também à existência ou não de profissionais nessas áreas. Porque se não se tem o profissional, também não se tem a pressão para garantir a existência de espaços." (Jorge Kayano, Diretor da ARS-6, p. 10-11)*

Criou-se um serviço de reabilitação no hospital de Ermelino Matarazzo:

> *"Lá não era um serviço de fisioterapia, era um serviço de reabilitação - acho que foi um passo importantíssimo. Lá se tinha uma estrutura física, um ginásio praticamente. Nós equipamos aquilo afim de poder oferecer atenção integral à pessoa portadora de deficiência, de que se pudesse reabilitá-la." (Jackson Vilela, Diretor do DS. 62, p.14)*

> *"A equipe de reabilitação começou a se organizar. A chefia da unidade era muito eficiente, queria mudar o espaço para atender pacientes neurológicos, saúde do trabalhador; era uma pessoa integrada nos programas, não queria ficar só naquela de fisioterapia e aparelhos. Só eram fisioterapeutas e auxiliares, até então. Pediram para ampliar a equipe com fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Começaram a circular pelas enfermarias." (Ana Galluzzi, Assessora do DS.62, p. 30)*

Importa ressaltar a dificuldade da realização concreta do trabalho em equipe. Como na saúde mental, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar era pressuposto da proposta. As dificuldades enfrentadas foram (e são) enormes, nesse âmbito, para passar-se do discurso geral e abstrato às ações concretas. Já discutimos esses aspectos. As estratégias utilizadas para enfrentar a questão foram diversas, tais como pesquisas e entrevistas realizadas no hospital de Ermelino, por exemplo, afim

de se detectar os maiores empecilhos ao trabalho multidisciplinar, ou entrevistas informais das assessorias com os técnicos das UBSs. Como já dissemos, muitos desses empecilhos resultavam do fato de que algumas categorias com maior tradição nos serviços - médicos e enfermeiros - não se dispunham a aceitar compartilhar poder e responsabilidades e a reconfigurar suas práticas. Outros, advinham da inexperiência dos novos profissionais e de sua relutância em adequar suas ações clínicas à ótica dos novos serviços.

Como na saúde mental, levar e fixar recursos humanos especializados para e na região constituiu-se numa dificuldade às vezes insuperável, com conseqüências negativas evidentes: limitou-se enormemente a assistência na área, faltou gente, médicos principalmente, ou existiram técnicos de forma apenas temporária, muitas vezes daí decorrendo a descontinuidade dos serviços. Apesar das estratégias utilizadas e dos esforços realizados não se conseguiu dar conta dessa problemática, que é estrutural, como já discutido.

Além disso, repetiram-se aqui os problemas relatados na área de saúde mental: o profissional, quando chegava às UBSs, tinha muita dificuldade em definir seu papel, em função de sua formação - falta dos conhecimentos necessários e modelos de atuação restritos à clínica liberal-privada, isso agravado pela sua resistência pessoal em revê-los, e, segundo os gestores regionais e distritais, por certo grau de descompromisso dos diretores desses serviços com as novas ações.

Conquistou-se a adesão política dos gestores, do que resultou a adoção de uma política salarial bastante estimuladora; mas, aqui também, as estratégias para formação e capacitação foram insuficientes. Os novos profissionais não tinham e/ou não adquiriram em grau necessário, durante a gestão, a capacidade de intervenção esperada, no sentido de gerar-se um trabalho diferenciado e inovador. Na visão de alguns assessores não bastava (embora isso tivesse faltado) a definição precisa das funções e papéis dos profissionais em cada um dos serviços. Normatizações foram produzidas, no final da gestão, onde se apontava, por exemplo, a necessária flexibilidade do técnico nas UBSs, devendo este prestar assistência em mais de uma área programática. Mas isto não foi capaz de dar maior articulação às novas ações nessas unidades.

Aqui, vale a seguinte observação: se a primeira dificuldade foi a falta de tempo para a implementação das propostas na área de saúde da pessoa portadora de deficiência, a segunda foi o recurso humano, na mesma direção apontada na discussão feita na área de saúde mental.

Em resumo, foi possível avançar em muitos aspectos, mas os resultados gerais da gestão na área foram bastante comprometidos por um fator conjuntural - a implantação tardia dos programas na região (e no município como um todo), e por outros estruturais - o perfil dos recursos humanos existentes, face à proposta de trabalho da gestão, e a dificuldade de fixá-los num local periférico como a ARS-6.

6.2.3 Os resultados na ARS-6

Houve muita dificuldade em tentar responder às demandas rotineiras, de todas as ordens, isto é, em tentar oferecer, com qualidade, os serviços previamente existentes, numa região de muitas carências. E mais dificuldades ainda para, ao mesmo tempo, não só inovar como manter as inovações, face às diversas problemáticas que apontamos. Em muitos momentos, não obstante, os resultados obtidos foram plenamente compensadores.

Para os gestores 89/92, na ARS-6, muitos passos foram dados, no caminho da construção do SUS. A situação, ao final do governo, apresentava um saldo positivo: aumentou-se quantitativamente os serviços prestados e, principalmente, melhorou-se a qualidade do atendimento. Mudou-se, pois, o perfil de atenção à saúde nos distritos. Novos profissionais foram incorporados; implementou-se o trabalho em equipe na região.

Os equipamentos, em fins de 1992, eram os constantes do Quadro 13, a seguir.

QUADRO 13

Equipamentos de saúde nos distritos da ARS-6, no final da gestão 89/92

Distrito de São Miguel Paulista	Distrito de Ermelino Matarazzo	Distrito de Itaim Paulista
1.Hospital Tide Setúbal	1.Hospital Prof. Dr.Alípio C. Neto	1.Pronto Socorro Júlio Tupy
1.1 Emergência Psiquiátrica	1.1 Emergência Psiquiátrica	2.Pronto Atendimento Dr. Atualpa Girão Rabelo
2.Ambulatório Tito Lopes	1.2 Enfermaria Psiquiátrica	3.UBSs
3.UBSs	1.3 Unidade de Reabilitação	3.1 UBS Dr. Atualpa Girão Rabelo
3.1 UBS Jardim Helena	2.Ambulatório de especialidades da Vila Paranaguá, municipalizado	3.2 UBS Cidade Kemel
3.2 UBS Jardim Maia	3.UBSs	3.3 UBS Jardim Camargo Novo
3.3 UBS Vila Nova Curuçá	3.1 UBS Cidade Pedro José Nunes	4.CeCCo - Parque Santa Amélia
3.4 UBS Vila Jacuí	3.2 UBS Jardim Popular	
4.CeCCo-Parque Chico Mendes	3.3 UBS Dr. Carlos Muniz	
5.Hospital-Dia	3.4 UBS Vila Císper	
	3.5 UBS Pedro de Souza Campos	
	3.6 UBS Vila Fidélis Ribeiro, municipalizada	
	3.7 UBS Vila Ramos	
	4.CeCCo	
	5.Hospital-Dia	

Uma palavra sobre alguns equipamentos.

O Hospital Professor Dr. Alípio Correa Neto, resultante da luta da população organizada, veio contribuir para o aumento da oferta de leitos da região, bem como trouxe avanços tecnológicos de ponta para diagnósticos e tratamento de usuários de toda a região. Não se conseguiu ativar todos os leitos previstos e sim apenas 80% deles, devido à falta de profissionais, especialmente médicos.

As UBSs tiveram um grande acréscimo de profissionais de várias categorias, ampliando suas ações junto à população. Atingiu-se mais de 500% de aumento nos atendimento de nível especializado (profissionais universitários). A implantação e implementação de ações programáticas (saúde bucal, saúde da criança, saúde da

mulher, saúde do idoso, saúde mental, saúde do deficiente e doenças sexualmente transmissíveis - AIDS) foram fundamentais para a melhoria da qualidade dos serviços.

Os novos equipamentos de saúde mental - HDs, CeCCos, enfermarias, emergências psiquiátricas e equipes de saúde mental nas UBSs - representaram efetiva implantação do modelo de atenção de saúde mental, viabilizando alternativas ousadas e pioneiras no enfrentamento ao modelo manicomial.

Uma importante restrição apontada pelos gestores distritais foi a falta de repasses de verbas das esferas estadual e federal para o município no período; pôde-se, durante toda a gestão, contar somente com recursos municipais.

Vale a pena apontar para a contradição entre a tentativa de criar novos programas, introduzindo, ao mesmo tempo, alguma qualidade nos serviços já existentes, de um lado; e, de outro, a enorme demanda quantitativa da região - isto sem contar a que provem de fora:

> *"Na Região de São Miguel, quando se começou abrir equipamentos, como por exemplo o Hospital de Ermelino, 30% da demanda é de fora de São Paulo - de Guarulhos, Suzano, etc.(...) e se você faz um bom trabalho num lugar, aquele trabalho vira referência muito rapidamente. Essa disseminação tende a gerar uma demanda tão violenta que repercute negativamente no próprio trabalho: a qualidade tende a não se manter e isso é um problema. Então, equacionar demanda quantitativa versus um programa com qualidade é extremamente complicado." (Jorge Kayano, Diretor da ARS-6, p. 29)*

Como balanço final, Kayano opina que a "Secretaria poderia ter avançado mais na sistematização e na definição de projetos, do ponto de vista estratégico" (p. 19). Contudo, considera que houve grandes contribuições nos quatro anos de gestão, em termos de se fazer os equipamentos antigos funcionarem e atenderem à população, além do que houve ampliação quantitativa e qualitativa na assistência à demanda tradicional. Mas a abertura de novos equipamentos, a consolidação das 'inovações' compatíveis com o discurso político da gestão e com a implantação de uma rede pública voltada à questão da assistência universal, foi o "processo mais gratificante que se teve nesse período de trabalho."

6.3 As ações de saúde na assistência direta: a ótica dos gestores locais e dos técnicos nos serviços

6.3.1 Unidades Básicas de Saúde
Introdução

Uma das questões em torno das quais o movimento pela reforma sanitária se articulou foi a luta pela implantação de uma rede eficaz de unidades básicas de saúde, considerada de fundamental importância para a elevação do padrão sanitário da sociedade brasileira, de forma a garantir a oferta permanente dos correspondentes serviços básicos de saúde, assim compreendidos:

> *"um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas formando uma estrutura permanente e descentralizada de responsabilidade do Estado e colocada à disposição da população. Visa, em última análise, resolver problemas sanitários mais comuns e prioritários. Traduz mudanças verificadas nas concepções e decisões do Estado sobre saúde (...). Reflete ainda o surgimento de novas questões de saúde pública sobre as quais interessa aos governos intervir. Deveria se constituir, sobretudo, na porta de entrada da população ao sistema de saúde já que, enquanto primeiro nível da estrutura de atendimento, estima-se que poderia dar conta de 80% dos problemas médico-sanitários." (Bodstein & Fonseca, 1989, p. 69)*

Materializar-se-ia, assim, uma das utopias sanitaristas: proximidade máxima entre população e serviços, que seriam disponibilizados perto da casa do usuário, em local 'onde se pudesse chegar à pé', assumindo o setor público a responsabilidade de conhecer e resolver os problemas de saúde de cada comunidade/território.

Uma série de autores têm discutido os desdobramentos desses pressupostos teóricos e políticos, nos últimos anos. No Brasil, Campos (1992, 1997a), analisando os problemas do SUS e os avanços da saúde, afirma que apesar das expectativas e exigências existentes, em relação à atenção básica, aquela rede "nem se transformou em porta de entrada do SUS e nem logrou fazer toda saúde coletiva que insinuávamos [movimento sanitário]" (1997, p.127). A rede básica permanece frágil, precária no atendimento prestado, contrastando com a demanda crescente; não se garantiu o acesso da população excluída.

Estes fatos têm gerado acalorado debate, alimentado por diversas proposições, que procuram precisar quais serviços, ações e programas devem

compor a rede; como viabilizar o respectivo acesso (ampliação e crescimento quantitativo); de que maneira melhorar a qualidade do atendimento (modernização e redefinição dos objetivos e metas desses serviços) e, além disso, de que forma garantir o controle social do processo, com a participação da sociedade e usuários no planejamento e fiscalização das ações.

Uma outra questão considerada importante é a relativa à busca da definição e realização das ações (com qualidade e de forma resolutiva) dos diferentes técnicos de saúde, nesse contexto, e à elaboração de um contrato entre a equipe multiprofissional da rede básica e usuários, no sentido de que essas equipes, dados os recursos necessários, se responsabilizem - o que em geral não vem ocorrendo - pelo cuidado integral de um certo número de usuários (Bodstein & Fonseca, 1989; Campos, 1992 e 1997a).

Como apontamos no Capítulo5, p.172-178, as proposições da SMS na gestão 89/92 refletiam uma decisão política de enfrentamento das questões acima, inclusive no âmbito das áreas em estudo neste trabalho. Tanto no programa de saúde mental, quanto no de saúde da pessoa portadora de deficiência, aquela utopia sanitarista se manifestava nas propostas do governo: pressupunha-se a UBS como porta de entrada do sistema e referência primeira para os usuários, para o que pretendia-se que a esse equipamento fossem dadas condições de desenvolver ações nessas áreas.

Portanto, a proposta trazida pela gestão do PT em São Paulo depositava na UBS grande expectativa, reservando-lhe um duplo papel: em primeiro lugar, o de executor de ações básicas e preventivas de saúde coletiva; em segundo, o de 'porta de entrada' para o atendimento individual e curativo, de acordo com a visão do SUS, objetivando a descentralização e a universalização do acesso aos serviços. Para tal, era necessário diversificar e complexificar as ações de saúde, aumentando a resolutividade das UBSs, implantar os novos programas e ampliar significativamente e/ou adaptar em diversos aspectos a área física existente e os equipamentos disponíveis, bem como contratar recursos humanos compatíveis com a nova proposta.

Para alcançar-se, com qualidade, a utopia do acesso universal à saúde, tendo-se a UBS como ponto de partida para ações tanto individuais como coletivas, os recursos envolvidos eram proibitivos, mais ainda numa região com o grau de

carência da ARS-6. Conseqüentemente, a realidade impunha uma contradição entre o desejável e o possível, e logo era necessário definir prioridades, ênfases distintas a serem atribuídas ao aperfeiçoamento e expansão de práticas antigas e à criação das inovações que a gestão trazia. Em função dessas considerações, o papel da UBS, no governo 89/92, foi objeto de intenso embate de idéias, fruto dos diversos pontos de vista quanto à escolha daquelas prioridades, permanecendo durante todo esse período como uma questão em debate.

Avaliação das propostas definidas pela gestão

Os técnicos e gestores das UBSs fizeram uma avaliação positiva das propostas apresentadas pela gestão para a saúde em geral, assim como para as áreas de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, considerando que a mesma estava sendo fiel a seu programa anunciado de governo e se preocupava em resolver os problemas de saúde da população. Percebiam a necessidade daqueles grupos populacionais serem incluídos nos serviços de saúde como um todo e isso deveria ser feito, também, a partir das UBSs; os técnicos correlacionaram sua incorporação à UBS à decisão da gestão nesse sentido.

Apontaram, entretanto, o que denominaram de certa incoerência teórico/prática da proposta, na medida em que entenderam que as condições objetivas para sua realização não estavam igualmente definidas e asseguradas, fundamentalmente pela falta de diretrizes claras do que e de como fazer para atingir os objetivos declarados e cobrados dos técnicos pela gestão.

Quanto à metodologia de construção da proposta (se democrática ou não), algumas críticas foram feitas por técnicos que já estavam nos serviços anteriormente à gestão 89/92, alegando que não foram chamados a opinar sobre os novos projetos e nem a discutir o trabalho que vinham realizando e suas possíveis interfaces com os interesses dos programas propostos; os gestores locais e os técnicos contratados pela gestão não se referem a esse aspecto.

> *"Eu estou aqui há várias administrações, o meu trabalho em si não mudou muito. Eu continuo atendendo crianças, adolescentes e adultos. Continuo meu trabalho com creches, escolas. (...) Quando o PT entrou com algumas propostas, o nosso trabalho já se adequava à essas propostas. Mas tive que interromper o trabalho de orientação às creches da região - eram umas quinze - porque a*

proposta imediata era atender psicóticos, suicidas, usuários de drogas. A proposta antimanicomial exigia a presença do psicólogo no posto de saúde, atendendo esse grupo de risco. Pela proposta deles, cada técnico tinha que ficar na sua área. O máximo que eu poderia fazer [portanto] era um trabalho aqui com a creche da Ponte Rasa. As diretoras das creches se reuniram, pediram para a direção da ARS-6, para a coordenadora de saúde mental, que o trabalho continuasse (...), mas não foi possível. Foi dado um prazo para a gente terminar, onde já tínhamos começado. Eu não poderia começar em outras e nem dar continuidade. Isso foi bloqueado e foi muito doloroso. Eu não entendia e rebatia isso. Eu falava que era um trabalho integrado de saúde e educação, que deveria continuar, mas eles não entendiam assim no início. No início porque depois mudaram, no final da gestão voltaram com essa proposta. (...) Não foi preservado na época o trabalho, as coisas vinham de cima para baixo. Eu briguei muito nessa época. O meu trabalho com as crianças e os professores era de prevenção e acho que se inseria na luta antimanicomial. Eu acredito na proposta, mas eles exigiam que fosse feito só através do atendimento ao grupo de risco. Foi duro, penoso, mas eu me adeqüei." (Maria Aparecida Perroni, psicóloga, p.2-5)

Motivações

A maioria dos técnicos relata como principal motivação a conjugação de dois fatores, considerados extremamente interessantes: o bom salário oferecido pela Prefeitura e as propostas de trabalho nos serviços, com as quais muitos se identificavam. A opção da maior parte dos entrevistados pelo emprego na Prefeitura não era parametrizada apenas pelas necessidades de um salário e da estabilidade trazida pelo serviço público, mas também pela possibilidade de desenvolver atividades inovadoras, em equipes multiprofissionais, com populações pelas quais esses técnicos se interessavam. Importa ressaltar que esses entrevistados, em absoluta maioria, tinham experiência profissional anterior e estavam, à época, colocados no mercado de trabalho.

O processo de implementação da proposta: dificuldades e acertos

A maior parte dos técnicos julgou haver um descompasso entre a proposta e o processo de sua implantação, isto é, entre o plano das idéias e a realidade concreta.

Um importante fator que contribuía para essa desarticulação advinha do fato de que os gestores locais, que deveriam fazer essa ponte, tinham um grau de conhecimento e compromisso menores, com relação às propostas, do que o dos gestores regionais e centrais. Este fato é de certa forma esperável, posto que os níveis mais próximos do poder eleito são os mais envolvidos com as reflexões,

formulações e elaborações que resultam nas diretrizes e programas de governo. Além do mais, há uma outra questão: em termos da máquina administrativa, os escalões mais altos têm uma vinculação estrita com o governante, posto que são cargos da máxima confiança; nos escalões inferiores, contudo, em especial numa cultura como a petista, que tende a valorizar o trabalho e a democracia de base, a identidade dos dirigentes com a proposta de governo tende a sofrer alguma diluição. Assim, muitos técnicos relatam que, ao consultar seus chefes sobre o que e como fazer, percebiam nestes uma certa desinformação e até mesmo algum desinteresse.

> *"A unidade nem sabia que eu vinha, não sabiam o que era a minha profissão. Eles não sabiam o que eu vinha fazer, não esperavam nada de mim. (...) Eu acho que o governo da época queria trabalhar com essas pessoas [portadores de deficiência e portadores de transtorno mental], queria reabilitar mesmo, mas era a visão da administração, porque a unidade mesma não sabia. E olha que a vaga daqui era caracterizada, era para trabalhar na área de deficiência." (Marlene E. Buceroni, terapeuta ocupacional, p. 3-4)*

> *"Quando cheguei achei que seria diferente a recepcão, mas o chefe não sabia de nada: 'Uma fisioterapeuta? O que vai fazer aqui? Onde eu vou colocar? Eu não tenho sala.' Fiquei muito chateada." (Rosângela Leite, fisioterapeuta, p. 1)*

Entretanto, os técnicos referem ter tido a oportunidade de conhecer as propostas relativas ao programa de saúde mental em inúmeras reuniões com as assessorias regionais e distritais, mesmo aqueles que usualmente não participam da assistência a essa população, como os fisioterapeutas que chegaram à UBS. Isso não aconteceu – ao menos de forma igualmente intensa - com relação ao programa de saúde da pessoa portadora de deficiência. Muitos alegaram não ter tido contato direto com os assessores responsáveis, inclusive aqueles que tradicionalmente vêm desenvolviam ações junto a esse grupo, como os fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais e os fonoaudiólogos.

> *"Eu fui a primeira dos novos técnicos a chegar. E cheguei ao serviço público sem saber o que era serviço público. Na verdade, sem conhecer a característica do trabalho no serviço público. E aí tinha toda essa proposta de saúde mental, e eu discutia com colegas da unidade o que a fonoaudiologia faria com um psicótico - eu não sabia. Tinha reuniões de saúde mental no distrito. Eu ia, mas ninguém sabia me dizer se eu, enquanto fono, fazia parte da saúde mental ou não. Havia uma proposta clara, mas as próprias pessoas que estavam coordenando a implantação não transmitiam com clareza como é que seria a viabilização disso. (...) E eu sentia uma cobrança imensa, em relação à equipe da UBS, para que fossem atendidos os psicóticos, a demanda da saúde mental. Mas*

> *não se tinha clareza das possibilidades. (...) A gente não teve um preparo de fato para viabilizar a proposta e era cobrado em relação a isso pelos interlocutores, por outros técnicos. Mas a chefia local nem sabia." (Simone Ventura, fonoaudióloga, p. 5-6)*

> *"O investimento em pessoal na nossa gestão foi muito grande. Na UBS, foi um salto. Uma equipe muito rica chegou, mas não houve tempo hábil [para aproveitá-la, em termos das novas propostas]. Eram inúmeras as questões e havia divergências. Tinha uma linha de assistência mais individual e havia, ainda, uma discussão em torno disso. Quer se queira ou não, na prática isso existia. Não houve um investimento suficiente no pessoal, que ficou isolado e não foi trabalhado adequadamente. A equipe de assessoria do distrito ficava muito à parte. Eu acabava me integrando porque também tinha experiência na área assistencial. (...) Eu acho que essa questão dos programas, da multidisciplinaridade, do trabalho em equipe, etc., não conseguiu ter um peso suficiente para mudar, de fato, lá na ponta. Quando eu cheguei à unidade - e foi um momento de intervenção da gestão naquela unidade - tive que discutir coisas básicas, que pareciam antigas: 'Vamos só ficar atendendo puericultura, só pré-natal?'." (Sandra Tavares, enfermeira e gestora local, p. 15)*

Decorrem desses fatos algumas considerações a serem feitas. Se, por um lado, um certo grau de desconhecimento e descompromisso realmente existiam por parte de gestores das UBSs, com relação às propostas específicas, de outro, a prática clínica tinha (e continua tendo, como dissemos) inúmeras questões a resolver na UBS, em todos os âmbitos; salvo as ações tradicionais de ginecologia, mesmo assim de forma bastante restrita à saúde materna, de pediatria e de alguns programas preventivos (hanseníase, tuberculose, por exemplo), atender às necessidade de saúde da população num equipamento 'básico' permanece um desafio, desafio esse que se potencializa enormemente quando se trata de grupos populacionais extremamente excluídos e marginalizados como os 'loucos' e os 'deficientes'.

Recursos materiais

Foram feitas críticas às condições objetivas de trabalho: espaço incompatível com as necessárias ações de saúde; falta de equipamentos e de materiais de consumo. Parecia incompreensível que as contratações não fossem acompanhadas de correspondente infra-estrutura: os fisioterapeutas reclamavam da inexistência de equipamentos – que julgavam essenciais para suas atividades, conforme tinham aprendido em sua formação acadêmica; os terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos requeriam os mais diversos materiais, que não eram comprados; os

psiquiatras, cobravam a aquisição e disponibilização de medicamentos; todos demandavam mais e adequados espaços.

Na visão dos técnicos não se poderia ter depositado tanta expectativa na sua 'criatividade' e 'iniciativa', como percebiam ser o posicionamento dos assessores; ambas têm limites bastante concretos.

> *"Eu cheguei aqui e tinha uma salinha 2x2, uma mesinha e uma maca. Eu fiquei perdida. Tentava me localizar; [mas] um paciente neurológico, um paciente ortopédico, eu não posso atender sem nenhum aparelho, sem nenhum equipamento. Então, porque que me contrataram? Não entendo até hoje. Se é para trazer o profissional, teriam que dar condições dele trabalhar.(...) Na UBS, não havia respaldo. Chegava-se e tinha-se descobrir os 'recursos', ver o que se podia fazer com quase nada. Tinha os vários programas em que nos podíamos inserir; [podíamos] criar alguns grupos. Mas tudo coisa que dependia da criatividade. Queriam que o profissional trabalhasse naquilo que havia sido proposto - neurologia, ortopedia, saúde do trabalhador; era essa a intenção, mas várias UBSs não tinham condições para isso. Faltou coerência, na minha opinião." (Angela Alves Martins, fisioterapeuta, p. 1-2)*

> *"Eu comecei a trabalhar com tudo que aparecia, voz, deficiência auditiva, paralisia cerebral. Aí, eu vi que não tinha condições de atender aqui. Porque a gente não tinha material adequado. Aqui a sala não é só minha e fica-se entrando e saindo, o barulho é muito intenso. Dava interferência no trabalho com discriminação auditiva, por exemplo. A questão do material é muito complicada (...) desde que eu entrei eu peço um espelho, um mobiliário adequado. Mas cansei de mandar listas e não receber nada." (Leila Moreira de Campos, fonoaudióloga, p. 2 e 7)*

> *"Quanto ao material, tínhamos que fazer uma lista. Parece fácil fazer uma lista, não? Mas não era. Precisava por um código em cada material. Fomos atrás dos códigos - eu, a fono e a psicóloga. Perdemos muito tempo para fazer essa lista, que voltou porque estava errada. Tinham mudado os códigos. Não dava para funcionar. Quando o material finalmente chegava, era menos da metade. E como dividir materiais comuns – brinquedos, por exemplo? Muita gente - técnicos e usuários - trouxe coisas de casa." (Renata G. Galvão, terapeuta ocupacional, p.5)*

> *"A falta de medicação sempre foi uma coisa complicada. No começo foi melhor, mas vem gradativamente piorando." (Maria Helena, psiquiatra, p.7)*

As deficiências não foram apontadas de forma homogênea na ARS-6. De acordo com os depoimentos, foram mais agudas em Ermelino Matarazzo e São Miguel, embora aí houvesse mais profissionais. Já em Itaim Paulista, mais periférico, onde a prefeitura reformou e equipou várias UBSs, havia, além disso, mais coesão entre gestores, nos vários níveis, e técnicos, o que contribuía para

reduzir as dificuldades encontradas, favorecendo a busca e adoção de soluções alternativas, quando viável.

A sensação geral, contudo, era a de que havia uma vontade central e boas propostas, mas que isto não se traduzia nos serviços, nas instâncias locais, nas quais os chefes não as assumiam completamente, cobrando dos técnicos, de maneira um tanto vaga, que dessem conta de suas tarefas, que muitas vezes não sabiam quais eram.

Ressalte-se que aquele mesmo caráter inovador foi capaz de criar, em muitos ambientes, um clima libertário, um sentimento de espaço para o exercício da imaginação e resultados concretos animadores, além da já citada superação da alienação entre trabalhadores e trabalho produzido, pois em larga medida os técnicos acreditavam nas propostas.

> *"Tinha mais profissionais do que salas, na época em que eu cheguei. Tinha os profissionais desta UBS [Jardim Camargo Novo] e da Cidade Kemel, que estava em reforma. A gente foi tomando posse. A sala de reuniões era usada só em alguns períodos. Fomos colocando nossas coisas lá e tomamos conta da sala. Tinha muita briga (...) tinha quem não gostasse, mas foi o único jeito da gente conquistar espaço - não dava para ficar pulando de galho em galho, com colchonete debaixo do braço, arrastando criança. (...) O pessoal foi concordando - e arranjaram outra sala para reunião. Mas o que a gente sentia era que havia uma abertura para se fazer esse trabalho junto à população. Nós tínhamos facilidade para sair – condução. Faltava, entretanto, uma diretriz." (Laércio Dias dos Santos , fisioterapeuta, p. 3)*

Parecia (aos técnicos) haver uma certa grandiloqüência política, segundo a qual tinha-se que levar adiante os programas, corretos mas um pouco descolados da dura realidade; ao mesmo tempo e paradoxalmente, com isso coexistia uma indefinição de micro-diretrizes objetivas que explicitassem com precisão o que fazer. Por outro lado, nos casos em que foi determinado detalhadamente o serviço, alguns técnicos se queixaram de autoritarismo da gestão.

Esta referência ao autoritarismo parte principalmente de psicólogos que já trabalhavam na Prefeitura, anteriormente à gestão. Como dissemos, o governo de Jânio Quadros havia concursado e contratado psicólogos, a maioria deles para a área de educação. Alguns poucos estavam nas unidades básicas de saúde, realizando trabalhos junto à população infantil. O novo governo decidiu o fechamento do Departamento de Saúde do Escolar da SME, com a conseqüente remoção dos

psicólogos para a SMS; eles puderam escolher, dentre os vários equipamentos da Saúde, onde iriam desenvolver seus trabalhos. Isto marcou enormemente o relacionamento da gestão com esses técnicos. Os psicólogos contratados pela gestão 89/92 compartilham, em geral, a visão dos outros novos técnicos contratados.

> *"Eu acho que não dá para você jogar qualquer profissional no serviço achando que a formação é suficiente. Eu acho que um grande erro da nossa gestão foi ter acreditado que democracia é você deixar o profissional chegar, fazer e chamar para discutir quando ele já fez, porque ele já acreditou que é isso. Aí não se muda mais. Eu sempre coloquei essa crítica (...) Administrar é administrar! Acredito nisso. Há momentos que você tem que se impor. Se se contrata profissionais para alguma coisa, esses profissionais têm que atender dentro desse modelo. Isso precisa ser colocado claramente. Com a equipe de saúde mental, eu batia muito nisso. Eu deixava claro que ninguém estaria sublocando sala na unidade (...). Não considero que isso fosse autoritarismo. Num certo sentido não tivemos pernas. Se jogou um grande número de profissionais sem uma estrutura adequada - e não se deu conta disso. Eu acho que o profissional deveria ser preparado de fato. Deveria se ter uma estrutura mais rígida, mais organizada, para acompanhar esse profissional. (...) Um número razoável de profissionais sublocou salas." (Sandra Tavares, enfermeira e gestora local. p. 19-20)*

Também é relatada uma certa falta de espaço para soluções técnicas que não se enquadrassem nos parâmetros políticos estabelecidos. Alguns psiquiatras sentiam-se desconfortáveis com a impossibilidade de propor-se internações manicomiais. Entendiam serem necessárias, em alguns casos. Mas esta discussão era impedida pela veemente defesa da luta antimanicomial.

Formação e capacitação para o trabalho e a equipe

Muitas das dificuldades provinham do caráter inovador dos programas e propostas. Ao mesmo tempo em que este era um grande mérito, suscitava questões complexas: nenhum dos novos recursos humanos tinham formação e/ou experiência para trabalhar em UBSs; esta era uma prática que se iniciava, em São Paulo, com a gestão. Portanto, os profissionais ficavam um tanto 'perdidos', 'soltos' (para usar expressões recorrentes).

Já os gestores tinham a esperança de que os técnicos fossem descobrindo o que fazer, gerando soluções frente às deficiências infra-estruturais, 'cavando' seu próprio espaço, forjando sua identidade e ajudando a conformar a rede básica

almejada. Esta expectativa otimista demonstrou-se um tanto ingênua, como já discutimos no item 6.2 deste capítulo.

Muitos problemas estruturais eram intransponíveis; outros, foram efetivamente equacionados, individual e coletivamente, pelos técnicos; outros ainda não o foram, quando poderiam ter sido, por falta de empenho e/ou habilidade. De toda forma, os técnicos perceberam essas questões, mas imputam grande responsabilidade por algumas delas aos gestores, nos vários níveis, a quem, ainda segundo eles, competiria ter viabilizado soluções mais definitivas.

Outro ponto importante, aqui também, refere-se à dificuldade representada pelas resistências e inexperiências do trabalho em equipe multiprofissional. Todo o processo foi permeado de diversas e contraditórias leituras, por parte dos técnicos: alguns dos antigos profissionais (como os médicos e enfermeiros, já mencionados) resistiam às mudanças de relações de poder envolvidas no trabalho em equipe previsto e muitos nutriam uma certa desconfiança quanto às novas propostas; já os novos nunca haviam trabalhado juntos, nem entre si, nem com os antigos profissionais, num equipamento como a UBS, e isso gerava um importante elemento de tensão; além disso existiam, também entre eles, resistências ao trabalho em equipe e mesmo com a população alvo.

Relatam também dificuldades de aceitação da equipe de saúde mental na UBS por parte dos demais técnicos e funcionários.

> *"Quando eu cheguei aqui tivemos funcionários que ficaram apavorados com a vinda de uma psiquiatra para cá. O pessoal da enfermagem era bastante problemático, tanto que eu não tenho a infra-estrutura de apoio da enfermagem. Fiz várias reuniões com eles e com o pessoal geral, escriturários, para explicar o que eu faria aqui, discutir e desfazer as inúmeras fantasias que se tem em relação à loucura." (Marli de Campos Azevedo, psiquiatra, p. 3-4)*

> *"No CeCCo, HD, todo mundo está envolvido com a mesma população, na UBS é diferente, a própria equipe de saúde mental tem muita dificuldade de estar se inserindo, de ser aceita pelos outros profissionais." (Meire S. Rizzato, psicóloga. p. 13)*

> *"A gente só consegue manter o psicótico em atendimento dentro da UBS se o conjunto da unidade entender que esse paciente tem espaço lá dentro. Se for só a equipe específica, no dia em que o profissional de referência não estiver, o paciente vira o pavor, é o pânico daquele dia. (...) Agora, a equipe de saúde mental também precisa se enxergar como equipe de saúde, não pode ficar fechada para a unidade." (Sandra Tavares, enfermeira e gestora local, p. 10 e 13)*

Cursos, supervisões e fóruns

Muitos técnicos sentiam-se inseguros quanto à sua capacitação para o exercício das funções (nas UBSs) para as quais tinham sido contratados - em parte, com razão, face ao que já comentamos. Reivindicavam, pois, não apenas formação para atuar na saúde pública, para fazer prevenção, como também, e principalmente, supervisão clínica.

A fala dos técnicos demonstra insatisfação em dois níveis. Primeiro, por que os cursos vieram tardiamente, apenas no fim da gestão e, em conseqüência, boa parte de suas atividades no período foi desenvolvida sem que pudessem freqüentá-los. Segundo, por que, a seu ver, as supervisões oferecidas não tinham a especificidade que julgavam necessária, sendo superficiais, genéricas e coletivas. Serviam para todos os profissionais de cada um dos distritos e eram feitas para o programa como um todo e não de acordo com cada tipo de equipamento.

> *"Nas reuniões de equipe tentávamos discutir os casos, mas havia muita discordância entre os profissionais; não se chegava a bons resultados e começamos a desacreditar desses encontros. (...) Na época também começaram a acontecer reuniões de saúde mental no Distrito, [mas isso] também não ajudou muito. A Prefeitura contratou pessoal para supervisionar. Na supervisão tinha umas 30 pessoas. Falava-se das dificuldades de se implantar o trabalho, das 'n' dificuldades; era muito angustiante e não se resolvia nada. Talvez tenha sido uma estratégia da supervisora: o pessoal que ficou muito angustiado saiu e ela pôde trabalhar com um grupo menor. Parece que deu resultado. Mas como eu fui uma das que se angustiou, eu não sei." (Renata G. Galvão, terapeuta ocupacional, p. 1-2)*

> *"Era uma supervisão mais para ver o perfil, tentar provocar uma 'troca' entre todos os equipamentos, UBS, CECCO, HD, Enfermaria. Foi difícil, eram muitas pessoas diferentes, que não se conheciam, pressionando para saber o que se fazia o que não se fazia. Ficava uma coisa meio persecutória. Cobrava-se o trabalho em equipe, e isso é uma coisa que demora." (Maria Helena, psiquiatra, p. 2)*

Foram realizados diversos Fóruns Regionais de Saúde Mental na ARS-6 - o comparecimento aos quais era facultativo. A idéia dos assessores, ao propô-los, era criar um espaço de reflexão, de discussão dos problemas, dificuldades e avanços observados, de troca de experiências. Contudo, do ponto de vista dos técnicos das UBSs, as percepções eram as mais diversas. Uns de fato consideravam os Fóruns uma iniciativa válida e proveitosa. Outros viam nos mesmos eventos elementos de controle. Outros ainda reagiam diante de discussões consideradas muito políticas e

ideológicas e pouco técnicas: sentiam-se alienígenas nesses encontros, com cujos objetivos não se identificavam. Os pertencentes a estas duas últimas categorias tendiam a ver os Fóruns como ineficientes e desnecessários. Referem ainda certo preconceito dos demais técnicos para com as equipes das UBSs:

> *"Nos Fóruns, quando a UBS levava a dificuldade, algumas pessoas, trabalhadores como a gente, mas que tinham muitos preconceitos, diziam - 'A UBS não quer aprender, não quer realizar o trabalho proposto'. E virava uma briga. Perdemos muito tempo com 'picuinhas' e faltou tempo para discutir os erros, os acertos, as dúvidas - que eram muitas, com maturidade." (Meire S. Rizzato, psicóloga, p. 14)*

Demandas de serviços para as Unidades Básicas de Saúde

Como vimos, a proposta do governo implicava complexificar e diversificar o atendimento. Assim, em vez dos tradicionais ginecologista, pediatra, clínico geral e pessoal de enfermagem, havia agora outros especialistas, incluído aí o psiquiatra, o psicólogo, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o assistente social, o fonoaudiólogo; e, ao mesmo tempo, a intenção de elevar a resolutividade do equipamento. Por outro lado, a própria gestão procurou dar à UBS o caráter de 'porta de entrada' do SUS, gerando no imaginário da população a expectativa de que lá seriam resolvidos, em sua essência, os problemas de saúde cotidianos, corriqueiros e mesmo emergências simples. Esse foi um fator que sobrecarregou bastante as UBSs, na visão dos técnicos.

Isto fazia com que alguns técnicos se sentissem pressionados a atender demandas de várias ordens para tentar contribuir na resolução de 'problemas' que chegavam até a UBS; o que foi particularmente importante, no caso da 'queixa escolar'.

A gestão compreendia que os problemas de saúde/doença, inclusive os das crianças, deveriam ser objeto de ações dos serviços e profissionais da saúde; já aqueles relativos a dificuldades de aprendizagem por parte das crianças, mesmo aquelas portadoras de deficiência, deveriam ser encaminhados no âmbito da educação, e não no da saúde - salvo os (poucos) casos em que se tratasse realmente de problema de saúde e mesmo assim num nível de apoio, e portanto resolvidos na própria escola. Uma outra visão, bastante presente nos meios escolares e mesmo entre profissionais da saúde, especialmente entre aqueles que desenvolvem também

ações na educação, considera que crianças com 'queixas escolares' devem ser encaminhadas a psicólogos, terapeutas, etc. Assim, muitas dessas crianças foram orientadas, nas próprias escolas, por partidários desta última perspectiva, a procurarem os psicólogos e outros profissionais nas UBSs. Embora estes estivessem teoricamente engajados no programa de saúde mental das UBSs, para onde tinham sido transferidos, vários deles vinham desenvolvendo um trabalho com as crianças nas escolas e continuaram a atendê-las nas UBSs, bem como convenceram outros profissionais a também lidarem com essa problemática - terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, por exemplo. Este foi um fator extra de incremento da demanda, que limitou o tempo disponível de alguns dos profissionais das UBSs para as ações que se pretendia aí fossem feitas, suscitando ao mesmo tempo um debate sobre a controversa problemática que enfocamos acima.

> *"A demanda maior aqui é o 'escolar'. Tem uma escola aqui do lado - só da primeira série, eu já avaliei 30 crianças. A maioria precisa de tratamento. Tem dislexia, tem rebaixamento intelectual, fora as verminoses que não deixam aprender, aspectos sociais mesmo, problemas emocionais, de violência doméstica. Aqui é uma região que tem três favelas, áreas de invasão e famílias muito desestrutradas; a criança não consegue aprender, ela não recebe informações básicas, a mãe sai de madrugada para o trabalho, não encontra a criança acordada. (...) Às vezes a criança passa o dia todo na rua, não fazendo nada, não aprende porque não introjetou nenhuma disciplina, não tem limites. (...) Tentamos chamar e orientar a família, a escola. É muito difícil trabalhar com a escola. Se orienta uma coisa e eles fazem outra; acho que é muito difícil alterar condutas na escola. E todo mundo da unidade acaba atendendo essas crianças, psicologia, assistência social, fonoaudiologia, terapia ocupacional." (Marlene E. Buceroni, terapeuta ocupacional, p. 11-13)*

O dilema (saúde coletiva e prevenção) x (atendimento individual e curativo) perpassou permanentemente a implantação das propostas da gestão e, em diversos casos, as próprias relações entre técnicos, e entre estes e as respectivas chefias.

Era comum, por exemplo, que os fisioterapeutas pressionassem os gestores locais para que comprassem os equipamentos que julgavam necessários e que estes procurassem convencê-los de aspectos importantes das ações básicas na área de saúde coletiva - esta interação por vezes propiciou resultados interessantes, em que cada qual pode avançar no aprofundamento de sua compreensão dos diferentes aspectos do modelo em implementação.

> *"Quando eles [gestores] disseram: 'Vocês vão precisar de equipamentos? Tem que pedir.' Fizemos nossas listas, pensando na clientela. E os equipamentos chegaram. Se fosse hoje eu não faria isso, não teria esses equipamentos aqui. Isso direcionou nosso trabalho para clínica mesmo, o pessoal procura e precisa. Mas hoje eu sei que esse não deve ser o trabalho da UBS, e a Célia [gestora distrital] tentou me orientar nisso. Não que eu ache que não se devia ter nada, mas devia ser mais restrito, para alguns casos e momentos específicos. (...) O trabalho que fazemos aqui é de um ambulatório de especialidades, quase nada de prevenção, de UBS mesmo." (Laercio Dias dos Santos, fisioterapeuta, p. 8-9)*

A 'Remoção Zerada'

Outra política de pessoal que teve grande impacto sobre os técnicos foi a chamada 'Remoção Zerada', que, ao final da gestão, permitiu o remanejamento de pessoal (aconteceu em todos os equipamentos), trazendo mudanças importantes nos locais de trabalho dos técnicos. Tomou-se a respectiva decisão já no início da gestão, mas só pôde ser encaminhada em 91, e efetivada em 92.

Tratou-se do seguinte: a SMS definiu qual era a qualificação necessária para as pessoas acessarem determinadas vagas, atribuições essas inerentes à formação do servidor, dependendo da especialização dos serviços e outras vagas que não exigiam essa caracterização. Todas as vagas existentes na SMS foram colocadas para escolha, e as pessoas escolhiam segundo classificação em concurso e tempo de serviço na Prefeitura, favorecendo aquelas pessoas que eram efetivas, contratadas num primeiro momento; depois, as que, mesmo não concursadas, eram estáveis por estarem há cinco anos no serviço municipal, conforme previa a Constituição. E, finalmente, aquelas pessoas não estáveis e com menor tempo de concurso.

Se isto foi positivo, do ponto de vista da SMS como um todo, foi um importante fator de desarticulação das incipientes equipes nos diferentes serviços de uma região periférica como a ARS-6 e com as enormes dificuldades de fixar recurso humano especializado.

A participação do usuário

Foi considerado um fato positivo pelos técnicos a participação dos movimentos de saúde na gestão, via Conselhos Gestores. Era um espaço democrático, com participação tripartite (um terço administração, um terço de usuários e um terço de técnicos), em que tudo era discutido, inclusive os horários de trabalho dos próprios técnicos. Apesar de certos estranhamentos iniciais - percebidos

como controle e ingerência da população na ação dos técnicos - aos poucos o cotidiano transformou técnicos, gestores e usuários em parceiros.

> *"Quando eu cheguei aqui, os movimentos populares dessa região eram muito fortes e eles vinham permanentemente no posto. Em certos momentos chegava até a ser acintoso, parecia que ficavam nos vigiando. Havia um certo exagero. Eu acho que eles devem estar presentes, mas não desse jeito. Agora, a gente conseguia discutir com eles nossos objetivos. Todos os profissionais discutiam com eles (...). E era muito importante - a população cobrava, ajudava. Os dois lados foram percebendo coisas no processo: nós, que tínhamos que aprender a conviver com alguém controlando, porque os conselhos de saúde existiam legalmente; e eles também perceberam que os excessos criavam atritos desnecessários" (Laercio Dias dos Santos, fisioterapeuta, p. 13-14).*

Os resultados

Há uma certa unanimidade de opiniões, no sentido em que os técnicos consideram que contribuíram de forma significativa no processo, embora pontuem que essa contribuição foi reduzida por sua chegada tardia à região - os psiquiatras e psicólogos chegaram em 1990; os demais, apenas a partir de 1991.

De toda forma, acham os mais otimistas - a maioria, que a população pôde ter acesso a serviços que de fato eram relevantes, passando a conhecer novos profissionais e suas ações, direcionadas para ajudar a vida das pessoas.

Outros, mais pessimistas, se decepcionaram com o trabalho e crêem que não chegou a haver, de verdade, assistência efetiva à saúde mental, à saúde da pessoa portadora de deficiência, nem trabalho de equipe integrado ou produtivo - quando isso parecia poder acontecer, acabou a gestão. Opinam que todo o processo foi muito angustiante.

Entendem todos, entretanto, que foi criado um espaço pela gestão 89/92, que precisa ser preservado. A articulação conseguida foi frágil, mas a necessidade de atenção a esses grupos populacionais, embora mais restrita, no caso da pessoa portadora de deficiência, foi trabalhada, e a população que efetivamente logrou assistência e passou a demandar esses serviços.

A grande questão em aberto, que resulta de todas essas considerações, é que, na proposta e na sua implementação, as contradições inerentes ao papel da UBS como porta de entrada que assegure amplo acesso e acolhida aos problemas (universalidade), intervenção personalizada com projetos terapêuticos singulares

(eqüidade) e alta resolutividade, (Campos, 1997a) não puderam ser devidamente equacionadas. É um projeto em andamento, na frágil saúde brasileira.

Estas dúvidas e contradições permearam toda a gestão e são parte do grande debate de fundo: mesmo com vontade política, como fazer para alavancar a conquista da cidadania social para todos, em especial em espaços periféricos enormemente carentes.

6.3.2 Emergências Psiquiátricas e Enfermarias de Saúde Mental

O governo municipal propunha implantar, nos hospitais gerais, unidades de saúde mental compostas por: Emergências Psiquiátricas; Enfermarias de Saúde Mental e Serviços de Psicologia Hospitalar nas diferentes enfermarias hospitalares, este último a partir do projeto paralelo de humanização e desinstitucionalização desses espaços (o projeto "Hospital Aberto").

A Emergência Psiquiátrica e a Enfermaria de Saúde Mental funcionariam, segundo a proposta, como forma de impedir a internação nos manicômios daqueles indivíduos em situações de crise: "surtos psicóticos, síndromes de abstinência alcoólica e por drogas e tentativas de suicídio" (SMS, 1992b, s/p.). Esses equipamentos eram fundamentais, principalmente de início, enquanto não estavam ainda integralmente estruturados os serviços extra-hospitalares, na proporção das necessidades impostas pela demanda. A Emergência Psiquiátrica deveria oferecer continência e orientação aos pacientes e familiares na emergência vivenciada, bem como, se necessário, medicação e observação no leito, com tempo máximo de permanência de 72 horas. Sua equipe seria composta, no mínimo, por um psiquiatra plantonista por período e um psiquiatra diarista com papel de coordenação e assistência; contaria a equipe técnica multiprofissional, ainda, com psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Após o período de 72 horas, avaliadas as condições do usuário, este seria encaminhado para uma UBS, um Hospital-Dia, um CeCCo ou, havendo a necessidade de um tempo maior de internação, para uma Enfermaria de Saúde Mental no hospital geral (SMS, 1992b).

Assim, a Enfermaria de Saúde Mental atenderia os casos para os quais a Emergência Psiquiátrica não tivesse sido resolutiva; o tempo médio de internação previsto era de 15 dias e, além dos quartos para a internação, serviços médicos e de

enfermagem, o trabalho a ser desenvolvido demandaria espaço próprio e profissionais para atendimento psicoterápico, terapêutico ocupacional, recreação para o paciente, e também atendimento e/ou orientação familiar.

Avaliação da proposta definida pela gestão

Os técnicos e gestores desses serviços avaliam a proposta de saúde mental definida pela gestão 89/92, como bastante adequada à problemática que se pretendeu enfrentar, assim como o que se objetivou com a criação de cada um dos equipamentos e, especialmente, daquele em que se inseriram.

Duas razões, vistas como as principais motivações da gestão na área, são apontadas para a escolha do modelo proposto: representava, efetivamente, uma alternativa ao manicômio, à segregação dos indivíduos que sofrem mentalmente, e viabilizava a atenção à saúde dessa população.

> *"A essência da proposta é simples (...): o atendimento do doente mental não deve ser o manicômio, não deve ser a segregação, não deve ser numa instituição isolada. A história do manicômio não é de tratamento, é de cronificação (...). Um indivíduo numa crise, mesmo numa crise não muito grave, era candidato a cair no manicômio; ele chegava num ambulatório qualquer e esse ambulatório já estava autorizado a dar uma carta de internação num manicômio. Aqui, a proposta partia disso: a emergência, o pronto-socorro psiquiátrico, seria um local para se avaliar a necessidade, ou não, da internação. Aqueles casos que não requeriam internação eram atendidos na emergência e mandados para casa - e essa é a maioria dos casos; outros ficavam na emergência um, dois ou no máximo três dias e voltavam para casa; e os que precisavam efetivamente de internação tinham a oportunidade de serem internados em um hospital geral, numa enfermaria e não num manicômio. Essa era a essência da proposta da emergência e da enfermaria. No fundo a Emergência Psiquiátrica terminava sendo uma porta fechada para o manicômio; devia restringir a quantidade de pessoas que estavam sendo internadas por qualquer crise, grande, média ou pequena; devia deter esse processo." (João Coimbra, psiquiatra e gestor local, p. 3-4)*

Alguns desses atores, mesmo concordando com os pressupostos da proposta (isto esteve presente na totalidade destas entrevistas), apontam, entretanto, para algumas fragilidades do modelo e de seus equipamentos, apesar do empenho dos gestores e assessores:

> *"Havia muita dedicação. Os profissionais trabalhavam muito, dez horas por dia, (...) mas eu acho que tinha uma inexperiência administrativa. A idéia de um modelo de serviços de saúde mental não muito clara, por exemplo, pelo menos*

> *pra explicar pros técnicos esse modelo. Aqueles com mais experiência achavam que o modelo fragmentava; que criava diferentes demandas - pra quê tantos serviços diferentes? (...) Tinha-se uma grande vontade de acertar, mas era confuso. Na minha opinião, o CeCCo não é um equipamento muito claro; quanto às Enfermarias existem modelos tradicionais que podem ser 'copiados', mas existe o risco de virar uma coisa só medicalizante; Hospital-Dia foi o que demorou mais a ser implantado na região; tinha aquele modelo da 'CASA', mais psicodinâmico, e era a fonte onde todo mundo ia beber. A gente falava de saúde pública, mas todo mundo ia estudar psicanálise, teoria de grupos." (Stella Maris Nicolau, terapeuta ocupacional, Entrevista 2, p. 2)*

Percebia-se a vontade política e técnica da gestão, mas também certa dificuldade de comunicação, no sentido de encaminhar, de maneira mais precisa, a consecução dos objetivos determinados, em cada região/distrito da cidade e em cada serviço proposto.

Assim, cada serviço ia, na prática cotidiana, conformando sua identidade institucional. Isto permitiu, de um lado, que as diferentes equipes desfrutassem de certa liberdade e fluidez para traçarem seus objetivos e definirem formas para alcançá-los; de outro, prejudicou a articulação prevista entre os equipamentos.

> *"Eu penso que quem realmente construiu esse modelo foram os profissionais, no cotidiano dos serviços, ao longo desses anos. O modelo foi ganhando a 'cara' de quem estava nos serviços. Ganhou várias 'caras', conforme cada região e cada equipamento. A história mostrou isso. Nós, na enfermaria, fomos dando a nossa 'cara'." (Stella Maris Nicolau, terapeuta ocupacional, Entrevista 2, p. 2-3)*

> *"Eu acho que eles tinham vontade, que eles tinham clareza do que eles queriam, mas os papéis de cada serviço foram se definindo na prática. Isso eu acho que ficou confuso - em termos de cada um criar a sua identidade; eu acho que houve falhas nesse sentido, acho que eles não tinham tanta clareza do papel de cada serviço, Emergência, Enfermaria, HD, CeCCo, UBS. Acho que eles foram pensando: 'Bom, vamos delimitando isso na prática'. É a impressão que ficou." (Maria Tereza C. Preto, terapeuta ocupacional, p. 6-7)*

Motivações

Também entre os profissionais das Emergências e Enfermaria da ARS-6, as motivações apresentadas para a opção pelo trabalho na Prefeitura, no período, foram as condições oferecidas pela gestão. A combinação de um salário competitivo no mercado com um projeto para a área de saúde mental e para o serviço em questão, considerado correto, determinou a adesão dos técnicos.

> *"Na época, trabalhar na Prefeitura era estar no melhor emprego. Pagava-se mais que a iniciativa privada, que o Estado. Tinha-se uma proposta interessante para a saúde pública e para a saúde mental e se estavam implantando vários serviços." (Stella Maris Nicolau, terapeuta ocupacional, Entrevista 2, p.1-2)*

As formas adotadas para o encaminhamento da proposta

No hospital de Ermelino Matarazzo a equipe foi contratada vários meses antes de se iniciar o atendimento. Previu-se que os profissionais pudessem discutir e conhecer a proposta e, a partir daí, organizar o trabalho com a participação de todos, tanto na área específica, quanto discutindo com os demais funcionários e gestores do hospital a ser inaugurado. Muitos técnicos não tinham idéia clara do que seria o trabalho cotidiano e também não tinham experiência, em termos dos serviços propostos assim como do 'trabalhar em equipe'. Dessa forma, a oportunidade de iniciar o serviço a partir da discussão mesmo da sua concepção, com a chegada conjunta dos vários profissionais, e não 'simplesmente' com a assistência direta, foi avaliada como bastante adequada e facilitadora.

> *"Comecei ajudando a equipe de saúde mental a montar o serviço. A coordenadora de saúde mental da região dava algumas diretrizes para a implementação e a gente começou discutindo o que deveria ser uma emergência, uma enfermaria psiquiátrica, que moldes a gente queria buscar. Fizemos uma série de visitas a outros serviços. Da minha chegada até o momento em que a enfermaria ficou pronta passaram-se seis meses. Nesses seis meses o pronto-socorro havia sido inaugurado e eu fiquei na emergência psiquiátrica. Ficávamos juntos com os psiquiatras plantonistas. A gente dava uma retaguarda, acompanhava, atendia a família, tentava acionar outros serviços. Foi muito rico. Conhecemos o que era a demanda de psiquiatria numa região populosa como a Zona Leste, o quanto tem de alcoolismo, o que se pode fazer com pacientes mais graves que chegam." (Stella Maris Nicolau, terapeuta ocupacional, Entrevista 2, p. 1)*

Como em todas as demais clínicas médicas do hospital, o serviço de emergência foi iniciado anteriormente às enfermarias. Assim aconteceu no caso da psiquiatria, cuja enfermaria, no entanto, foi a última a entrar em funcionamento. Percebia-se certos receios, temores, da direção do hospital, frente a uma experiência totalmente nova. Travavam-se discussões e tomavam-se decisões em relação a inúmeras questões, tais como: até onde se deveria garantir especificidades para esses serviços, no sentido de diferenciá-los dos demais?; como deveria ser a forma de alimentação - talheres, por exemplo, deveriam ter seu uso restringido de alguma

forma?; até que ponto dever-se-ia absorver os pacientes psiquiátricos na dinâmica comum do hospital?

> *"O Hospital começou assim: primeiro, ativaram o pronto-socorro; depois, foram ativando enfermaria de clínica médica, cirurgia, pediatria e por último foi a saúde mental, ainda com as hesitações, os medos, por parte da própria diretoria, por ser algo novo." (João Coimbra, psiquiatra e gestor local, p. 2)*

Já em São Miguel Paulista, o processo foi bastante diferente, na medida em que o Hospital Tide Setúbal, onde a gestão previu também o funcionamento de uma enfermaria e de uma emergência. Mas as questões relativas às inúmeras carências e a necessidade de leitos e espaços para outras clínicas foi, como já explicitamos, um enorme fator limitante.

Além disso, esse hospital contava com alguns psiquiatras, contratados na gestão anterior para realizar atendimentos de urgências no pronto-socorro, que tinha uma cela-forte e camisas-de-força, para 'acomodar' as pessoas 'mais agitadas', até serem removidas para algum manicômio. Esse serviço era a referência para a população e a polícia na região, em termos de situações de crise em saúde mental. As primeiras iniciativas da gestão, na saúde mental, incluíram o fechamento dessa cela e a proibição de práticas violentas para contenção de indivíduos em crise.

Os profissionais chamados a assumir a assistência em saúde mental no hospital (antigos e novos) procuraram enfrentar as limitações de espaço. Os assessores no distrito buscaram a inclusão de uma enfermaria de saúde mental no projeto de reforma e decidiram pela implantação de uma emergência psiquiátrica no Ambulatório Tito Lopes, que funciona ao lado do Hospital Tide Setúbal.

> *"A gente começou pela humanização, acabando com a cela-forte. (...) A gestão 89/92 tentou criar uma enfermaria de saúde mental no hospital, como em Ermelino. Mas lá era um novo hospital. Foi dado espaço, e a equipe multidisciplinar conseguiu funcionar; aqui, a gente nunca conseguiu. Havia aqueles vícios antigos de serviço público e sempre a falta de espaço. Tentou-se montar a emergência no Ambulatório, com leitos para observação, mas sempre com muitas resistências." (Arnaldo Brandt, psiquiatra e gestor local, p. 2-3)*

Dificuldades e limitações

Aponta-se a resistência dos demais técnicos e funcionários dos hospitais como um importante obstáculo a ser vencido na implantação de serviços de saúde

mental no hospital geral. A idéia corrente é que o doente mental não 'cabe' no hospital comum. Garantir o trânsito desses indivíduos nos serviços de saúde comuns a todos exigiu empenho dos que se responsabilizavam por sua assistência.

Na Emergência, os demais médicos e pessoal de enfermagem tinham enormes receios de deparar-se com pessoas em crise psiquiátrica. Além dos (pré-) conceitos estabelecidos por práticas segregacionistas, faltava-lhes também conhecimento e preparo para agir nessas situações. Segundo gestores locais e técnicos, foi com a realização do trabalho, junto aos demais técnicos, observando a ação dos colegas e vendo que era possível lidar com e assistir as diferentes pessoas que chegavam, à Emergência Psiquiátrica, buscando ajuda, que o serviço pôde ser assimilado e aceito. Algumas problemáticas que demandavam ações de saúde mental e de outras clínicas médicas - como por exemplo as relativas a um indivíduo em crise que tivesse sido atropelado, ou a um alcoolista psicótico - facilitavam a integração da equipe e da própria Emergência Psiquiátrica.

Também foi fundamental a formação de recursos humanos para apoio das equipes, tanto na emergência quanto na enfermaria. Uma vez que esses serviços eram bastante direcionados, os técnicos que optaram por neles trabalhar, embora não tivessem experiência nesses serviços, possuíam prática na área de saúde mental e psiquiatria. Já recursos humanos referentes à enfermagem e, principalmente, seus auxiliares, demandavam formação específica, para poderem atuar, da mesma maneira que psicólogos oriundos da área de educação, que tiveram que assumir postos nos serviços de saúde, especialmente na saúde mental.

Foram realizados, de forma intensa e maciça, cursos de treinamento para os serviços em questão, pelo CEFOR, tanto em Ermelino Matarazzo, quanto em São Miguel Paulista, abertos a profissionais do Itaim Paulista. Priorizou-se o pessoal de enfermagem. Entretanto, o maior sucesso em termos de aprendizagem e assimilação das práticas alternativas ao manicômio, representadas por esses equipamentos, se deu na formação prática oferecida a esse pessoal no serviço.

> *"Treinamento na época foi fundamental, principalmente em relação à enfermagem. Foi feito treinamento específico em saúde mental. (...) Os que foram treinados participaram da implantação e, desenvolvendo o trabalho no dia a dia, foram se formando. Eu diria que o maior treinamento foi feito na prática, na experiência concreta. Hoje, a nossa enfermaria tem pessoas super-habilitadas." (João Coimbra, psiquiatra e gestor local, p. 12)*

Como já dissemos, os assessores regionais imputam à direção do distrito de São Miguel uma certa falta de priorização dos serviços de saúde mental, pensados para o nível do hospital geral, e que a seu ver deveria ter ocorrido, mesmo se consideradas as demais e importantes demandas. A Emergência Psiquiátrica do Ambulatório Tito Lopes sempre teve maiores restrições e a Enfermaria de Saúde Mental sequer pôde ser viabilizada; isto, fruto da luta por espaço e leitos. Conseguiu-se viabilizar apenas três leitos para a Emergência Psiquiátrica. Isto deu menor articulação ao modelo em São Miguel, que tinha que reportar-se à Enfermaria de Ermelino Matarazzo. Assim, ocorreu também em Itaim Paulista. Isto fez com que o pessoal de enfermagem do hospital e do ambulatório de São Miguel, assim como os demais médicos, tivesse poucas possibilidades de entrar em contato com as práticas alternativas que puderam ser desenvolvidas. Dessa forma, a resistência ao serviço aí permaneceu como um importante obstáculo.

> *"Havia uma contrariedade muito grande do pessoal da enfermagem; a resistência sempre era deles. Com os médicos, era um pouco mais fácil. Eles já tinham se acostumado com os psiquiatras, com a humanização, com os outros profissionais, com a equipe. Mas a enfermagem não colaborava. Queria a loucura internada, e aqui eles tiveram um poder importante, que impediu muitas coisas. Este é um hospital antigo - não foi todo mundo contratado na gestão, como no Ermelino. Havia muitos preconceitos; a gente tentava quebrá-los, mas sempre esbarrou na enfermagem; era um limitante mais forte que a falta de espaço." (Arnaldo Brandt, psiquiatra e gestor local, p. 3-4)*

Também é relatada a dificuldade que os psiquiatras tiveram em aceitar práticas multiprofissionais em âmbito 'tão médico' como o de um serviço de emergência:

> *"No início houve dificuldades, atritos; psiquiatras mais tradicionais, conservadores ou que queriam deter para si a execução do 'tratar', que achavam que quem era o terapeuta, quem tratava, era o médico. E isso foi muito sério na Emergência, onde essa inquietação de deter o poder, de tratar, de saber o que fazer apareceu mais; e também porque foi por onde começamos. (...) Vivemos situações muito delicadas. Tinha médico que se sentia dono do prontuário do paciente e não queria permitir que outros profissionais escrevessem nele (...). Mas isso foi superado. No dia a dia isso foi enfrentado, mudado e incorporado à rotina." (João Coimbra, psiquiatra e gestor local, p. 13-14)*

A articulação entre os serviços da Emergência e da Enfermaria era fundamental também no enfrentamento da demanda da família por internação. Ou

seja, era muito importante que esses equipamentos e suas equipes pudessem ser resolutivos e oferecer apoio e orientação.

> *"O trabalho com as famílias tinha que começar nas UBSs, com caráter preventivo. As famílias são muito resistentes, tanto para internar, quando é caso de uma primeira internação, quanto para não internar, quando é um paciente que já tem duas ou três internações. A gente já viveu inúmeras situações aqui: a família que não quer deixar o paciente, não sabe o que fazer, que abandona." (Maria Tereza C. Preto, terapeuta ocupacional, p. 24)*

> *"A gente tinha um volume muito grande de atendimento [na Emergência Psiquiátrica do Ambulatório Tito Lopes], sem retaguarda. Isso fazia com que não se tivesse muitas saídas. Tinha-se que internar nos 'manicômios da vida' porque não se tinha recursos. Era extremamente ruim. As famílias têm dificuldade de entender isso. Aqui as pessoas são muito rudes. A cultura de internação é violenta, as famílias não vêm saída - a saída é a internação. (...) As pessoas chegam com abaixo-assinado, pressionam diretamente. É uma questão cultural e social seríssima." (Arnaldo Brandt, psiquiatra e gestor local, p. 4-5)*

Os técnicos e gestores referem, como uma dificuldade importante, a questão de trazer e fixar o recurso humano na região e nos serviços de saúde mental, bastante especializados. As estratégias utilizadas pela SMS, tais como o adicional por distância e o concurso regionalizado, são avaliadas como tendo sido adequadas e importantes para o enfrentamento da questão, que, em São Miguel, entretanto, não foi plenamente equacionada. Já em Ermelino Matarazzo as equipes foram formadas e fixadas durante a gestão.

O quadro de pessoal originalmente previsto também foi avaliado como o necessário. No caso da Enfermaria de Saúde Mental de Ermelino Matarazzo, tinha-se, para 20 leitos e 12 horas de assistência direta/dia (das 8:00 às 20:00hs): 3 psiquiatras (2 com carga horária de 12 horas), 3 terapeutas ocupacionais, 3 psicólogos, 2 assistentes sociais e todo o pessoal de enfermagem.

> *"A equipe sempre foi uma equipe grande para o número de pacientes e entendo que deva ser assim. Esse é o número necessário para uma abordagem intensiva em que se busca, e se consegue, resultados e uma remissão rápida da situação de crise do indivíduo, aliada ao trabalho com a família. Precisa-se de pessoal pra isso." (João Coimbra, psiquiatra e gestor local, p. 15)*

A principal reivindicação, quanto à formação e reciclagem dos profissionais, era a de que fosse oferecida supervisão. Aqui se repetem os problemas devidos à demora em satisfazê-la; quando isto ocorreu, em 1992, trouxe importantes

contribuições principalmente para uma melhor articulação do modelo, na medida em que se pôde debater questões comuns, conhecer problemáticas específicas de cada um dos serviços e, com isso, entender e aprimorar as questões relativas a referências e contra-referências entre as equipes.

> *"Chegamos a ter uma coisa muito legal, durante um ano, que foi a supervisão, onde discutíamos nossos serviços. Eram três supervisores, um pessoal da USP, e a equipe toda participava, em momentos diferentes, quinzenalmente. Eram grupos com pessoas dos diferentes serviços do Distrito; técnicos e coordenadores podiam se encontrar, conversar, trocar. 'Estamos conseguindo garantir nossa referência?' Isso era muito bom em termos de encaminhamentos entre os serviços. A gente conseguia garantir algumas coisas para o paciente." (Maria Tereza C. Preto, terapeuta ocupacional, p. 7-8)*

Como em todos os demais serviços e pelas razões já discutidas em itens anteriores deste capítulo, a aquisição de materiais de consumo para as novas ações de saúde sofreu importantes restrições, na medida em que essas ações não eram devidamente incorporadas às rotinas dos diversos setores de compra. Ao mesmo tempo, revelavam-se mais uma vez aquelas resis

. A Enfermaria recebia os quadros de psicoses graves, e na sua avaliação, os resultados alcançados pelo tipo de assistência intensiva prestada, em menos de 15 dias (a média de permanência sempre se manteve abaixo desse índice, segundo o gestor local), permitiam às pessoas seguir tratamento de forma ambulatorial. A grande maioria superava plenamente a crise vivenciada e era encaminhada para as equipes de referência nas UBSs; cerca de 10%, aqueles que em geral apresentavam recuperação mais lenta, eram encaminhados para o HD; já aqueles indivíduos com história de alguma internação manicomial, mais cronificados ou em relação aos quais se percebia uma desestruturação familiar e/ou social, eram encaminhados para os CeCCos; encaminhava-se 2 a 3 vezes mais para os CeCCos do que para os HDs.

Importa ressaltar também que a população passou a conhecer a ação dos novos profissionais de saúde, dos novos serviços e a demandar esses recursos.

A interrupção da gestão, com a eleição de um governo não afinado com as propostas, fez com que não ocorresse a plena implementação do modelo na região. Para que o fluxo de demanda pudesse ser atendido, necessitar-se-ia uma Enfermaria de Saúde Mental no Hospital Tide Setúbal, pelo menos um HD em Itaim Paulista e

mais equipes de referência em saúde mental nas UBSs. Além disso, foi avaliado como absolutamente fundamental a implantação dos lares abrigados.

6.3.3 Hospitais-Dia

Introdução

Proposto como um dos serviços a compor o modelo alternativo de assistência à saúde mental na cidade, o hospital-dia seria constituído por:

> *"uma complexidade de ações cuja função é oferecer atenção intensiva ao paciente em crise, sem exclui-lo do convívio familiar e social, evitando a internação, a reinternação, a cronificação e a estigmatização. Este serviço disponibiliza ao paciente em crise um atendimento que a UBS não é necessariamente capaz de oferecer e por isso desempenha um papel complementar à resposta oferecida pela UBS e Hospital Geral, cabendo ao Hospital-Dia reintegrar o paciente à UBS. Dentre suas características está a capacidade de proporcionar um aporte social secundário que o aumento da demanda por serviços extra-hospitalares exigirá, qual seja, responder à tensão produzida pela situação de crise no seio da maioria das famílias que lutam pela sobrevivência." (SMS, 1989a, p. 22)*

Ainda, "visa substituir a internação hospitalar em regime fechado por uma modalidade de tratamento ambulatorial intensiva e aberta. Tem também por objetivo respaldar os pacientes egressos de hospitais psiquiátricos." (SMS, 1992b, s/p)

Esses momentos de sofrimento psíquico intenso, que configuram uma situação de crise, são descritos como de grau intenso de comprometimento funcional, de desestruturação familiar e/ou social. São contra-indicadas para o HD as seguintes situações:

> *"portadores de estados clínicos que exijam cuidados no leito ou manejo de enfermagem, quadros nos quais exista risco acentuado de auto-agressão ou suicídio, grau intenso de agitação psicomotora ou outras condições que apontem para a necessidade de um suporte contínuo, nas 24 horas do dia. Trata-se, portanto, mais de uma questão de gravidade ou fase do problema do que de uma seleção puramente nosológica. O HD também não é indicado para desintoxicação e tratamento da dependência ao álcool e outras drogas." (SMS, 1992b, s/p)*

O HD seria retaguarda para UBS e CECCO e referência para Emergência e Enfermaria de Saúde Mental; não seria porta de entrada.

> *"Para que esse sistema de referência e contra-referência funcione plenamente é essencial que haja um contato com a unidade encaminhadora e o Hospital-Dia, para definir conjuntamente qual o melhor encaminhamento para o caso. Por ocasião da alta, os usuários do Hospital-Dia deverão ser encaminhados para a UBS com serviço de saúde mental, para continuidade do atendimento de forma ambulatorial. Quando houver situações em que a equipe técnica avalie a necessidade de atenção mais contínua (24 hs ou fim de semana) deverá contra-referenciar à Emergência ou Enfermaria de Saúde Mental. (...) O Hospital-Dia deverá manter integração com o CECCO, tanto para utilização por parte dos usuários que estão freqüentando o HD, como após a alta dos mesmos." (SMS, 1992b, s/p)*

Previa-se que a permanência não deveria ultrapassar 180 dias, no caso das crianças, e 60 dias, no caso dos adolescentes e adultos; cada Distrito de Saúde deveria estabelecer a capacidade de atendimento dos HDs, levando em consideração o espaço físico e o tamanho da equipe, dentro do intervalo de no mínimo 30 e no máximo 60 usuários/dia. Comporiam a equipe técnica para HD, com freqüência diária de até 40 pacientes, 21 profissionais nos HDs infantis e 26 nos demais (conforme quadro 2, Cap.5). Estabelecia-se a responsabilidade da administração municipal em propiciar supervisão clínico/institucional para as equipes, considerando-se a peculiaridade desse equipamento, que demanda uma convivência continuada entre usuários com sofrimento psíquico intenso e equipe.

Finalmente, pressupunha-se a participação popular através de Comissão Gestora tripartite e a presença de familiares e usuários do próprio HD nos 50% previstos para os representantes da sociedade civil.

Na ARS-6, a implantação desses equipamentos se deu mais tardiamente, durante 1992. Os gestores locais começaram esse trabalho procurando espaço adequado nos distritos e buscando trazer recursos humanos para compor a equipe técnica e o pessoal de apoio. O HD de Ermelino Matarazzo começou a funcionar em julho e o de São Miguel em dezembro; o Distrito de Itaim Paulista não contou com esse equipamento.

Avaliação da proposta definida pela gestão

Técnicos e gestores são unânimes em relação à concordância com o programa de saúde mental apresentado pela gestão 89/92, visto como adequado aos parâmetros dos organismos internacionais de saúde; como avançado no

enfrentamento da questão manicomial e cujos serviços, devidamente articulados no modelo, responderiam às diferentes necessidades de assistência na área.

Percebem como razões da opção pela proposta a determinação da gestão na busca da superação do modelo manicomial e segregacionista, através de serviços e ações que efetivamente tratassem a doença mental e criassem concretamente novos caminhos para essa assistência. Ao mesmo tempo, vêm, como ponto de partida das proposições, a crítica à proposta ambulatorial engendrada pela Secretaria do Estado da Saúde durante o governo Montoro.

"Até hoje eu vejo com super-bons olhos a proposta. Porque isso foi um projeto da OMS relativo à saúde mental. A verdade é que a Prefeitura não fez nada mais que a obrigação. Mas um gov

região e demonstrar a necessidade de que se garantisse sua efetiva priorização e implementação durante a gestão 89/92, de forma a assegurar a que a implantação do modelo, na região, se desse ainda dentro desse período.

Foi necessário vencer não só a visão de alguns dos diretores e assessores de outras áreas, segundo a qual o HD era um "luxo", como também a sempre presente burocracia administrativa, que costumeiramente emperrava os trâmites relativos a inovações, como já discutimos. Paralelamente, era imprescindível trazer os recursos humanos. Para o HD, nessa época, a SMS já tinha conseguido 'caracterizar' os requisitos necessários para o preenchimento das vagas: exigia-se experiência de trabalho com pacientes psicóticos, ou seja, profissionais com alguma especialização, o que, certamente, reduzia o leque e tornava mais lento o processo.

Os primeiros técnicos chegaram ao HD de Ermelino Matarazzo ainda no primeiro semestre de 1992; em São Miguel, apenas em agosto do mesmo ano. É a partir da chegada desses técnicos que a proposta do novo equipamento - o HD - começa a se estabelecer em bases concretas. Discutia-se a forma de trabalho, os recursos necessários e como obtê-los; buscava-se criar um consenso de como as equipes, que se formavam, implantariam aqueles HDs.

Dificuldades e acertos

A vontade dos técnicos de materializar a proposta foi vista como determinante para o processo. Isto demonstra o interesse - já relatado - que motivou a escolha pelo trabalho em HDs. Embora a dinâmica de implementação desses equipamentos resguardasse importante espaço para a autonomia técnica, existiam parâmetros norteadores desta, acima elencados, e isto era considerado, por muitos profissionais, como restritivo à escolha da 'melhor ação técnica'. Dito de outra forma, o modelo calcava-se fortemente nos fluxos de referência e contra-referência, em diversos equipamentos com diferentes equipes, hierarquizados por espaço e de acordo com as várias demandas do paciente portador de sofrimento psíquico; formulou-se uma rede de serviços de saúde mental que realizaria ações complementares e que precisava de um certo grau de articulação interna, para funcionar a contento. O indivíduo e sua família deveriam vincular-se a essa rede de serviços e não a esta ou aquela equipe. Esta visão, mais 'sanitarista', refletia-se naqueles parâmetros. Alguns deles, em especial os relativos ao encaminhamento dos usuários às UBSs, para seguimento ambulatorial, e ao tempo máximo de permanência no HD, foram foco de intensas discussões.

O mesmo modelo trazia ainda, dentre outras, influências dos modelos 'psi' (aqui entendidos como de uma ou outra forma vinculados ao campo analítico: psicanálise; psicologia junguiana; modelos psicodinâmicos, psicodramáticos, etc.), e isto está expresso nas formas sugeridas de trabalho com os indivíduos, que incluíam a necessidade de 'cuidar' igualmente das suas famílias e, fundamentalmente, no tamanho numérico da equipe frente à capacidade de atendimento - 26 técnicos para 40 usuários/dia, no caso dos adolescentes e adultos, por exemplo – quantitativo esse que objetivava garantir a possibilidade de estabelecimento de vínculos muito próximos entre terapeutas e pacientes. Estas concepções eram fortemente partilhadas pelos técnicos, que iam buscar referências e especializações nesse campo e que tinham a expectativa de realizar esse tipo de trabalho no HD, enquanto serviço público – e apesar disso.

> *"Conseguimos levar o pessoal para Ermelino. Todo mundo super-comprometido, sério. A equipe era boa. Agora, o pessoal resistia à proposta. Acho que é por conta da nossa formação 'psi'. A gente não pode encaminhar o paciente sem ter certeza que o paciente vai ser devidamente atendido em outro lugar, por questões*

> *do vínculo, da transferência. Se de um lado a administração, que planejou, previa 60 dias para que a pessoa estivesse pronta para ser encaminhada, a equipe era muito resistente a isso. A possibilidade era se reunir com as outras equipes, chamar as UBSs, discutir com elas os encaminhamentos. Mas havia uma resistência também do pessoal das UBSs, para poder receber esses pacientes. A gente não conseguia ter claro, em alguns momentos, se era resistência deles, ou um erro de avaliação nosso e que, saindo do HD, o paciente teria respostas nas UBSs." (Marisa Feferman, psicóloga e gestora local, p. 4)*

> *"Existia um esqueleto que foi passado para todos os HDs, e cada um, conforme suas características e sua equipe, recheou esse esqueleto de uma forma peculiar. Eram previstos dois meses de permanência. Todo mundo que está no HD sabe que isso é inviável - é um tempo que não dá, por exemplo, para você trabalhar a família. (...) Não dá também para só aceitar paciente jovem em primeiro surto. Embora isso fosse prioritário, a gente via que na prática tínhamos que atender pessoas que têm muito tempo de história de doença, e aí o processo se complica: a reinserção social, o refazer os vínculos – [tudo] é mais difícil, dois meses não é nada. (...) O paciente teoricamente teria uma retaguarda após a alta, seria acompanhado numa UBS, e isso era muito difícil. (...) Pelas peculiaridades do posto de saúde, não dá para se garantir um atendimento individual e, além do mais, por ser paciente psicótico, muita gente tem medo e dificuldade de trabalhar com ele. Isso tudo ia aumentando o tempo de permanência no HD." (Ana Cristina, psiquiatra, p. 2-3)*

Eram dois modelos em embate, cujos germes já estavam presentes na própria proposta formulada pela gestão - o sanitarista e o 'psi'. Este embate teve no HD seu epicentro, na medida em que este era um equipamento que também poderia 'bastar-se' mais, pois, diferentemente das UBSs, tinha condições de oferecer atenção nos momentos de crise e promover a vinculação do paciente com a equipe – grande esforço do HD. Assim, a atenção dispendida pelas UBSs era, quase sempre, vista, comparativamente, como insuficiente e de baixa qualidade, ainda mais se consideradas todas as dificuldades que aí tiveram as equipes de referência em saúde mental, especialmente na mesma vinculação do paciente portador de sofrimento psíquico, como já visto. Dessa forma, o encaminhar para o seguimento ambulatorial na UBS era extremamente difícil e questionado pelos técnicos. Buscava-se restringir as necessidades com relação às UBSs apenas ao acompanhamento medicamentoso, o que certamente aumentava o tempo de permanência no HD.

Conseqüentemente, o tempo máximo de permanência no HD era visto como um empecilho burocrático aos processos psicodinâmicos individuais, que não podem ser 'friamente' tratados pelas 'médias'; o tempo necessário a cada indivíduo deveria ter por base o próprio indivíduo, desde que assegurados os recursos terapêuticos por

ele demandados, e 60 dias estava, além do mais, longe de corresponder à média necessária.

Para gestores e técnicos, apesar dos parâmetros gerais, cada HD definiu seu próprio caminho e, na prática, foram os técnicos, e seus saberes, que definiram a identidade desse equipamento.

Recursos humanos e equipe

É central para o HD o tema da equipe multiprofissional e seus desdobramentos com relação aos diferentes técnicos tidos como necessários para a assistência diária aos pacientes. O recurso humano é definido como o recurso prioritário no HD, onde as possibilidades de atuação terapêutica partem, fundamentalmente, de intervenção continente da crise, pelos profissionais, realizada necessariamente, de forma conjunta, pela equipe multiprofissional e interdisciplinar, onde diferentes saberes e especificidades técnicas se unem numa ação complexa e integral de atenção ao portador de sofrimento psíquico.

Muitos dos técnicos optaram pelo HD, colocando suas expectativas na forma de trabalho.

> *"Fui buscar aprimoramento [em saúde mental] e conheci toda uma teoria e prática de trabalho multiprofissional. Eu fiquei fascinada por ele, mas aí eu pensava: 'E quando terminar será que eu vou encontrar um espaço em que possa trabalhar dessa forma? Será que não é utopia, que não passa de uma realidade de curso? Existirão profissionais formados para isso?' (...) Optei por trabalhar na Prefeitura por isso, porque essa possibilidade existia e era apoiada. Quando eu cheguei no HD, todas as pessoas tinham vontade de montar trabalhos, mas era contraditório, tinha muitas resistências também, porque quando as pessoas se colocavam, mostravam o que sabiam e o que não sabiam - isso causava certos momentos constrangedores. As pessoas não sabiam trabalhar em equipe. Muitas não tinham tido essa experiência ainda, mas buscavam isso. A gente tinha que encontrar um caminho junto, e a direção era essa." (Francisca M. de Queiroz, terapeuta ocupacional, p. 30 e 3)*

> *"No HD, é imprescindível o trabalho em equipe - não existe um HD sem uma equipe. (...) E cada equipe vai criar sua prática e em cima da prática reformular, pensar. Essa disponibilidade as pessoas têm que ter, para poder trabalhar em HD. A pessoa não pode ficar angustiada, desestruturada. No HD não dá para ser muito estruturado. (...) Um grupo que hoje a gente acha o máximo, daqui um tempo a gente vê que não tá legal, que precisa reformular. E é quase tudo uma decisão coletiva. Eu estava acostumada [com o fato de] que os pacientes eram meus pacientes. Eu decidia quando tinham alta, quando não tinham, se podiam ter licença, se não podiam. Eram decisões minhas. (...) Aqui não, aqui é uma decisão da equipe. Não tem essa do psiquiatra dar só remédio e pronto. Eu faço*

> *núcleo [trabalho de atendimento à família], faço atendimento individual. Muitas vezes me vejo fazendo coisas de T.O.. O psiquiatra pode contribuir muito com a medicação, mas tem que estar disponível para ouvir outras coisas, pensar junto com a equipe, poder estar decidindo junto com a equipe o que é melhor para o paciente." (Ana Cristina, psiquiatra, p. 12-14)*

> *"O médico está muito acostumado a ser o dono da situação. Na equipe multidisciplinar ele é dono, como todo mundo é, do seu saber específico, mas não é dono da equipe. Isso para o médico é difícil, vem desde a formação." (Valéria Nador, psiquiatra e gestora local, p. 18)*

Surgem aqui aspectos por nós já comentados anteriormente quanto às dificuldades do trabalho em equipe. De um lado, a falta de experiência concreta e de formação dos antigos e novos técnicos; de outro, os técnicos tradicionalmente vinculados aos serviços de saúde, acostumados a uma prática hierarquizada entre os que decidem, comandam e detêm o poder de 'tratar' e aqueles que executam e simplesmente instrumentalizariam os anteriores. Apesar da disponibilidade dos diversos profissionais, transformar condutas fortemente arraigadas requer fortes esforços pessoais.

A especificidade do terapeuta ocupacional aparece valorizada pelos demais membros das equipes dos HDs, de forma muito diferenciada:

> *"Eu acho que o T.O. é menos amarrado que os outros profissionais, que um psicólogo, que um psiquiatra; a gente viveu isso lá. Esses profissionais se amarram na técnica, na teoria e têm dificuldade de transpor, seja quanto à transferência, seja quanto ao 'setting'. O assistente social nem sempre acompanha o lado mais terapêutico, menos social. A enfermagem fica mais nos procedimentos tradicionais. O T.O. era o que tinha de mais criativo, que de verdade trazia novas contribuições. Todo trabalho de um outro tipo de construção que não a da linguagem [verbal], de início foram os T.O.s que pegaram. Eram mais disponíveis também, tinham maior experiência com esse recurso e com essa população. (...) A teoria às vezes aprisiona." (Marisa Feferman, gestora local, p. 10 e 15)*

> *"Para paciente psicótico não tem coisa mais importante que terapia ocupacional. Não dá para ficar no verbal, tem que medicar e fazer terapia ocupacional. Eu não acho que o surto seja 'produtivo', com acham alguns psicanalistas; o surto traz sofrimento. A terapia ocupacional é uma linguagem que possibilita ao paciente respirar e que, juntamente com a medicação, diminui o sofrimento na crise." (Valéria Nador, psiquiatra e gestora local, p. 22)*

Embora pretendamos discutir essas questões em detalhe apenas no Cap. 8 deste trabalho, a pergunta que poderíamos fazer aqui é se essa valorização não se deveria, em parte, às possibilidades oferecidas pelo domínio que deve ter o terapeuta

ocupacional da atividade, da ocupação, do fazer cotidiano, que ganham importância evidente num equipamento onde a convivência deve ser intensa, de cerca de oito horas diárias, com a expectativa de que todos os momentos aí vivenciados sejam 'terapeutizantes'. Deve-se compreender até onde essa forma específica de assistência não fica, entretanto, restrita, pela razão acima, ao momento de terapia no HD. As terapeutas ocupacionais entrevistadas relatam que, por ocasião da alta, os usuários eram encaminhados para acompanhamento terapêutico, com referência explícita aos psiquiatras e psicólogos, nunca aos terapeutas ocupacionais.

> *"A atividade é um recurso muito usado aqui. As terapeutas ocupacionais usam mais, mas não de forma exclusiva. Muitos grupos acontecem com atividade e não são feitos por terapeutas ocupacionais. (...) Agora uma coisa que eu questiono é que o paciente quando sai daqui não é nunca encaminhado para um terapeuta ocupacional." (Rosane Gasparini , terapeuta ocupacional, p. 48)*

E a equipe não pode estar restrita aos técnicos porque:

> *"de um jeito ou de outro, todo mundo está com os pacientes. É a cozinheira que passa, é a faxineira que passa. Então todo mundo tinha que ser trabalhado. O desejo era que todo mundo pudesse estar participando, inclusive os auxiliares administrativos. Os pacientes circulavam livremente. Tinha certos limites, mas não tinha um lugar de pacientes; tudo era deles" (Marisa Feferman, psicóloga e gestora local, p. 22)*

Um ponto realçado pelos técnicos e gestores é a necessidade de se contar com os vários recursos específicos que devem existir na equipe; é exatamente essa variedade de recursos e a forma de explorá-los, através da realização de grupos terapêuticos por duplas de terapeutas (as 'co-terapias') e posterior análise dos 'casos' nas reuniões das equipes responsáveis pelos diferentes pacientes e suas famílias, acrescidos dos vários momentos de convivência que o passar o dia no HD proporciona, bem como algumas situações de terapia individual, que "tratam". Para tanto, se o trabalho em equipe multiprofissional é fundamental para o HD, a especificidade profissional e o saber concreto dos diferentes técnicos é vista como igualmente fundamental. É essa junção, essa integralidade, que o HD possibilita, para além da simples somatória de recursos de diferentes profissionais; daí serem a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, ambas exercidas num ambiente de convivência intensiva, os viabilizadores da atenção, com bons resultados, aos pacientes em crise.

Entretanto, nem sempre a equipe consegue levar a bom termo essa construção. No HD de São Miguel, que chegou a contar com 12 profissionais, este processo foi muito desgastante e difícil, comprometendo fortemente as possibilidades de trabalho. Apenas 5 técnicos lograram encaminhar suas ações nessa perspectiva, após 3 anos de trabalho.

> *"Trabalhamos bem juntos na implantação do hospital. Conseguimos ir nos preparando para o mínimo que precisávamos. Sabíamos, mais ou menos, como funcionar. Tínhamos a normatização e já tínhamos os pacientes. Aí, começaram as brigas. Se se tiver um entrosamento mínimo, se consegue fazer alguma coisa, mesmo sem apoio político. O mais importante é o apoio da equipe. Na época que a gente veio para cá estávamos com muito gás, queríamos muito montar o serviço, trabalhar e, mais que isso, tínhamos apoio político. Mas a equipe não deu conta de resolver seus problemas e foi declinando, foi havendo um esgotamento das relações entre as pessoas. O hospital começou a morrer; foi morrendo aos poucos. A equipe é vital para o trabalho. (...) Como eu tenho formação em terapia grupal, eu sabia que isso era importante. Sempre me esforcei para melhorar o relacionamento da equipe; fiz o que era do meu conhecimento. Mas tem horas que, por mais que você faça, não tem jeito, o grupo se esgota, (...) a equipe morre. (...) A gente viveu um caos. As pessoas perderam o limite do que era responsabilidade de cada um. Muitos HDs foram destruídos pela inexperiência da equipe. Estávamos experimentando um trabalho novo que a gente não sabia direito como funcionava, e a gente se perdeu nas rivalidades, competições; nos misturamos demais. Cheguei à conclusão que cada um deveria fazer o seu papel: 'Eu vou ser só médica, o outro, só terapeuta ocupacional' - com isso conseguiríamos começar de novo. Mas não chegou esse tempo. (...) Só ficamos num grupo de cinco pessoas que, por mais que tenha tido conflitos, tinha um ideal de trabalho. Então deu para ficar, e montarmos uma equipe mínima." (Valéria Nador, psiquiatra e gestora local, p. 4-7)*

Muitos entraves enfrentados pelos gestores e apontados pelo técnicos advêm dos 'espaços' oferecidos pelo serviço público aos servidores que não cumprem o que deles se espera e para o que são contratados. Isto, logicamente, não foi diferente aqui e, embora esses servidores estejam longe de representar a maioria, 'minam' de variadas formas as relações de trabalho, especialmente quando o trabalho é baseado nessas relações. Como já dissemos, alguns técnicos têm sérias dificuldades para produzir suas práticas nos serviços públicos, dificuldades que não se reproduzem no serviço privado. Ainda, neste âmbito, servidores de apoio, que não eram concursados para HDs ou para saúde mental, em geral resistiam a trabalhar nesses equipamentos, devido às inúmeras fantasias que percorrem o imaginário da população, quanto aos 'loucos'. De maneira geral, pois, o funcionário que chegava

aos equipamentos de saúde mental da região era aquele que não tinha conseguido uma melhor colocação.

A forma de seleção dos recursos humanos também foi apontada como problema crucial para o HD. As estratégias precisariam buscar garantir que as pessoas que fossem contratadas para esse equipamento passassem por um processo seletivo, que, para além do necessário concurso, avaliasse as condições objetivas dessa pessoa para o trabalho, função de aspectos técnicos objetivos mas também subjetivos.

Ser chefe no HD

Fruto da inexperiência com a administração pública, todos os gestores locais entrevistados referem a dificuldade de exercer esse papel no HD. Entendem-no como necessário, mas imerso numa série de conflitos.

Isto era de se esperar, dadas as expectativas colocadas, nesse equipamento, em relação à realização coletiva do trabalho, por muitos entendida como sinônimo de não diferenciação de papéis e funções, o que tornava desnecessário tanto o 'chefe' quanto a ação profissional específica, já discutida. Fez parte do processo vivenciado rever essa percepção.

Ser representante da administração e dos técnicos, ou estar entre eles, foi angustiante e conflitivo. Os diferentes posicionamentos levaram a alguns embates.

> *"Às vezes me achava muito rígida, tentando garantir algumas coisas. Mas depois percebi que a coisa tinha que ir meio por aí, senão não se trabalhava. Tem a coisa do profissional liberal, a autonomia (...), ninguém admite que possa ter regras. Fui rígida com o horário, por exemplo. Eu tinha um compromisso com a administração e com a equipe também, com os dois lados - tinha que fazer essa ponte. (...) É difícil administrar; a democracia é rara e existe até o momento em que não se perca as vantagens." (Marisa Feferman, psicóloga e gestora local, p. 6)*

> *"Eu fazia a chefia clínica, a administrativa e atendia pacientes. Era complicado, mas também era importante poder estar num outro lugar que não o de chefe só. São muito ataques, rivalidades e os desvios do serviço público. Eu queria realizar o trabalho no hospital-dia, queria que as pessoas trabalhassem, fazer reuniões clínicas e discutir os pacientes. (...) Uma coisa que eu acho importante é que todo mundo, principalmente sendo serviço público, onde a gente tem a tendência de culpar quem está lá em cima, nas chefias, pudesse passar pela experiência de ser chefe - porque também nenhum técnico pode ser só chefe." (Valéria Nador, psiquiatra e gestora local, p. 11-12 e 24)*

A formação e a capacitação

Outro tema central, que aparece de forma diferenciada no HD, é a supervisão institucional e clínica, e as expectativas que os técnicos depositam nesses processos.

Entendendo que a instituição tem uma dinâmica própria, que interfere positiva ou negativamente nos seus objetivos e nas relações pessoais e terapêuticas, busca-se, na supervisão institucional, compreender essa dinâmica e os processos dela decorrentes, afim de tentar superá-los, transformá-los e/ou fortalecê-los; o referencial teórico para essa análise e suas decorrentes propostas são diversos. Postula-se a vinculação de toda a equipe técnica nesse processo; em geral, o pessoal de apoio e os usuários não são chamados a participar. É exatamente nessa supervisão que se colocam as expectativas de solução para a efetivação do trabalho institucional, a ser realizado pela equipe. Ressalte-se que a referida supervisão deve ser feita com o grupo da equipe técnica e tem freqüência variável (de semanal a mensal, na maioria dos casos), sendo dirigida por alguém não pertencente à instituição - alguém teoricamente identificado com a linha que se almeja conhecer/utilizar e que a equipe, portanto, deve escolher.

Já na supervisão clínica, busca-se discutir, também mediante inúmeros referencias teóricos e práticos, trazidos por um supervisor escolhido pela equipe técnica (ou pelo técnico, se for individual, o que é muito corrente na área), a partir da opção por determinado referencial teórico e prático, as ações realizadas e por realizar, com relação a cada 'caso' - usuário e sua família -, assim como as dificuldades, as possibilidades e as limitações dos técnicos e dos recursos no processo terapêutico.

A gestão 89/92, como dissemos acima, viu como necessárias essas supervisões. Teve, entretanto, como também já explicitamos, inúmeras dificuldades em viabilizar a contratação desses supervisores. Após encontrada uma solução jurídico-administrativa de como fazê-lo, implementou-se na região uma consulta aos técnicos de saúde mental, para que se elaborasse uma lista de supervisores de sua escolha a serem, entre os mais citados, contratados, o que finalmente ocorreu em meados de 1992. A forma encontrada pela gestão, no entanto, configurou uma visão própria de supervisão institucional/clínica. Dever-se-ia supervisionar a rede de equipamentos como um todo e conjuntamente. Era essa rede que buscava acolher,

tratar e reabilitar a pessoa portadora de transtorno mental e sua família, e os técnicos deveriam entender essa dinâmica, seus entraves, suas possibilidades e tentar criar formas de superar aqueles e fortalecer estas. A discussão clínica dos 'casos' deveria também se dar entre os diferentes equipamentos, já que se imaginava como necessário o fluxo do usuário e sua família por eles, nos diferentes momentos; os encaminhamentos entre os serviços deveriam ser cuidadosamente feitos e essa supervisão seria um espaço importante para debater isso.

Para a absoluta maioria dos técnicos entrevistados, essa forma encontrada e estabelecida pela gestão não correspondia às suas necessidades, sendo avaliada como inadequada e equivocada. Algumas sugestões foram feitas para que, pelo menos, se agrupassem os mesmos equipamentos e se supervisionassem os HDs. Como isto não foi possível, a solução encontrada foi a supervisão definida e bancada pelos técnicos. Este é um elemento que diferenciou os HDs dos demais equipamentos: a disponibilidade dos profissionais em investir financeiramente naquilo que achavam fundamental para seu melhor trabalho.

> *"Tinha uma supervisão que era oferecida pela Prefeitura, mas era uma supervisão complicada, metade da equipe num dia, metade no outro. Se discutia UBS, tudo, numa mesma supervisão. A gente vinha de realidades completamente diferentes, a questão institucional completamente diferente; ficava inviável. A equipe que estava lá, muitas vezes, não atendia tantos casos conjuntamente. Era desconectado. Acabamos não indo mais a essa supervisão, eu ficava desesperada porque tinha que atender e tinha que estar lá numa supervisão que eu achava que não tinha a ver. Optamos, então, por não ir mais. Resolvemos fazer um curso sobre psicose - a equipe toda -, no SEDES, (...) mas sentíamos necessidade de uma supervisão institucional e clínica. Conhecemos uma professora nesse curso, de quem gostamos muito (...) resolvemos fazer supervisão com ela no consultório dela, à noite, isto durante uns seis meses, mas não era a equipe inteira. Isso complicava um pouco a supervisão institucional; era mais fácil trabalhar com os casos. Ela sentia necessidade de estar vindo para cá. Foi conversado com a equipe, porque ela ia cobrar mais caro, iria incluir o tempo de deslocamento no preço. Todo mundo aceitou. Ela vem às sextas, pela manhã, a cada 15 dias, e tem nos ajudado muito." (Ana Cristina, psiquiatra e gestora local, p. 10-11)*

> *"A gente sempre batalhou para ter supervisão clínica e institucional. A gente nunca conseguiu. Na gestão Erundina tinha supervisão institucional, só que ajudou muito pouco; para a gente não ajudou em nada. Não sei de ajudou outras unidades. Porque vinha um supervisor e juntava a equipe inteira da região, HD, CECCO, UBS, tudo misturado. Então para mim aquilo não valia nada, fui em uma ou duas e nunca mais tive paciência para ir; nunca mais fui. O pessoal aqui também achava que isso não funcionava. Tentamos ver se a Prefeitura pagaria uma outra supervisão para gente, para os HDs; nunca conseguimos. Algumas UBSs também tentaram. Também não conseguiram. Tentamos fazer uma*

> *supervisão particular. A Francisca [terapeuta ocupacional do HD] conseguiu trazer uma supervisora. Ela veio umas quatro vezes, mas a equipe já estava morta, não adiantava mais." (Valéria Nador, psiquiatra e gestora local, p. 5-6)*

Esse modelo de supervisão, percebido como necessário pelos técnicos e gestores, é parte do referencial, dos modelos propostos pelas experiências brasileiras e mesmo algumas internacionais às quais se filiam a maioria dos técnicos na área. Novamente, os modelos 'psi' e individualizantes se impõem, e o conflito, presente na proposta no HD, se explicita.

Técnicos e gestores acham que a graduação não basta para o trabalho no HD; ela deve garantir a contribuição específica de cada profissional, mas é a pós-graduação latu senso - especialização -, aliada a processos individuais analíticos de busca de auto-conhecimento e à supervisão institucional e clínica da equipe, que viabilizam a atuação terapêutica em toda sua complexidade, no HD.

O estudo dos processos grupais, do trabalho em equipe, da família e da psicose são elencados por todos os entrevistados, que também, unanimemente, realizaram cursos nessas direções, bem como se submeteram a processos analíticos e/ou à supervisão. Um grande problema apontado é o alto custo dessa formação, pouco disponível nas universidades e instituições públicas, ou de forma subsidiada nas instituições privadas.

Os critérios de elegibilidade da clientela

Uma crítica recorrente aos HDs, feita, de forma geral, por gestores, nos vários níveis, e por técnicos de outros serviços, foi que estes, no processo concreto de implantação, estabeleceram critérios muito estreitos na definição da clientela. Assim, pessoas portadoras de uma série de problemas de sofrimento psíquico sequer podiam chegar aos HDs.

Como vimos acima, a normatização definida em 1992 é restritiva e foi elaborada pelo Grupo de Trabalho de Normatização das Ações de Saúde Mental nos Hospitais-Dia de Saúde Mental do COAS, que contou com representantes escolhidos pelos serviços.

Os técnicos e gestores concordaram, de maneira geral, com elas.

Percebe-se como efetivamente inviável o atendimento aos dependentes de álcool e drogas. Essas populações demandam ações que não se coadunam com muitas daquelas requeridas pelo paciente psicótico, embora entendam que muitos sofrem mentalmente por aquela dependência. Se o paciente psicótico fosse também usuário de drogas (fora os medicamentos), seria atendido pelo HD.

Na prática, acabou ocorrendo uma priorização dos adolescentes e adultos-jovens em primeiro surto. Garantir a assistência a esses indivíduos e suas famílias era entendido com uma forma de se tentar evitar a internação manicomial e a cronificação da doença mental. Pacientes que tinham história de vários surtos e internações, assim como pacientes mais idosos, eram atendidos, mas não priorizados.

O esvaziamento da rede e as ações do HD

Como dissemos, os HDs da região foram implantados no final da gestão. O ano de 1993 é, entretanto, percebido como resultado dos investimentos da gestão anterior, e isto não só pelos profissionais que neles (os HDs) trabalhavam, como veremos adiante. Muitas das afirmações aqui apresentadas referem-se efetivamente ao período compreendido entre o início de 92 e meados de 94, quando as modificações introduzidas pela nova gestão se materializaram, na saúde.

Uma questão fundamental para todo o modelo era a trazer e garantir a permanência do recurso humano para a região; um dos 'ataques' percebidos como vindos da nova gestão consistiu na pulverização da rede, devido ao rebaixamento salarial. Isto foi trágico, no que se refere à permanência de psiquiatras nas UBSs, fato discutido em pormenores no pertinente tópico. Trazer esta questão agora nos dá o contexto no qual os HDs reorientaram fortemente sua relação com a rede.

Para técnicos dos HDs, a questão salarial não foi determinante. Eles permaneceram na rede, inclusive os psiquiatras, ou saíram, ou nunca chegaram, por outras questões, já discutidas. O 'ideal' de trabalho com o paciente psicótico trouxe-os para o HD; viam-no como o local onde realmente o tratamento poderia acontecer. Fizeram importantes críticas à atenção oferecida nas UBSs e ao tempo de permanência do usuário no HD, dentro do período compreendido pela gestão. Isto tornou-se insuportável, com o esvaziamento da rede, pela saída dos psiquiatras das

UBSs. Como garantir o acompanhamento ambulatorial, mesmo que mínimo? A solução encontrada foi o aumento da permanência do usuário no HD e seu acompanhamento terapêutico, inclusive medicamentoso, por técnicos do próprio HD. Esta questão, que a tantos embates levou, na gestão anterior, ao invés de ser resolvida pela melhor articulação da equipe dos HDs com os profissionais das UBSs - como pretendia a gestão e parte dos técnicos e gestores locais dos HDs -, o foi pela complexificação das ações dentro dos HDs, como era defendido por alguns técnicos, desde o princípio.

> *"Dentro dessa proposta, a gente mesmo modificou muita coisa. Aqui, por exemplo, tinha o problema da alta. A gente enlouquecia para encontrar um lugar para ele [o paciente] ser atendido. A rede era super-falha, e a gente começou a mudar algumas coisas em função disso: tem paciente em alta do HD, mas não em alta de terapia, ou não em alta do núcleo familiar - o paciente e a família. Temos um grupo aberto, de sexta-feira, do qual o ex-paciente pode participar. Acho essa mobilidade muito rica, um desafio, mas a gente teve que mudar algumas 'norminhas' de HD. 'Virou um ambulatório, também, para os egressos'.." (Rosane Gasparini e Marisa, terapeutas ocupacionais, p. 1-2)*

> *"Nunca vi o HD podendo estar fora do modelo assistencial proposto. Acho que esse foi o ponto mais difícil da minha administração, poder garantir o HD como mais um equipamento dentro do resto. Os técnicos resistiam ao modelo. Os técnicos pegaram o HD e o transformaram num ambulatório, cronificaram o HD. Ele é uma instituição pública, aberta, não pode ser 'privatizada', fechada, funcionar como cada equipe decidir." (Marisa Feferman, psicóloga e gestora local, p. 2)*

Os resultados

As contradições vividas por técnicos e gestores nos HDs não impediu, na sua ótica, que esse equipamento se tornasse importante referência para a população da região. O trabalho realizado foi avaliado como bom e como tendo trazido resultados: inúmeras pessoas portadoras de sofrimento mental e suas famílias, que chegavam em crise, foram atendidas e refizeram plenamente suas vidas. A internação manicomial foi obstaculizada e criaram-se novas formas de assistência à saúde mental no serviço público. A percepção foi que, para que avanços ocorressem, o HD e seus técnicos trouxeram importantes contribuições.

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar pôde concretizar-se, mesmo considerando-se os percalços encontrados, e é aí que se devem pautar as ações de

assistência na saúde mental. Importa continuar a buscar caminhos menos tortuosos, e as experimentações efetivadas deixaram pistas a serem consideradas.

Evidenciou-se que a doença mental pode ser tratada e o sofrimento psíquico atenuado em todas as camadas populacionais, e se essa já era uma realidade, para os extratos mais ricos dos brasileiros, isto foi tornado acessível a todos na cidade de São Paulo, independentemente de poder aquisitivo, pela gestão 89/92.

O número de técnicos previsto é reafirmado e isto é entendido como o fator determinante para a viabilização daquele tratamento. Os técnicos, nos HDs, responsabilizaram-se pelos usuários que a eles tiveram acesso. Um maior acesso poderia e deveria ter sido assegurado através da complementação do quadro de pessoal (nenhum dos dois HDs contou com a equipe completa, com o número de técnicos previsto), e do funcionamento, com qualidade, da rede de equipamentos proposta.

Aqui, também, a interrupção da linha política defendida pela gestão 89/92 é apontada como a razão para o não aprofundamento da experiência, com a conseqüente possibilidade de correção das distorções e equívocos que ocorreram, seja entre técnicos e gestores dos HDs, entre estes e os técnicos da rede - como um todo – e entre técnicos e gestores e a administração. Não foi possível, a partir da prática e do conhecimento construídos, tanto pelos técnicos, como pelos planejadores, avançar e aprofundar a proposta na direção pretendida por todos, qual seja, a de enfrentar o modelo manicomial e segregacionista a partir, também, da oferta de novas e eficientes formas de acolher e tratar a doença mental e o sofrimento psíquico.

Se, de um lado, admite-se que o HD tenha criado uma identidade que o levou a certo isolamento e a certa visão de que os verdadeiros especialistas em saúde mental ali se encontravam, e que isso impossibilitou uma melhor articulação do modelo e criou preconceitos, isto não é percebido como descompromissso ou falta de adesão à proposta e sim como resultado da inexperiência, das dúvidas e discordâncias quanto a alguns dos parâmetros estabelecidos e das dificuldades intrínsecas à própria proposta.

Por outro lado, os planejadores e seus referenciais mais 'sanitaristas' deveriam buscar garantir os avanços alcançados pelos modelos 'psi', e para isso seria fundamental que visões e práticas mais subjetivas fossem referenciadas.

> *"A gente poderia ter investido mais para que os técnicos do HD conhecessem os outros serviços e recebessem os técnicos dos outros serviços no HD; o sistema não estava incorporado, também porque faltou contato, articulação real entre os serviços. (...) Nós vamos ter que discutir claramente essa problemática, a questão da transferência, do lugar; vamos ter que enfrentar isso. Senão ficam, de um lado, os mentores intelectuais, os planejadores, defendendo os parâmetros, a reforma psiquiátrica; e de outro, os técnicos reagindo, resistindo, dizendo que eles não vão 'largar' o paciente, e a coisa não anda. Ou a gente acredita que a prática vai transformar nossa experiência, dos dois lados, do planejador e do técnico, ou vamos deixar de lado essa possibilidade, que é mais difícil, mas mais rica, que é a construção na prática." (Marisa Feferman, psicóloga e gestora local, p. 19-20)*

6.3.4 Centros de Convivência e Cooperativas

Introdução

Partindo-se do princípio de que pensar um novo modelo de saúde mental, na cidade de São Paulo, implicava "passar tanto pela resolutividade assistencial quanto pela articulada ação globalizante na rede pública, não só de saúde, de combate a discriminação e a segregação incorporadas nas ações e relações institucionais" (SMS, 1992b, s/p), era importante que, "mais do que novos serviços, novas abordagens fossem criadas, objetivando a educação popular, concomitante à reciclagem profissional em saúde mental pública" (SMS, 1992b, s/p). Para tanto, todos os equipamentos pensados, da equipe de referência em saúde mental aos lares abrigados, deveriam trabalhar e buscar desenvolver suas ações nesse amplo sentido; mas o Centro de Convivência e Cooperativas (CeCCo) seria o equipamento chamado a lidar mais diretamente com a necessidade de integração dos grupos populacionais marginalizados, a partir da "invenção de espaços de convivência e núcleos de trabalho cooperado que reinventem consígnias e contratos, não mais sob a égide da doença e da 'tutela'." (SMS, 1992b, s/p)

Nos CeCCos se desenvolveriam atividades:

> *"coletivas, de cunho cultural, artístico, esportivo ou educacional, com a finalidade de modificar as relações sociais e também pessoais, no cotidiano dos segmentos populacionais: doentes mentais, portadores de deficiências, idosos, crianças e adolescentes de rua, portadores de necessidades especiais, [estariam]*

> *num convívio direto, em agrupamentos heterogêneos, juntamente com a população tida como 'normal', com vistas a uma reinserção na sociedade." (SMS, 1992b, s/p)*

A população alvo seria constituída daqueles segmentos com menores chances de vida, física e psíquica: "o olhar deverá portanto incidir sobre as 'chances' de manifestação de subjetividade, de autonomia e de cidadania." (SMS, 1992b, s/p)

O enfrentamento à discriminação, à marginalização e à segregação daqueles grupos passaria por ações de convivência e cooperação, através da intensificação dos contatos interpessoais de grupos diferenciados e sob cuidado técnico: os 'normais' e os 'desiguais' transformariam-se num único alvo - os 'diferentes'.

Era fundamental que os CeCCos não se constituíssem em espaços específicos ou exclusivos de doentes, deficientes e marginalizados, mas em "espaços de encontro, a partir de tarefas-facilitadoras; encontros promocionais de uma verdadeira contra-cultura de convivência, em novas consígnias de relações humanas" (SMS, 1992b, s/p).

Para a realização deste trabalho os CeCCos deveriam ser instalados em espaços públicos - parques, praças, centros esportivos ou desportivos, centros comunitários, e afins – onde, teoricamente, o acesso é livre e aberto e onde buscar-se-ia valorizar essa vocação e ampliar as respectivas potencialidades, "possibilitando à população em geral a real apropriação do uso destes locais, de forma organizada, crítica e criativa, assessorada pelo serviço público na facilitação de um uso amplo, na interlocução entre comunidade e suas formas de organização" (SMS, 1992b, s/p). Os espaços externos (áreas verdes, áreas livres, quadras) seriam o cenário privilegiado para as atividades, mas a utilização de espaços existentes ou a serem construídos, que viabilizassem as ações de convivência, tais como salas de múltiplos usos, ateliês, galpões e quiosques, também seriam necessários.

O encontro e a convivência das pessoas e de suas diferenças deveria se fazer com orientação e supervisão técnica, pois o objetivo não seria "meramente se juntarem em suas mazelas comuns ou parecidas, pressuposto da formação de guetos" (SMS, 1992b, s/p), e sim o resgate ou a construção da cidadania de grupos discriminados, conjuntamente com a população que freqüenta aqueles espaços.

As atividades a serem desenvolvidas deveriam partir das necessidades da população usuária, valorizando-se sua história e sua identidade sociocultural. Estas se dariam nas oficinas, nos núcleos de trabalho/cooperativas, nas festas, nas atividades junto à comunidade e aos vários equipamentos sociais.

Os CeCCos favoreceriam, num primeiro momento, a convivência através do desenvolvimento e experimentação de diversas linguagens: artística, esportiva, cultural, através das oficinas, para:

> *"processualmente, favorecer a organização destas pessoas e o seu despontar em ações cooperativas de cunho produtivo e de reinserção na economia popular. [De forma] compatível com os princípios da não discriminação e da convivência dos diferentes, as ações cooperativas devem integrar, na produção e comercialização, indivíduos cuja sobrevivência não pode estar submetida aos princípios de avaliação de mérito e de produtividade. Tanto a produção quanto a comercialização deverão se subordinar às capacidades e limitações de cada um, nas suas diferenças." (SMS, 1992b, s/p)*

Diferentemente das oficinas de convivência, nos núcleos de trabalho e embriões de cooperativas a participação dos usuários pertencentes à população alvo (pessoas portadoras de transtorno mental, pessoas portadoras de deficiência em geral, idosos, crianças e adolescentes de rua, pessoas portadoras de necessidades especiais) poderia se dar em agrupamentos que os contivessem, prioritariamente em relação à população 'normal', pois a dificuldade de inserção no mundo do trabalho é maior entre os estigmatizados; mas não deveria ser, necessariamente, exclusiva.

O papel do serviço público seria, num primeiro momento, oferecer material necessário ao desenvolvimento dos núcleos de trabalho, sendo que a comercialização implicaria na 'devolução' deste investimento, na forma de materiais de consumo para outras atividades de continuidade desses núcleos; a inovação seria a possibilidade concreta de exercitar a divisão igualitária da remuneração obtida através do trabalho cooperado.

Mediante este delinear de objetivos, os CeCCos teriam um papel de:

> *"colaborador diferenciado no processo terapêutico dos que sofrem psiquicamente e dos que sofrem pela condição de estigmatizado. A terapêutica, neste contexto, se inscreve sob outro contrato, que se distancia do usualmente padronizado, tanto pela formação acadêmica quanto pela prática profissional privada e sua fiel reprodução nos espaços de saúde pública. (...) Sua vocação é, essencialmente, a de Fomentador de Saúde. Seu objeto é a vida, a chance e a*

> *diversidade de manifestações desta, a qualidade desta vida em movimento e em interação com outras tantas expressões de vida." (SMS, 1992b, s/p)*

Seria necessário inventar e criar novas formas de atuação técnica, terapêutica e educativa.

A equipe técnica, necessariamente multiprofissional e interdisciplinar, vivenciaria, nos CeCCos, "um novo lugar de construção de conhecimento, onde as diferentes contribuições específicas se consorciem em torno de um mesmo objeto: a vida em convivência e em cooperação com suas multi-caras" (SMS, 1992b, s/p), buscando superar modelos verticais e compartimentalizados de trabalho, desenvolver ações de natureza transdisciplinar, conjugando vários e diferentes saberes, e produzir cooperadamente novos conhecimentos, de forma a orientar, dirigir, acompanhar, estimular e assessorar o desenvolvimento diário das ações.

A equipe técnica e de apoio seria composta conforme quadro a seguir:

QUADRO 14

CeCCo - Quadro de Pessoal

Categoria por 40hs/sem	Número	Provimento
Coordenador	01	SMS
Psicólogos	02	SMS
Terapeutas ocupacionais	02	SMS
Assistentes sociais	02	SMS
Fonoaudiólogo	01	SMS
Educador em saúde pública (20hs/sem)	01	SMS
Auxiliar de enfermagem	01	SMS
Agente cultural	01	SMC
Agente artístico	01	SMC
Educador físico	01	SME
Educador artístico	01	SME
Vigias	02	SSO e/ou SMS e/ou SEME
Serventes	03	SSO e/ou SMS e/ou SEME
Auxiliares administrativos da saúde	02	SMS

Fonte: SMS, 1992b

Em caráter temporário deveriam ser contratados, através do repasse de verba da SMS para a SMC, oficineiros:

> *"artistas, artesãos, etc., com aptidão e conhecimentos de técnicas específicas de dança, artesanato, mímica, canto, marcenaria, cerâmica, costura, conto de história, grafitagem, tear, culinária, mágica, confecção de bonecos, malabarismo, tai-chi-chuan, etc., que através da realização de oficinas de convivência, usem estas linguagens, não como cursos, mas como instrumentos que objetivem aglutinar e coletivizar as pessoas e seus mundos internos." (SMS, 1992b, s/p)*

A freqüência e o tipo de oficina a ser ofertada dependeria da característica da demanda e deveria variar de forma a dar oportunidades diferenciadas aos usuários. Previu-se em média 8 oficineiros por CeCCo, por até seis meses.

Completariam ainda o 'pessoal' dos CeCCos os voluntários, que atuariam em atividades similares às previstas para os oficineiros.

Assim, o trabalho dos CeCCos requereria diferenciadas contribuições de vários setores dos serviços municipais, tais como: o Corpo Municipal de Voluntários (seria mantido um 'Corpo de voluntários' nos CeCCos, por exemplo); a Guarda Civil Metropolitana (que preveria lotação de guardas metropolitanos fixos nos CeCCos e treinamento e reciclagem, em parceria com a SMS); a Companhia de Habitação (que ajudaria no repasse dos Centros Comunitários ou outras áreas, para a implantação de CeCCos nos conjuntos habitacionais); a Secretaria Municipal de Abastecimento (para auxiliar na implantação e dar assistência técnica às hortas comunitárias nos CeCCos, bem como para estudar a viabilização da colocação da produção em equipamentos municipais de abastecimento); a Secretaria Municipal de Educação (que se incumbiria da contratação de professores, do intercâmbio entre profissionais das Unidades Escolares e dos CeCCos, e da integração direta entre os CAP - Centros Públicos de Apoio e Projetos, que compreenderia, por exemplo, o projeto de inserção de crianças com necessidades especiais nas classes regulares, dentre outros); a Secretaria Municipal de Esportes, Turismo e Lazer (que viabilizaria a implantação de CeCCos em alguns Centros Educacionais e Esportivos da cidade, priorizando entretanto os CDMs e facilitando o uso de suas dependências em eventos e atividades esportivas, fornecendo material de consumo e apoio técnico para a prática de esportes, em parceria com a SAR e garantindo acessibilidade

arquitetônica aos seus equipamentos, etc.); a Secretaria Municipal de Transportes (que investiria em uma política de transporte adaptado a portadores de necessidades especiais, facilitando o acesso da população alvo dos CeCCos aos espaços da cidade, em linhas próprias, conectadas ao metrô); a Companhia Municipal de Transportes Coletivos (para operacionalização de transporte adaptado aos portadores de necessidades especiais, que deveriam ter nos CeCCos um de seus principais nucleadores de itinerário, em parceria com a SMS, que treinaria e capacitaria seus motoristas e cobradores, devendo contratar monitores para cada carro, a fim de auxiliar o embarque e desembarque, dentre outros pontos); a Companhia de Engenharia e Tráfego (a encarregar-se de viabilizar a sinalização na cidade, de modo a possibilitar o conhecimento e o acesso aos CeCCos); a Secretaria Municipal de Habitação (que se responsabilizaria por viabilizar a integração de suas equipes técnicas de Habi-Regionais às equipes técnicas dos CeCCos, nos trabalhos junto à população de abrangência destes serviços, a fim de facilitarem ações conjuntas, por exemplo); a Secretaria Municipal de Cultura (contratando agentes culturais, que teriam como atribuição, no trabalho comunitário, a pesquisa sobre a cultura local e a organização de eventos artísticos e atividades culturais em geral, e auxiliares artísticos, para comporem a equipe técnica; possibilitando a integração dos CeCCos com as casas de cultura, em parceria com a SMS, no que tange a recursos, escolhendo também e efetivando a contratação de oficineiros, viabilizando a participação e a integração de pessoas portadoras de necessidades especiais em seus equipamentos - casas de cultura, bibliotecas, teatros, etc., dentre outros aspectos); a Secretaria de Serviços e Obras (que deveria se empenhar na viabilização da implantação dos serviços dos CeCCos nos parques municipais da cidade, dar apoio técnico à execução das oficinas de jardinagem, bem como hortas e jardins, em seus espaços, procurando favorecer a organização de núcleos de trabalho/cooperativas, construindo e/ou ampliando, em parceria com a SMS, espaços para os CeCCos, etc.) e a Secretaria Municipal de Saúde (que coordenaria os CeCCos; contrataria a equipe técnica e de apoio da área de saúde; promoveria a reciclagem e a supervisão da equipe, assim como a integração de referência e contra-referência dos equipamentos de saúde mental e de saúde em geral com os CeCCos; supriria o material administrativo, de consumo e das oficinas, repassando à SMC reserva orçamentária

para a contratação semestral de oficineiros; viabilizaria, em parceria com a SMC e com a SME, campanhas de esclarecimento e a confecção de material educativo e informativo sobre os CeCCos, etc.).

Previu-se ainda a instalação de Conselhos Gestores paritários em cada um dos CeCCos.

O projeto CeCCo foi iniciado experimentalmente em 1989, no Parque Chico Mendes, seguido pelo Parque do Carmo e pelo Centro Desportivo da Freguesia do Ó e Brasilândia, por equipes multiprofissionais de saúde em conjunto com técnicos dos parques e do CDM. Em outubro de 1989, a Administração Regional de Vila Mariana inaugurou o Centro de Convivência Popular de Vila Clara, incorporando técnicos de saúde. As secretárias mais diretamente envolvidas começaram a discutir a adequação dos espaços, modificações, construções e dotacão de recursos materiais e humanos para os Parques e Centros Esportivos sensibilizados (SMS, 1991).

Em janeiro de 1990 foi assinada a primeira portaria intersecretarial, SMS/SSO- DEPAVE, criando o Centro de Convivência e Cooperativa nos Parques Municipais e foi oficialmente inaugurado o CeCCo do Parque do Carmo, em Itaquera. Nessa época, foram criadas, pela SMT/CMTC, as duas primeiras linhas (de um total de 11) de ônibus adaptados, para servirem ao Parque.

Em fevereiro do mesmo ano, a SMS e a SEME assinaram a segunda portaria intersecretarial, criando o Centro de Convivência e Cooperativas nos Centros Educacionais e Esportivos Municipais. Inaugurou-se oficialmente o CeCCo da Freguesia do Ó. A partir daí, seguiram-se mais 16 CeCCos durante toda a gestão 89/92. Em março de 1992, foi criado o Grupo de Trabalho Intersecretarial "Cultura, Cidadania e Saúde Mental" que, juntamente com representantes de todos os CeCCos e da SMS, elaboraram um documento final sobre a normatização das ações nos Centros de Convivência e Cooperativas Municipais (que tomamos como referência, neste trabalho).

Na ARS-6, o CeCCo do Parque Chico Mendes, em São Miguel Paulista, começou oficialmente suas atividades em 1990, embora tenha sido o primeiro a iniciá-las, experimentalmente, em 1989; o CeCCo do Parque Santa Amélia, do Itaim Paulista, foi inaugurado em março de 1992 e o CeCCo do Centro Desportivo

Municipal de Ermelino Matarazzo começou a funcionar sistematicamente em outubro de 1992.

Avaliação da proposta definida pela gestão

Todos os técnicos e gestores entrevistados avaliaram as propostas definidas para as áreas de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência como adequadas, de forma geral, e em consonância com as propostas gerais para a saúde no município, que efetivamente foram prioridade para a gestão 89/92.

Consideraram que as propostas para a saúde mental já vinham sendo articuladas - e vários deles participaram desse processo - na campanha eleitoral, a partir do movimento de trabalhadores de saúde mental e do núcleo de saúde mental do PT, e que isto possibilitou maior agilidade na sua implantação; ponderaram, entretanto, que o mesmo não se deu em relação à área de saúde da pessoa portadora de deficiência, que levou, como um todo, muito tempo para ser articulada, fragmentando-se em algumas iniciativas mais restritas.

São unânimes quanto ao avanço representado pelo modelo de atenção proposto na superação do manicômio e dos ambulatórios estaduais, pouco resolutivos e igualmente segregacionistas, e quanto à radicalidade da busca do enfrentamento da cultura discriminatória e marginalizadora das 'diferenças', fundamentalmente a partir de equipamentos que não se fechavam no atendimento exclusivo do indivíduo portador de transtorno mental e suas famílias - nesse sentido, apresentam críticas ao Hospital-Dia -, e da ida à comunidade, de forma ampla e sob vários enfoques, iniciativa essa da qual o CeCCo foi o grande e mais inovador veículo.

> *"A saúde mental no serviço público vem num processo que vai superando e revendo as propostas. Em São Paulo, desde o Montoro, isto vem acontecendo. No enfrentamento ao manicômio, entretanto, se eles tinham uma visão da necessidade de fechamento, os ambulatórios não representavam uma alternativa efetiva, eles pareciam só interessados nos leitos desativados e além do mais tivemos um desmonte da saúde no Estado [de São Paulo], pelos mais variados interesses, já no final desse governo e com o Quércia a seguir. Ficou difícil continuar e poder rever os erros. (...) Daí vem a proposta do PT, que a gente discutia e batalhava pelas suas diretrizes, já antes da gestão, no núcleo de saúde mental; ela lida de uma forma mais gradativa com a problemática da internação, que pode ser necessária na crise. (...) Tem o HD. Esse equipamento tem uma série de problemas, a começar pelo isolamento em que ele se coloca. É muito*

difícil o acesso às equipes dos HDs. Aliás, as equipes técnicas e sua autonomia representaram um grande problema na garantia da articulação do modelo. Faço algumas críticas ao projeto, não como um todo, mas no específico, a cada um dos serviços. Mas ele era sério, interessante, trazia várias respostas e abria inúmeras possibilidades de mudanças e de experimentação real de alternativas para a saúde mental." (Erondina S. Frederico, assistente social e gestora local, p. 21-23)

"Eu acompanhava a proposta de São Paulo pela participação na comissão de saúde mental do movimento de saúde e pelo meu trabalho no ambulatório de saúde mental em Santo André. Era um ambulatório estadual, que foi municipalizado. Entendia que aquela proposta superava, aprofundava e ampliava o que vinha acontecendo em Santo André, por exemplo. (...) Se se pretende universalizar o serviço e incluir a mental nas UBSs, não tem cabimento fazer ambulatórios específicos. Pude experimentar esse trabalho e tenho uma certeza: não dá para isolar, tornar específico um serviço só para essa população. (...) Os ambulatórios do Montoro tiveram sua importância, mas foram superados; ficaram restritos, cronificados. A proposta de São Paulo tinha uma radicalidade, equipamentos, uma estrutura que me pareceram muito interessantes. Era radical enfrentar a dificuldade da necessária inserção do doente mental nas UBSs, (...) proteger o indivíduo na crise, com a possibilidade não-manicomializante das emergências e enfermarias, (...) possibilitar que a cidadania do 'louco' e de outros tantos 'deficientes' tivesse lugar na diferença. E o CeCCo trazia essa possibilidade. (...) O HD traria o cuidado mais direto na crise. Mas eu tinha receios, que se confirmaram, quanto às proposições terapêuticas desse serviço serem muito fechadas em si mesmo e não se articularem com os demais serviços." (Ana Galluzzi, terapeuta ocupacional e gestora local, p. 6-8 e 11-12)

"Tem um furo na proposta, no que se refere às pessoas portadoras de deficiência mental e física: não era para ter escola especial, mas não se tem atendimento para essas pessoas de forma suficiente. O CeCCo não dá e não pode dar conta disso, e elas ficaram sem um lugar na assistência. (...) A saúde mental ficou amarrada, mas esses grupos ficaram soltos." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p. 10)

Se a proposta era adequada no geral, várias são as críticas, entretanto, ao modelo que, para alguns técnicos, firmava-se demais na hierarquização e na articulação dos serviços, e com isso acabava impedindo ações mais resolutivas, no próprio serviço.

"Hoje eu tenho dúvidas quanto a essa multiplicidade de equipamentos. Isso é muito polêmico. Não acho que o caminho sejam os NAPS [Núcleo de Atenção Psico-Social] , onde se quer dar conta de muita coisa junto. Mas, em São Paulo, os vários equipamentos ficavam soltos. O HD era o mais falho nesse aspecto. A proposta tinha esse problema: a articulação prevista não funcionou como se imaginou ser possível; era muito estanque. No CeCCo ficou essa coisa de não se poder atender a crise. As UBSs, [tinham] muitas dificuldades para receber o psicótico; e, para os HDs, era dificílimo encaminhar. O modelo não deu conta.

> *Teve a falta de tempo, e isso tem que ser considerado; (...) mas se, no geral e para começar, a proposta e o caminho eram esses, várias coisas precisariam ser revistas." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p. 8-9)*

> *"Em relação à hierarquização dos equipamentos de saúde, se tem que tomar cuidado. Ela não pode ser rígida e isolar, fechar o serviço, em determinações muito estanques para cada um. Temos que perceber a necessidade do usuário e tentar dar conta dela. O serviço e os técnicos têm que ser sensíveis a essas necessidades e ter flexibilidade de ações para fazer ajustes que possibilitem atendê-las. (...) Penso que os planejadores 'pecam' quando se apegam rigidamente à hierarquização." (Ana Galluzzi, terapeuta ocupacional e gestora local, p. 15-16)*

As razões apontadas para a escolha dessa proposta aparecem calcadas na firme resolução da gestão de promover a universalidade e a eqüidade na atenção a grupos populacionais discriminados e sem acesso aos vários serviços municipais, não só de saúde, mas também de educação, cultura e lazer. O processo de territorialização e o levantamento das necessidades das populações locais foi visto como fundamental para isso. Trabalhar com a inserção social e o exercício da cidadania desses grupos e suas 'diferenças' era a diretriz fundante da proposta.

> *"Quanto à necessidade do CeCCo no Itaim, lá a primeira causa de morte, numa determinada faixa etária - adolescentes e adultos jovens - era a violência: atropelamento, homicídio. Havia muita violência e não se tinha lazer; faltavam espaços de socialização. Era necessário investir nisso, cuidar para que o Parque Santa Amélia se tornasse um local possível para esse grupo também. Para isso o CeCCo tinha mais a ver que um HD, que decidimos não implantar inicialmente, e se restringia aos psicóticos em crise. O CeCCo atingiria mais gente, seria um lugar de festa, de encontro, aberto às crianças, aos idosos, a todos." (Conceição, psicóloga e gestora local, p. 19)*

Motivações

Novamente aqui, como no HD, o tipo de trabalho representado pelo equipamento, aliado à opção pelo serviço público na saúde mental, aparece mais freqüentemente dentre as motivações elencadas por técnicos e gestores dos CeCCos.

> *"Desde que me formei, há 14 anos, minha opção foi pelo serviço público e pela saúde mental (...). Eu fui para a Prefeitura num projeto de grande importância para mim. Eu defendia esse projeto antes da gestão. (...) Era parte da minha história, também, e batalhar para sua implantação foi algo que se colocou com muita força." (Erondina S. Frederico, assistente social e gestora local, p. 1)*

> *"Eu sempre trabalhei no serviço público. Eu optei pela saúde mental e pelo enfoque social dessa problemática e não dava para trabalhar com isso em outro lugar que não fosse no serviço público com uma proposta antimanicomial. Estava em Santo André, num ambulatório de saúde mental e (...) vim para São Paulo. Super ideologicamente, saí do lado de casa para vir para São Miguel porque me apaixonei pela idéia do CeCCo, achando que, como terapeuta ocupacional, teria muito o que contribuir nesse projeto, no trabalhar a convivência de populações diversas." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p. 1)*

Alguns técnicos, entretanto, não conheciam, à época da contratação, os diferentes papéis reservados aos equipamentos e mesmo a proposta de saúde mental. Isto é muito relevante entre os psicólogos concursados na gestão anterior, época em que poderiam optar entre ir para a saúde ou para a educação, e que vieram a ser contratados pela nova gestão, somente podendo escolher vagas da saúde. Nesse sentido, foi bastante importante a estratégia, já relatada pelos gestores distritais, de apoio à ida de técnicos para a região, através do convencimento desses profissionais, no momento de escolhas das vagas:

> *"Nunca tinha trabalhado em saúde pública. Quando prestei o concurso, não sabia se iria para a saúde ou para a educação. Nós não tivemos escolha; quando fomos chamados, era para a saúde. Agora, a forma como eu fui parar no Itaim Paulista é bem marcante: quando fui escolher a vaga naquele lugar imenso no Anhembi eu fiquei muito confusa diante de tantas opções colocadas num painel. Eu não sabia o que era um Hospital-Dia, como funcionava a saúde mental na Prefeitura. Não tinha a mínima idéia. Pensei que não queria trabalhar num hospital; preferia algo mais com a comunidade. Também não conhecia a zona leste - nunca tinha ouvido falar no Itaim Paulista. Jamais pensaria em ir para lá - eu moro em Pinheiros e havia vagas mais próximas. Mas estava lá a interlocutora de saúde mental do Itaim Paulista, a Conceição, fazendo o 'lobby' dela, 'caçando gente' e ela me acolheu ali. Me falou das carências todas, das propostas da gestão e dos projetos do distrito, das 'vantagens' por trabalhar longe - o adicional por distância, na época cerca de 50% do salário. Ela me convenceu." (Denise J. Molina, psicóloga e gestora local, p. 1-2)*

A associação de uma proposta de trabalho na qual se acredite a um salário competitivo é condição suficiente para a adesão dos técnicos, mesmo aqueles já inseridos no mercado e com experiência de trabalho; também aqui os nessas condições eram a maioria.

> *"Na época eu trabalhava no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, mas a nova proposta de saúde mental de São Paulo me 'seduziu'*

e também era um salário que valia. Compensava mudar de estado e tudo mais." (Viviane F. Sampaio, terapeuta ocupacional, p. 1)

Formas de encaminhamento para a implementação

Os gestores locais relatam processos singulares em cada um dos CeCCos, quanto à sua implementação. Têm em comum, entretanto, a forte vontade de fazer 'acontecer' esse equipamento nos distritos.

Em São Miguel Paulista, como já relatamos, a assessora regional, Isabel Cristina Lopes (psicóloga), que era também a responsável pelos CeCCos no COAS, vinha, desde 1989, trabalhando, juntamente com técnicos e pessoas do movimento de saúde, a questão da implantação de um CeCCo no Parque Chico Mendes, principalmente através de uma pesquisa feita na região (relatada anteriormente), a respeito da presença e das necessidades de pessoas portadoras de necessidades especiais e da discussão concomitante da contribuição que os vários equipamentos propostos poderiam trazer para a melhoria da vida cotidiana daquelas pessoas e suas famílias - especialmente o CeCCo, que se queria implantar.

Representantes do Movimento de Saúde da Zona Leste, do Movimento de Saúde Mental - especialmente o "SOS Saúde Mental" - e do Movimento pelos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência - a FCD (Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes) e o Conselho Municipal da Pessoa Deficiente - foram fundamentais nessa implantação, especialmente no trabalho de sensibilização, esclarecimento e convencimento da população em geral, em relação à proposta de abertura dos espaços públicos e da comunidade também para a população alvo, bem como dos administradores centrais e regionais ligados à SMC e à SSO/DEPAVE, que apresentavam certas reações que dificultavam o encaminhamento do CeCCo, principalmente no que se refere à resistência/desconhecimento do que seria a abertura de 'seus' espaços à esses grupos, e do que já anteviam como complexidade da efetivação de um trabalho intersetorial com a saúde e suas demandas. Por outro lado, essa mesma complexidade e possibilidade de alcance do projeto CeCCo era também um elemento que estimulava o enfrentamento das dificuldades existentes.

"Se começou fazendo reuniões e perguntando o que eles [futuros usuários] queriam mesmo. O CeCCo Chico Mendes foi inaugurado com uma oficina, produzida e conseguida através de discussões que nem eram feitas aqui no

> *CeCCo, porque não tinha ainda o local, mas no movimento de saúde; era uma demanda vinda deles, da vontade deles em ter uma oficina com teatro e dança. Com essa oficina, se iniciou o CeCCo. E foi uma só no começo. Tinha uma 'briga' com a Cultura, que achava que iria perder espaço. Para que o coordenador da Casa de Cultura pudesse oferecer oficinas para a gente, tivemos que conversar muito. Foi um grande investimento nosso e do movimento para que entendessem a proposta de integração. (...) Com o pessoal do movimento, do Conselho Popular de Saúde de São Miguel, que era com quem tínhamos mais contato, começamos um trabalho com a Associação de Moradores, que não admitia a idéia de deficiente mental, doente mental, transitar pelo Parque. Diziam: 'Não dá para se misturar com gente louca'. Eles resistiam à montagem do CeCCo aqui. O Presidente da Associação nos procurou e disse que as pessoas estavam reclamando, sentindo-se ameaçadas pelos usuários da população alvo; que não dava para vir para o parque com os filhos, com os loucos aqui. Isso a gente conseguiu mudar. Os guardas municipais, a gente também conseguiu que entendessem a proposta e modificassem suas condutas. Se tem algum problema eles vêm falar primeiro com a gente, saber se é usuário do CeCCo; mudou a relação, era uma coisa bruta e hoje é muito tranqüilo." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p. 6 e 18)*

No Itaim Paulista superar as inúmeras dificuldades para a implantação do CeCCo do Parque Santa Amélia exigiu firme propósito dos profissionais de saúde mental que foram para a região, da assessoria regional e distrital e da direção do distrito. Propósito esse que beirava certo voluntarismo, sem o qual com certeza esse CeCCo não teria sido implementado.

Já transcrevemos o relato da interlocutora de saúde mental do distrito sobre os entraves enfrentados com funcionários da SSO/DEPAVE, para a instalação do CeCCo no Parque Santa Amélia (p.235). "A gente 'bateu o pé'. *Argumentávamos* que o CeCCo era muito mais que um espaço; era uma proposta de assistência, de integração com a população e que iria ser lá nem que fosse para ficarmos sentados num banco." (Conceição Munhões, psicóloga, gestora distrital e local, p.5)

> *"Aos poucos, a equipe de saúde mental do Itaim foi minimamente se formando. Estávamos com quatro psicólogos, uma assistente social e um psiquiatra; logo depois uma fonoaudióloga. A Conceição tinha muito pique e a equipe toda entrou de cabeça na proposta de se tentar implantar o CeCCo. Ela já tinha descoberto o local, um parque sem árvore nenhuma. O espaço tinha sido todo cercado. Parecia uma praça - aquilo é uma praça. (...) Foi difícil para mim, apesar daquele pique louco de trabalho. Eu me lembro da primeira vez que eu fui ao parque. Sentei num banco, olhei tudo ao redor, aquele horizonte perdido, e pensei: 'Meu Deus, como que a Conceição pretende conseguir fazer um serviço aqui?' Não tinha nada; o espaço era pequeno, cheio de barreiras. Mas fui à luta, estudei o modelo de atenção e a proposta do CeCCo. Não tinha muita coisa escrita ainda, mas era uma idéia forte e presente para várias pessoas. (...) Ia*

para as reuniões no COAS, conversava e trocava com os profissionais de outros CeCCos e com a responsável pelo projeto lá, a Isabel Cristina, que também era da região e ia até lá também. Enquanto não abríamos o CeCCo, atendíamos na UBS do Jardim Camargo Novo. Com a perspectiva daquele serviço, começamos a identificar a demanda. Conseguimos o 'container' e decidimos - a equipe toda - que poderíamos funcionar comigo ficando permanentemente no CeCCo e os demais se dividindo entre períodos nas UBSs onde estavam e períodos no CeCCo. (...) O 'container' era só uma sede, para guardar material; tudo o que a gente fazia era do lado de fora. Tentamos nos articular com o pessoal do Bem-Estar, que tinha um Centro Comunitário ali do lado. A proposta deles era muito diferente, muito direcionada para crianças e adolescentes. A integração ficou restrita - na verdade a gente usava aquele espaço quando chovia." (Denise J. Molina, psicóloga e gestora local, p. 3-5)

No distrito de Ermelino Matarazzo o CeCCo foi o último equipamento a ser encaminhado, juntamente com os lares abrigados. O diretor do distrito, o sanitarista Carlos Muniz e sua equipe, como já foi dito, teve como estratégia direcionar os esforços do distrito para a conclusão do Hospital Municipal "Prof. Dr. Alípio Correa Neto", aliada à reorganização da rede básica. Isto implicou na implantação mais tardia de novos equipamentos, como o HD e o CeCCo. Mas a implementação de todos os equipamentos desenhados, inclusive os lares abrigados, era efetivamente uma proposta da direção. Entretanto, a morte desse diretor e a reorganização do CTA do distrito fez com que ressurgissem questões quanto à efetiva prioridade desses serviços. Durante 1992 os assessores de saúde mental voltaram a enfrentar certa resistência junto ao CTA.

"Éramos uma equipe de assessores identificados com a saúde mental. O HD já estava encaminhado - faltava o lar abrigado e o CeCCo. O diretor do distrito tinha clara proposição de implantar todo o modelo, que a saúde mental ia acontecer devidamente em Ermelino Matarazzo. Estávamos buscando local adequado para o CeCCo e para o lar abrigado; os diretores tinham uma boa receptividade. Havia dúvida entre o CDM do Burgo Paulista e o de Ermelino Matarazzo. Mas houve aquela morte estúpida dele, e nós entramos num outro momento de resistência no distrito. (...) A nossa defesa era que o Carlos tinha deixado muito clara sua intenção de implantar os equipamentos e nós nos apoiamos nisso. Havia um discurso oficial de que se completaria o projeto dele para o distrito. Não era o caso dos diretores serem contra a saúde mental, mas era coisa de menor relevância. Existem sanitaristas e sanitaristas, alguns têm uma mentalidade muito 'organicista', muito preventivista ou hospitalocêntrica, muito fechada na medicina como essencial. Lá com o Hospital isso foi muito presente. O importante era garantir o funcionamento do hospital; o pessoal médico e de enfermagem ganhava muito espaço. (...) Nos salvava a nossa militância. Não dávamos folga. Queríamos garantir o espaço da saúde mental - e conseguimos. Nas reuniões de CTA havia espaço para as diferentes questões.

> *Nós tentamos explicar o porque de nossas propostas. Tínhamos que convencer da necessidade de determinados materiais, fundamentais para o CeCCo - era um grupo interessado, que acreditava, e mesmo assim os entraves, os preconceitos, eram enormes. Comprar tinta ou 'AS'? O 'AS' ganhava. (...) A resistência partia de vários setores: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos que tinham certa atitude de priorizar o hospital. (...) Mas a gente foi roçando, cortando o mato, saindo do nada e fomos uma das áreas que avançou e implantou mais equipamentos na gestão Erundina. Mas poderia ter sido mais fácil; teria sido melhor." (Erondina S. Frederico, assistente social e gestora local, p. 3-7)*

Na medida em que os locais eram definidos, os acordos com as demais secretarias efetivados e os recursos humanos contratados, os gestores locais e a equipe técnica começavam a adaptar suas propostas de oficinas e atividades à realidade do local e seus recursos, assim como às reivindicações da população em geral - que era chamada a participar das atividades dos CeCCos, a partir de inúmeras estratégias de divulgação dessa proposta nas comunidades -, e às demandas da população alvo, que passava a ser encaminhada pelos serviços de saúde e de educação.

Para isso era importantíssimo contar com as linhas especiais, que tinham nos CeCCos referência obrigatória, e os ônibus adaptados às necessidades de pessoas portadoras de deficiência.

> *"Fazíamos reuniões com representantes de todos os CeCCos. Conjuntamente, elaboramos os itinerários para os ônibus adaptados. Levamos um ponto para a frente do CeCCo - era difícil para o ônibus passar ali. Não conseguíamos mostrar no guia porque aquele pedaço não aparecia no guia, mas eu garantia que existia e que tinha que passar por lá. Conseguimos que passasse duas vezes por dia. Mesmo assim, as pessoas tinham muita dificuldade, porque o ônibus não necessariamente passava perto da casa delas. (...) Era difícil ter transporte garantido pelo distrito. Ele era usado para as emergências, mas o que foi possível nós fizemos." (Denise J. Molina, psicóloga e gestora local, p. 10-11)*

Com isso tem início a trajetória de um equipamento ímpar e absolutamente novo, que se propunha ousadas tarefas: reinventar, recolocar, rever, transformar e criar saberes e práticas sociais e culturais de convivência humana.

Dificuldades e acertos

Tratava-se de um serviço e de ações completamente novos e desconhecidos, inclusive para os gestores e os técnicos que para aí foram, estimulados por esse

desafio, e que tiveram na sua vontade e no seu interesse em enfrentá-lo e, se possível, vencê-lo, seu maior recurso. As dificuldades foram de muitas ordens.

O trabalho intersetorial

O projeto CeCCo desenhava a possibilidade de intervenção a partir da ação conjunta de vários setores da administração e da própria população. Rever e reorientar práticas e saberes exige um disponibilidade nem sempre presente naqueles menos envolvidos ou interessados. Convencer setores mais reticentes, frente a demandas necessárias e importantes, numa região cheia de carências e exclusões, foi tarefa muitas vezes desgastante, como vimos observando.

A administração pública tem poderosos entraves burocráticos, cuja superação exige uma forte determinação; como já comentamos, essa determinação variava conforme o grau de envolvimento do 'funcionário' com as propostas da gestão. Como conseguir construir um local coberto e razoavelmente abrigado num parque em formação, numa região destituída de qualquer planejamento urbano que considerasse a necessidade humana, para além de um teto sob algumas poucas paredes, dentre vielas? Nesse contexto se poderia cortar algumas 'arvorezinhas' nascentes e se plantar outras? Obviamente isto dependeria de se 'comprar' a proposta de que parques podem ser espaços de convivência para todos e que todos deveriam ser chamados a opinar sobre a possibilidade de cortar estas e plantar aquelas árvores; de se 'comprar' também a idéia da participação ampla dos cidadãos na definição de suas prioridades locais e que esses mesmos cidadãos estejam informados de suas possibilidades e responsabilidades. Os técnicos da saúde, o movimento de saúde do Itaim Paulista (presente nos Conselhos Gestores, formados em todos os equipamentos de saúde), e mesmo o responsável pelo DEPAVE não conseguiram demover as 'arquitetas' da Prefeitura da decisão 'técnica' de não aceitar a construção daquele local abrigado. O CeCCo do Itaim Paulista só pôde funcionar nos bancos e no espaço aberto da praça/parque; o 'container' era como um grande baú, para guardar materiais.

Já a relação com o pessoal do DEPAVE, no que se refere à assessoria e oferta de mudas para as oficinas e núcleos de trabalho que envolveram horta e jardinagem, foi bastante profícua, especialmente no CeCCo Chico Mendes.

O trabalho com a SMC dependeu bastante da existência ou não dos oficineiros nos CeCCos. Alguns CeCCos contaram mais efetivamente com esse recurso. Foi o caso do CeCCo Chico Mendes. Já os outros dois não tiveram esse acesso. A dificuldade na contratação dessas pessoas dependeu do repasse de verba da SMS para a SMC. É fácil imaginar as dificuldades burocráticas que essa prática suscitou, pois as contratações deveriam ser renovadas a cada seis meses, o que ficou na dependência do interesse dos agentes em dedicar-se a criar mecanismos agéis que viabilizassem aquela proposta inovadora. Assim, na absoluta maioria dos casos as oficinas foram definidas muito a partir das 'habilidades' de técnicos e pessoal voluntário.

De toda forma, é importante salientar o resultado alcançado pelo Coral Cênico de Saúde Mental, fruto desse trabalho conjunto. Usuários de todos os CeCCos que se interessaram puderam participar de encontros/trabalhos semanais e realizar essa oficina/atividade, que até hoje se mantém.

Com a SME, no caso da contratação de professores de educação física/artística e apesar dos esforços envidados na região, se contou minimamente com esses recursos (somente o CeCCo de Ermelino Matarazzo contou com um professor de educação física no início de suas atividades). Algumas oficinas foram realizadas, a partir de esforços de voluntários e dos técnicos da saúde. A iniciativa mais relevante e importante na região foi o trabalho conjunto, já relatado, quanto à inserção de crianças portadoras de deficiência na classe regular e a criação das salas de apoio. Técnicos dos CeCCos e das escolas participaram desse projeto de forma mais ou menos intensa. De toda forma, três escolas da região, uma em cada distrito, conseguiram levar adiante o projeto, para além de encaminhar as crianças para as UBSs e CeCCos.

Também com a SMT e com a CMTC se conseguiu criar 11 linhas especiais e adaptar 23 ônibus. Se isso marcou uma vitória na conquista do exercício da cidadania de milhares de pessoas portadoras de deficiência na cidade de São Paulo, obviamente sequer foram arranhadas as reais necessidades de acesso a transporte dessa população.

Os recursos humanos, a especificidade técnica e o trabalho transdisciplinar

As dificuldades relativas à captação e fixação de recursos humanos especializados não foram diferentes na região, assim como semelhantes também foram as estratégias utilizadas pela gestão para tentar minimizar o problema. Técnicos e gestores consideraram essa questão bastante relevante para o cotidiano do trabalho; apesar disso, em muitas escolhas de vagas o tipo de equipamento foi o grande chamariz. Como os CeCCos eram relativamente poucos, assim como os HDs, vários técnicos efetivamente optaram por trabalhar nos CeCCos da região, em detrimento da escolha de vaga em outros equipamentos mais centrais. Isto fez com que as equipes, no âmbito da saúde, estivessem relativamente completas, ao final da gestão, o que persistiu durante o ano e meio subsequente, inclusive no Itaim Paulista (distrito em que foram deslocados de UBSs para o CeCCo os técnicos que assim o quiseram; posteriormente, conseguiu-se para aí levar duas terapeutas ocupacionais e mais uma fonoaudióloga).

Surgem, igualmente, algumas críticas à forma de seleção dos profissionais. Os concursos públicos são entendidos como necessários e legítimos, porém precisariam ser reformulados no sentido de poderem dispor de mecanismos seletivos, que considerassem devidamente aspectos mais específicos, fundamentais para o tipo de trabalho proposto em cada um dos equipamentos e na área de saúde mental.

Em termos numéricos e quanto ao tipo de profissional com que a equipe foi definida, a avaliação, de forma geral, foi satisfatória. Deve-se considerar, entretanto, que na medida em que os CeCCos na região ficaram em sua maioria restritos à equipe de saúde, os técnicos e gestores ressentiam-se da falta de oficineiros e educadores; se estes não chegavam, por entraves da intersetorialidade, aventava-se a hipótese de aumentar a equipe de saúde.

Entrementes, a questão central, em termos de recursos humanos nos CeCCos, se refere à equação: especificidade profissional x trabalho transdisciplinar, cerne da proposta, e que se constatou ser de difícil solução prática.

> *"A proposta tinha um grau de liberdade que os técnicos não quiseram ou não souberam aproveitar, porque não se autorizaram a transpor seus papéis específicos, como se assim fossem mais 'científicos'. (...) No serviço público, parece que eles não conseguem efetivamente ter uma referência técnica e social,*

de saúde pública e com isso desenvolver um trabalho que parta das necessidades do usuário e não de seu saber e poder profissional. (...) O atender psicótico era um problema, principalmente nas UBSs. Penso que pode ser mais simples aceitar e trabalhar com o 'imprevisível humano'. Não existe mágica, existe acolhida; a escuta, o contato e o respeito humano. Se fica muito atrás da partitura; [e aí] tem que constar na partitura esta ou aquela forma de atender. A liberdade técnica é fundamental no CeCCo." (Erondina S. Frederico, assistente social e gestora local, p. 2 e 7)

"A gente discutia muito essa questão da interdisciplinaridade dentro do CeCCo. Como lá não se faz exatamente terapia, da forma como conhecíamos até então, a indiferenciação técnica ficava muito clara. Todo mundo fazia a mesma coisa, até porque não tínhamos oficineiro e o trabalho das oficinas partia das nossas habilidades e de alguns voluntários. Trabalhávamos quase sempre em duplas ou individualmente, mas de forma bastante semelhante, em oficinas concomitantes. Não tinha diferença. Havia o olhar clínico, ***o*** *da psicologia, o da terapia ocupacional. Isso nos diferenciava, nas discussões de alguns casos, mas a terapia e o atendimento individual não eram nossa prioridade. Todos sentiam isso e se perguntavam sobre como se determinar os espaços e as contribuições de cada um. Não conseguimos resolver isso." (Denise J. Molina, psicóloga e gestora local, p. 15)*

"Nas oficinas a gente fica de retaguarda quando se tem oficineiros, mas ultimamente temos percebido que faltou a especificidade, [faltou] poder colocar mais a formação - e ficar menos diluído. Eu não acho que se você estiver mais na especificidade você vai estar sendo mais terapeuta ocupacional ou mais psicólogo. Estou falando sobre se ter e ser mais técnico dentro da equipe, no trabalho, criando algo efetivamente transdisciplinar. (...) As oficinas, do jeito que foram pensadas, não dão conta. Ficavam, algumas vezes, soltas demais. (...) Acho que temos que tomar cuidado com essa pouca especificidade que o CeCCo permite e exige." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p. 3 e 8)

Como, em parte, já discutimos, nos HDs e nas UBSs o trabalho em equipe, com vários profissionais, tem sido um desafio para os profissionais de saúde em geral e a saúde mental tem avançado com inúmeras experiências. Nem por isso os caminhos têm se revelado menos tortuosos. Considera-se, entretanto, que a possibilidade de ações resolutivas nos serviços de saúde passam necessariamente por aí (Campos, 1992 e 1997b). O que temos de singular, no caso dos CeCCos, é que este é um equipamento da saúde, pensado no modelo de saúde mental, mas que tenta claramente se colocar fora dos limites da 'doença' e avançar efetivamente para mais que a saúde, para 'fomentar a vida'. Planejadores e técnicos de saúde mental procuram usar sua experiência profissional para chamar outros setores, técnicos e população para participarem desse projeto, como irradiadores de novas formas de convivência. Sem dúvida, teriam muito o que reinventar, criar e transformar.

Para os técnicos de saúde era necessário superar modelos e formas de trabalho, superar sua própria condição profissional – que, paradoxalmente, era também a razão pela qual lá estavam. Técnicos experientes, que já haviam se deparado com as limitações da especificidade profissional e que buscavam respostas para os problemas dos 'diferentes', partiam do pressuposto de que inúmeras questões individuais só podem ser resolvidas a partir de uma intervenção mais coletiva nas relações sociais e culturais e que as contribuições clínicas, necessárias, não resolvem tais problemas. Agora, enquanto profissionais de saúde, como contribuiriam nessa construção? Não estariam se transformando todos em agente culturais/ sociais sensíveis e disponíveis para os 'diferentes'? Então, para que estar lá enquanto terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social ou fonoaudiólogo? Por outro lado, os oficineiros e educadores lá não chegavam de forma satisfatória e talvez por isso o que aparecesse mais fosse a ação dos técnicos de saúde nas oficinas, não como orientadores e/ou facilitadores da convivência entre as diferentes populações, mas como aqueles que criam, no serviço e com suas habilidades 'ocupacionais', a possibilidade de se experimentar essa convivência.

No documento que aqui nos referenciou isto é considerado e discutido. Se coloca claramente que a equipe pensada, como um todo, poderia ser dispensável, se as relações e as práticas sociais fossem outras e a convivência humana ocorresse sem as restrições que se pretendem trabalhar. Para tentar interferir e transformar isso - "um processo lento e trabalhoso" - se ponderaram como importantes certos saberes específicos, que teceriam uma "liga" comum - profissionais da saúde que "trabalham o indivíduo enquanto ser social em relação consigo (objetos internos, desejos) e em relação com o mundo (sociedade, direitos, trabalho, educação, relações interpessoais)" (SMS, 1992b, s/p). Isto implicaria em rever uma série de "postulados acadêmicos, instrumentais, abordagens e a própria especificidade". Este documento final que apresenta, define, detalha e propõe certa normatização das ações no CeCCo foi fruto da discussão das dúvidas e certezas, aqui também apresentadas. Foi, entretanto, concluído e divulgado após o término da gestão. Era um processo em curso.

Os oficineiros

Para o CeCCo Chico Mendes, contar de forma razoável com esse profissional da SMC possibilitou que técnicos da saúde pudessem trocar com eles suas experiências. Eles também tinham que recolocar suas práticas.

> *"O oficineiro vem para cá com uma proposta que implica em começo, meio e fim, da forma como estão acostumados. Teatro, por exemplo. Numa época faz-se a inscrição para o grupo; depois, monta-se o grupo, que é fixo, e vai-se fazer uma peça. Aí, eles vêm que aqui não é isso, que cada dia tem uma pessoa diferente chegando, e que, se tem uma criança na porta, a gente vai lá e convida para entrar - e ela pode ou não continuar a participar. E que isso não importa: ela poder participar naquele momento é mais importante do que pensar a continuidade. Hora dá, hora não dá. E conseguimos montar peças desse jeito. Os oficineiros foram se revendo, entendendo que o trabalho era possível de outro jeito, com pessoas múltiplas, não só de múltiplas deficiências, mas também múltiplas diferenças, interesses. Isso também aconteceu no Coral de Saúde Mental, que já tem mais de quatro anos. (...) Os oficineiros foram se acostumando, se desprenderam das referências de oficinas como aprendizado. Passaram a priorizar a convivência. A gente ajudava a desmontar essa coisa que eles traziam da Cultura. Ajudávamos também no lidar com os 'medos' trazidos em relação ao 'louco', aos 'deficientes'. Quando viam que esse 'louco' pode, com as suas diferenças, participar do trabalho, e que muitas vezes ficava até mais interessante do que eles costumavam ver, tudo se colocava de outra forma. Eles iam se abrindo, participando de atividades, até fora do horário de contrato deles. Montamos um trabalho conjunto; com pouquíssimos não deu certo. Os oficineiros saíam transformados daqui e muitos queriam voltar." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p. 4-5)*

> *"Teve uma época que teve uma oficina de origami, oferecida pela Cultura. No fim do período previsto, o grupo queria continuar. A gente foi aprender a técnica, inclusive alguns usuários. A pessoa responsável deixou-nos um livro e a gente conseguiu manter essa oficina. Foi uma das possibilidades de núcleo de trabalho, de início de cooperativa." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p.7)*

A formação e a capacitação para o trabalho

Um aspecto bastante referido não é, como nas UBSs, a falta de formação do técnico para o trabalho, mas sim o relativo a como se viabilizar o trabalho, apesar da formação profissional. A autonomia técnica determinada pelo diploma legal foi vista como um poderoso fator limitador das ações no CeCCo.

> *"As equipes, os profissionais, sentem-se autônomos. Temos uma formação que dá essa autonomia de profissional 'liberal' e, dependendo de se ter certas especializações, piora: 'Sou psicanalítico, sou junguiano, etc. - sistemas que eu conheço', e ninguém, se não tiver formação, pode discutir, entrar. A saúde mental é muito elitizada e muito pobre no Brasil. Os hospícios convivem com as*

> *fábulas cobradas nos consultórios particulares, onde de verdade se 'trata'. (...) O profissional vai para a rede pública com essa concepção. Sente-se autônomo. Faz o que quer. A equipe determina critérios de forma absolutamente autônoma. Teríamos que investir muito, para quebrar essa postura clínica." (Ana Galluzzi, terapeuta ocupacional e gestora local, p. 17-18)*

> *"Esse projeto da saúde mental era extremamente avançado e havia um grupo que o defendia e enxergava essa desmistificação da profissão de forma bem tranqüila: a especificidade como referência e não como linha mestra de ação. (...) No CeCCo, começamos pelo todo, pela equipe. E foi muito complicado, cada um se prendendo ao seu papel pequeno. (...) O maior problema é o recurso humano e sua formação específica. O profissional tem uma formação e um projeto pessoal de trabalho, restrito, fechado; chega com isso no serviço público e tem muitas dificuldades para mudar essas referências. Considera-se com um saber absoluto, autorizado pelo diploma da faculdade. E se tem pouca disponibilidade para estudar. Ao mesmo tempo, [há] aquele espaço enorme para a sua autonomia." (Erondina S. Frederico, assistente social e gestora local, p. 11-13 e 15)*

> *"Nós tentamos trabalhar a formação de técnicos pela realização de estágios, aqui no CeCCo. (...) A maior dificuldade que eu senti era não saber nada a respeito. Não se tinha essa formação na faculdade. As pessoas que estavam implantando o serviço também iam muito na forma de tentativas, experimentações. Tudo muito improvisado, nada assim mais pré-determinado, que se pudesse seguir os passos. Cada equipe, cada região, ia fazendo como pudesse." (Judith Aoki, psicóloga, p. 9-10)*

Por algumas vezes já apresentamos esse problema. É temática recorrente para quem trabalha a questão da formação de recursos humanos em saúde, conforme Cap.4.

Uma estratégia levada a cabo pela gestão, infelizmente bastante tardiamente, foi a supervisão institucional/clínica, relatada no item anterior. Aqui, também, vários profissionais não tiveram suas necessidades resolvidas por essa forma, e buscaram outras:

> *"Participamos da supervisão da ARS-6, mas era todo mundo junto e a realidade do Itaim Paulista é muito diferente, muito mais pobre. Não funcionou para a gente. (...) Sentíamos necessidade de uma orientação, de um acompanhamento e fomos buscar uma supervisão específica, uma psicanalista institucional, para a equipe de saúde mental do Itaim. Conseguimos que a direção do distrito permitisse que fizéssemos [isso] no horário de trabalho, uma vez por semana; nós pagávamos a supervisão. Todos os profissionais da saúde mental foram, e o grupo conseguiu uma integração imensa. Realmente nos ajudou a estruturar o trabalho lá." (Denise J. Molina, psicóloga e gestora local, p. 7)*

Diferentemente, entretanto, aqui aparece também, de forma relevante, a defesa daquela supervisão:

> *"Eu não acho que dá para cada um ir autonomamente. Isso começou quando se admitiu a necessidade de supervisão por equipamento, no final da gestão. Foi o fim. Era na supervisão geral que a gente podia discutir e fazer a articulação real. A nossa maior demanda aqui é a espontânea; isso é gravíssimo. O usuário da UBS não chega nunca; cansamos de convidar grupos de psicologia, de terapia ocupacional, para vir participar de festas aqui no CeCCo. Nunca vinham. Diziam que encaminhavam, mas, se não chegavam, que tipo de encaminhamento era feito? E nas supervisões tentávamos lidar com isso. (...) A gente queria discutir com o HD, mas eles se isolaram e fizeram um movimento de supervisão por equipamento. Acabou-se a possibilidade de integração. Se tivéssemos continuado as supervisões, teríamos feito as revisões necessárias junto. (...) Houve certos autoritarismos na gestão, [no sentido de] mudar a cultura manicomial meio de cima para baixo. Eu senti isso aqui, mas era a supervisão geral que permitira lidar com isso também. Começou muito tarde. Mas continuo achando que é fundamental e que tem que ser geral; não é por equipe, não é por equipamento. É dos envolvidos no programa." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p. 10-11)*

Aparece, ainda, como possível encaminhamento, um 'mix' das duas propostas:

> *"A supervisão chegou muito tarde; teria ajudado a mudar o discurso técnico. (...) Tenho claro a necessidade da supervisão conjunta, envolvendo todos os equipamentos; mantenho essa idéia. Mas poderia ser intercalada, a cada 15 dias, com supervisões das equipes em cada serviço, ou algo que possibilitasse essa supervisão em cada unidade. É real que os CeCCos, por exemplo, são muito diferentes e têm problemas diferentes a serem solucionados." (Ana Galluzzi, terapeuta ocupacional e gestora local, p. 17 e 55)*

De toda forma, há unanimidade quanto à necessária capacitação dos recursos humanos para o trabalho, seja com supervisões, cursos ou grupos de estudo. Temas fundamentais são apontados: dinâmicas grupais e individuais, políticas e serviços públicos de saúde, gerenciamento e planejamento de serviços de saúde em geral e de saúde mental, formas de trabalhos na comunidade, oficinas e recursos para o trabalho cooperativado e novas formas de trabalho produtivo.

Os núcleo de trabalho/cooperativas

Em cada um dos CeCCos da região a experiência dos núcleos de trabalho existiu; várias questões foram elencadas. A primeira delas refere-se à falta de

acúmulo dos profissionais e dos usuários com essa modalidade de produção e trabalho. Em segundo lugar, se de um lado devem ser valorizados os indivíduos em suas possibilidades produtivas, é necessário também entender-se que a população alvo, não só, mas especialmente, tem dificuldades para 'produzir' e conseguir 'comercializar'. O tempo necessário para que uma experiência 'laboratorial' possa trazer resultados concretos é bastante grande. Decidir sobre o que produzir, a partir das diferentes possibilidades dos indivíduos interessados; conseguir os recursos necessários e suficientes; aprender e apreender esse processo; implementar o projeto e conseguir comercializar/distribuir, solidariamente, independentemente da produção individual, foi um processo complexo para todos. A introdução da sistemática prevista - o investimento inicial de recursos públicos, também esbarrou no arcabouço burocrático da administração.

> *"Como trabalhar a atividade com as pessoas, para poder vir a ser uma forma de subsistência para elas, é uma questão na qual todos os profissionais estão engatinhando, que estamos tentando aprender, mas temos errado bastante. Têm alguns acertos, mas são muito iniciais. (...) Nós fazíamos uma oficina preocupados com o trabalho produtivo. Já imaginávamos colocar isso como um elemento de planejamento de determinadas oficinas. Chegamos a fazer isso porque não estávamos conseguindo avançar nessa direção. Fizemos uma oficina de produção e criação de objetos. Pensamos esse nome - queríamos que facilitasse para os usuários. Trabalhamos muito tempo, mas nos deparávamos com as características da demanda. As pessoas até fizeram, escolheram a atividade (...) - aprenderam a fazer. Mas elas tinham limitações reais de produção. Por outro lado, era um processo rico. Todos nos envolvemos com aquele trabalho. Fizeram e venderam, mas foi meia dúzia de tapetes. E o dinheiro da venda ficou um tempão guardado, a gente meio sem saber como encaminhar. Avaliamos juntos o processo, repusemos os materiais, e as pessoas resolveram encaminhar algo mais ágil, para tentar diminuir o tempo de produção. Fizemos quadrinhos com tecidos, mas aí não foi tranqüilo vender. Estamos aprendendo, temos algumas perspectivas, (...) vivenciamos algumas coisas e temos experiências que não tínhamos antes, mas são frágeis." (Sandra Taglieri, terapeuta ocupacional e gestora local, p. 30-31 e 34)*

> *"O usuário do CeCCo, da população alvo, tem um tempo próprio. São necessários pelo menos uns dois anos de vivência nas oficinas, para adquirir certa autonomia. A população geral também demora, não é uma questão só da 'patologia'. (...) Temos que tomar inúmeros cuidados. A diretora de compras daqui brigou com a gente, em cima da questão do material: 'Lá vocês não têm cooperativa, não fazem bazar. Usem esse dinheiro para comprar material'. Essa questão do dinheiro de comercialização é muito delicada. O material do CeCCo tem que independer disso. Discuti isso com ela, que disse: 'Então que projeto furado é esse?'. " (Ana Galuzzi, terapeuta ocupacional e gestora local, p. 35)*

> *"Conseguimos formar cooperativas aqui; famílias inteiras participavam. (...) Através do CeCCo se organizaram e seguiram seu caminho. Aprenderam uma série de coisas e foram tocar a vida." (Judith Aoki, psicóloga e gestora local, p. 13)*

A população alvo, a população geral e o encontro

Conseguiu-se levar para os CeCCos e para as atividades por ele promovidas as diferentes populações.

As demandas atendidas variavam em cada um dos serviços Em alguns a população em geral era maioria - cerca de 60%, no Itaim Paulista. Em outros, conseguia-se manter certa proporcionalidade nas oficinas. No CeCCo Chico Mendes a maior parte dos usuários chegava de forma espontânea; em Ermelino Matarazzo acontecia um razoável encaminhamento entre os serviços (da saúde e da educação) e a comunidade; já no CeCCo do Parque Santa Amélia quase toda população alvo vinha por encaminhamento dos outros serviços de saúde e, de forma menos significativa, das escolas.

Parte dessa população, principalmente no Itaim Paulista, com maior carência de serviços, vinha, entretanto, buscando atendimento clínico: psicológico, fisioterápico, fonoaudiológico, terapêutico ocupacional, etc. e encontravam outro tipo de ação, à qual, de forma geral, aderiam.

Se os técnicos avaliam que esse encontro aconteceu, alguns se questionam até onde ocorreu. Percebia-se, por exemplo, que nos núcleos de trabalho/cooperativas isto era mais raro:

> *"Nas cooperativas a gente não tem quase população geral. Eles não ficam. Nós não colocamos nenhum bloqueio. Penso que é porque é muito diferente se comprometer com um trabalho, no dia-a-dia, dentro de uma sala, com pessoas 'deficientes', e fazer uma atividade esporádica, um 'tai-chi' no parque, um dia. Há certa exposição nas cooperativas e em algumas atividades que as pessoas não querem: fazer parte de um grupo com deficiente físico, mental, doente mental. Elas não ficam. Isso precisa ser discutido; (...) é o ponto fundamental do CeCCo e é uma coisa que não acontece direito, emperra. (...) Nós, enquanto técnicos, iríamos, em nossos horários de lazer, para um CeCCo? Não adianta dizer que tem que ir, o fato é que não vai e temos que entender porque." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p. 7-8)*

Assim como as demandas, a realidade dos CeCCos, como vemos, era variável, e de forma geral os técnicos acharam que o convívio acontecia

razoavelmente e até bastante bem. Mas nos pareceu que essa questão, colocada claramente por Márcia (acima), permeou algumas das entrevistas realizadas.

Certamente é de se esperar que nos perguntemos até onde a população como um todo encararia essa convivência, se ela realmente se esparramasse por todo o espaço social e não apenas nas 'oficinas e atividades monitoradas'. Sabemos que a cultura, se não manicomial, mas segregacionista e excludente, é hegemônica/dominante e que portanto enfrentá-la e transformá-la beira a utopia, principalmente se não nos restringirmos a propô-la às classes sociais menos favorecidas economicamente e que dispõem, elas mesmas, de poucos espaços de convivência.

A 'Remoção Zerada'

Esta questão aparece aqui de forma diversa àquela já comentada por nós. Foi avaliada como extremamente necessária para viabilizar a ida de técnicos para os distritos mais distantes. Sabendo que vai trabalhar por um certo tempo em locais periféricos, mas que lhe será dada oportunidade de remoção, se tiver uma classificação razoável e assim o desejar, bem como maior tempo de serviço na Prefeitura, o técnico pode se interessar em começar sua carreira trabalhando numa proposta que o agrade, mesmo que na periferia.

Importa dizer, entretanto, que vários técnicos da região optaram por aí permanecer, mesmo tendo sido possível ir para serviços mais centrais. Outros, que foram deslocados de suas escolhas iniciais, embora tenham sofrido a descontinuidade de seu trabalho, ainda assim concordaram com a justeza do processo.

A parceria com o movimento de saúde e com os usuários

Conforme relatamos acima, a participação de movimentos de saúde, de saúde mental e pelos direitos das pessoas portadoras de deficiência foi fundamental no processo de implantação dos CeCCos na região. Compreendidas e aceitas as propostas, e convencidos aqueles atores da necessidade e conveniência de sua implantação, estavam sempre presentes na luta por viabilizar maiores espaços e serviços de saúde em geral.

Chamou a atenção de técnicos e gestores, entretanto, a pouca disponibilidade e até mesmo certo preconceito de pessoas engajadas no movimento de saúde em geral, no que se refere a eles também participarem das atividades e oficinas propostas pelos CeCCos, salvo aquelas mais gerais ou reivindicatórias e aquelas de controle da gestão, nos vários âmbitos.

Certamente os temores e receios, e a não identificação com a população alvo percebidos na população em geral e acima comentados, aqui também se faziam presentes.

Os resultados

Indagados sobre como avaliam os resultados obtidos nos CeCCos, técnicos e gestores apresentam uma visão bastante positiva, permeada pela análise de que os equívocos que existiram e as correções de 'rota' que seriam necessárias não tiveram lugar ou dependeram de iniciativas muito individuais, na medida em que a gestão não teve continuidade.

Para eles, foi possível mostrar para a sociedade que existem outras formas de convivência com os 'diferentes'; que a 'doença/diferença' pode ficar na comunidade; que cada um tem responsabilidade na reprodução de conceitos e preconceitos que podem cercear as possibilidades de encontro de todos nós. Aqueles que quiseram e tiveram a oportunidade de vivenciar experiências nos CeCCos, se não se transformaram nesses aspectos, certamente passaram por questionamentos importantes. A cultura manicomial e segregacionista de técnicos e população pôde ser revista e se conseguiu produzir alternativas concretas e viáveis.

Como passos iniciais de uma tarefa, que, como já se sabia, exigiria muito trabalho e seria lenta, os resultados foram avaliados como bastante válidos, criando um novo patamar, de onde se pode seguir. Por outro lado, tem-se muito que caminhar para dar um contorno mais efetivo a esse projeto, que transcende em muito a experiência realizada. Para isso seria fundamental que população, técnicos, planejadores e movimentos sociais, especialmente aqueles vinculados à proposta inicial, pudessem se debruçar sobre aqueles erros e equívocos e buscassem de uma forma mais coletiva produzir uma avaliação sobre o que se alcançou e sobre os obstáculos que se apresentaram como realmente impeditivos da consecução mais geral dos objetivos dos CeCCos.

"A gente rompe com os preconceitos e com os estigmas. Não sei se a gente anda muito. A gente nasce. Estamos tentando engatinhar, sem muita autonomia, meio com o cordão umbilical ainda. Mas houve esse rompimento fundamental e que aconteceu de um jeito muito bom. Tivemos uma estrutura para mostrar que poderíamos fazer coisas legais e a sociedade viu isso. Com relação à cultura manicomial, as pessoas mudaram alguma coisa em relação ao que se tinha antes; os técnicos também viram que era um trabalho importante a ser feito. Isto está instaurado. Estamos num outro lugar. (...) Os usuários e suas famílias se transformaram e isto deveu-se ao tipo de serviço, de acolhimento, que o CeCCo proporciona. O acolhimento é algo muito significativo para esse programa em geral. A burocracia dos serviços era um grande impeditivo para isso. Nós desburocratizamos, mexemos no serviço público. (...) Os usuários têm inúmeras fragilidades, mas estão mudando isso: o serviço tem que ter a cara que eles querem que tenha, das necessidades deles e eles sabem disso; e isso é que fica. Conseguimos lidar com direitos e cidadania aqui." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p. 16-17)

"Cumprimos o objetivo de estar integrando as pessoas, mesmo que de uma forma muito instável, por conta da instabilidade deste CeCCo - a falta de um espaço adequado, a equipe que constantemente perdia um ou outro técnico – o que acabava atingindo os usuários também. Mas até por isso eles participavam, aprendiam coisas e procuravam se ajeitar sozinhos. Deixavam o CeCCo, mas restavam vínculos de amizades que foram feitos nas oficinas, ampliaram suas redes de relações. Donas de casa que não tinham nenhuma perspectiva além de cuidar do filho com problemas, vinham e aprendiam coisas - pintar pano de prato, tricô, por exemplo - que agora fazem em casa, se associam a outras mães, produzem e comercializam." (Judith Aoki, psicóloga e gestora local, p. 13-14)

"O CeCCo é um filho querido do movimento de saúde mental e por isso às vezes fica difícil enxergar os problemas. (...) Penso que temos que amadurecer e deixar de pensar que o único problema foi a falta de tempo, de continuidade da gestão. Precisamos discutir isso. Encarar as nossas falhas. (...) O projeto precisa de acertos e devemos buscá-los, com muito diálogo, sem autoritarismos, sem várias coisas que emperraram mudança maiores e impediram um maior fortalecimento da proposta." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p. 7, 10 e 18)

"Tem coisas que não foram bem elaboradas na administração. Não houve um momento em que as pessoas, principalmente aquelas que trabalharam na gestão, avaliassem coletivamente os resultados. Cada um tem uma avaliação do que foi e do que não foi correto, do que se conseguiu. Precisaria ser de outro jeito se quisermos mesmo avançar." (Sandra Taglieri, terapeuta ocupacional e gestora local, p. 37)

Visto como um processo em andamento, a construção de alternativas para a atenção em saúde mental e para a inserção social de grupos discriminados pelas mais variadas razões pôde dar passos importantes e necessários durante a gestão. Novas práticas foram criadas. Não foram, entretanto, suficientes, apesar do empenho de muitos: técnicos, usuários, movimentos e do firme propósito da gestão. De toda

forma, os profissionais acreditam que o caminho necessariamente passa pelos CeCCos e se colocam no trabalho de sua construção.

6.3.5 Unidade de Reabilitação do Hospital "Prof. Dr.Alípio Correa Neto"

Introdução

Este não foi, a princípio, um serviço criado a partir das proposições do programa de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência e sim resultado da implantação do Hospital Prof. Dr. "Alípio Correa Neto" no Distrito de Saúde de Ermelino Matarazzo.

Articulado inicialmente como um serviço de fisioterapia com atuação prevista nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do hospital e também junto ao seu ambulatório de especialidades, foi ampliado em 1992, no sentido de se tornar uma unidade multidisciplinar de reabilitação, como resultado, em certa medida, das preocupações que passaram a ser encaminhadas pelas assessorias daquele programa.

Tinha como objetivo:

> *"acompanhamento global da saúde de sua população, através da reaquisição da auto-estima e confiança em sua produção diária e independência pessoal. (...) O acompanhamento dos pacientes inicia-se na sua internação em enfermarias especializadas e/ou UTIs, ou ainda pelo encaminhamento do ambulatório." (DS.62, 1992, p. 73)*

A equipe previa profissionais das áreas de assistência social, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, psicologia e terapia ocupacional, assim como auxiliares técnicos especializados.

Entendia-se que o tratamento ambulatorial de reabilitação se daria através de:

> *"orientações preventivas de patologias futuras, tais como: posturas inadequadas no ambiente de trabalho (Ergonomia) e no cotidiano familiar". Visava-se também "o tratamento clínico ambulatorial de patologias neurológicas, ortopédicas e traumáticas, (...) objetivando a cura do paciente e/ou uma orientação produtiva máxima de sua conseqüente seqüela." (DS.62, 1992, p. 73)*

Para tanto, deveria aquela equipe contar com equipamentos e recursos materiais adequados e os humanos necessários, devidamente capacitados.

Avaliação da proposta definida pela gestão

Para a gestora local e técnicos entrevistados o programa de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência, embora tenha sido definido muito tardiamente, apresentava uma série de serviços e diferentes ações de prevenção, tratamento e reabilitação, em vários níveis, que pressupunham uma grande articulação interna, entre serviços e profissionais. O mesmo pareceu-lhes adequado, interessante e válido, mas de execução complexa, na medida em que não centralizava as ações de reabilitação num único serviço regional, que pudesse funcionar como referência específica para esse grupo populacional, assim como para técnicos interessados em desenvolver trabalhos nessa área.

Avaliam como objetivos da gestão: ampliar o acesso da população aos serviços e aos vários profissionais de saúde, incluídos aí profissionais que até então não constavam ou não existiam de forma significativa na Prefeitura; prestar assistência às pessoas portadoras de deficiência.

> *"Se o modelo funcionasse de acordo com o que foi proposto - a UBS como porta de entrada, fazendo prevenção, orientação, encaminhamento e acompanhamento e o Hospital como retaguarda para casos de emergência e para procedimentos mais complexos, principalmente nos momentos mais agudos dos problemas - e se existisse um Centro de Reabilitação ou um Ambulatório de Especialidades, seria o ideal. Mas não funcionou assim. (...) Acredito que a intenção foi a de aumentar o acesso das pessoas a todo tipo de profissional. Essa é uma necessidade real, [isto é,] tentar diminuir a distância entre usuários e serviços. Mas acho que não foi bem planejado como um todo. (...) Os profissionais contratados ficaram pulverizados na rede. E tinha muita gente boa, empenhada, com vontade, mas faltavam condições. Nós sempre brigamos por montar um Centro de Reabilitação Regional, aproveitando todos esses profissionais. Nossa proposta sempre foi essa: levamos e discutimos isso no COAS." (Maria de Lourdes Koara, fisioterapeuta e gestora local, p. 6 e 13)*

> *"Penso que a UBS, o Centro de Reabilitação e, para alguns casos, o CeCCo, articulados, poderiam funcionar. A proposta era interessante e tentava abarcar toda a problemática dessa população." (Nancy Santos, fonoaudióloga, p. 14)*

Motivações

Algumas características da proposta da gestão 89/92 para a saúde, tais como a valorização do trabalho multiprofissional na área de atenção à pessoa portadora de deficiência, aliada, de forma determinante, a um bom salário e à estabilidade do

serviço público, aparecem como as razões da adesão dos técnicos às vagas oferecidas.

Como nos demais serviços, os profissionais entrevistados estavam, por ocasião de sua contratação, inseridos no mercado de trabalho e tinham vários anos de experiência profissional.

Formas de encaminhamento para a implementação

Uma questão que aparece de forma importante é o fato desse serviço ter se iniciado, em maio de 1991, como um Serviço de Fisioterapia, tendo os gestores (local e distrital) decidido por sua ampliação, em termos de reabilitação em geral, somente cerca de um ano depois.

A proposição da atenção fisioterápica circunscrevia-se às áreas de traumato-ortopedia, reumatologia e amputacão. Além da coordenadora do serviço, contava-se apenas com dois fisioterapeutas.

A partir da apresentação do programa definido, do processo de sensibilização e convencimento dos gestores e das discussões das diferentes possibilidades de cada um dos distritos, levada a cabo pela assessoria central na região, no início de 92, e com a chegada dos novos profissionais contratados pela gestão, buscou-se ampliar as ações realizadas pela, agora, Unidade de Reabilitação.

> *"Quando eu cheguei só tinha fisioterapeuta. A chefe era uma fisioterapeuta e isto era um serviço de fisioterapia. Eu fui atender na enfermaria. Mas, em maio de 92, eu assumi a chefia deste serviço e optamos por ampliar o serviço. Montarmos uma Unidade de Reabilitação. Estava chegando uma 'leva' boa de profissionais contratados; conseguimos trazer um total de 13 fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, duas fonoaudiólogas e uma fisiatra e ainda contar com os assistentes sociais e psicólogos que o hospital já tinha. Era uma equipe boa." (Maria de Lourdes Koara, fisioterapeuta e gestora local, p. 2-3)*

A jornada de trabalho era de oito horas diárias e o serviço funcionava das 8:00 às 20:00 hs. Com a chegada da equipe foi possível ampliar os atendimentos oferecidos em todas as enfermarias, nas UTIs e, no espaço ambulatorial da Unidade, receber também a demanda de pacientes neurológicos, adultos e crianças, que não eram assistidos anteriormente. Os diferentes profissionais, levados por seu colegas fisioterapeutas, que já tinham inserção nas enfermarias, passaram a contribuir na

orientação e assistência dos usuários internados e suas famílias, assim como a ajudar o pessoal de enfermagem numa série de aspectos importantes, para um mais rápido e completo, tanto quanto possível, reestabelecimento. Posteriormente, os usuários que necessitassem eram encaminhados pelos médicos ou pelos serviços de psicologia e assistência social para o atendimento ambulatorial na Unidade de Reabilitação.

> *"No começo foi difícil a nossa entrada no hospital. A gente elaborou um programa. Fomos de clínica em clínica [enfermarias]; levamos [o programa] para todas as chefias de cada clínica e para o diretor do hospital. Foi devagar, a partir da troca com os colegas fisioterapeutas, que estavam junto com a gente no serviço. Quando os pacientes tinham alta, eram encaminhados para o serviço de reabilitação. Inicialmente, eram os fisioterapeutas que encaminhavam os pacientes que atendiam para uma avaliação, para o atendimento específico. Depois, os médicos foram nos conhecendo; a chefia coordenava isso também. Mais tarde, os pacientes que tinham alta passavam pelo serviço social e pela psicologia, que também tinham contato conosco, e eram enviados para a gente, para atendimento e/ou orientação, individual e familiar." (Nancy Santos, fonoaudióloga, p. 7-8)*

Dificuldades e acertos

Uma aspecto bastante referido diz respeito à falta de um melhor direcionamento na implantação do programa como um todo. Para essa unidade, era fundamental o funcionamento da rede, principalmente em relação a se poder contar com o acompanhamento das UBSs. Aliás, como lá, aqui os técnicos queixam-se da falta de uma orientação programática, quando da sua chegada ao serviço. Acham que - diferentemente da área de saúde mental, por exemplo - os profissionais ficaram 'soltos', desde a escolha das vagas.

O mecanismo de escolha de vagas, além do mais, influiu negativamente na proposta como um todo. Isto porque esta escolha era por equipamento e não para um determinado programa. Assim, enquanto que, nas Unidades de Reabilitação, as vagas eram caracterizadas, isto é, vinculadas ao desenvolvimento de ações de reabilitação, este não era o caso nas UBSs. Portanto, muitas vezes os profissionais das UBSs que não puderam escolher vagas caracterizadas não tinham a disponibilidade e/ou a experiência necessária para as ações requeridas pelo programa, o que dificultou muito a concretização da articulação da rede planejada.

De modo geral, faltou orientação e treinamento inicial. Não houve uma coordenação que garantisse que os gestores das UBSs, principalmente, mas também

os técnicos nos vários serviços, assumissem verdadeiramente a implantação do programa proposto. Consideram, no entanto, que desse ponto de vista, na Unidade de Reabilitação, isto ocorreu de uma forma melhor: havia uma gestão local que procurou promover, dar condições e realizar as ações previstas para o serviço. Mas, ainda assim, também na Unidade de Reabilitação a autonomia do técnico para conformar o seu trabalho foi bastante ampla. Sua experiência anterior, seu 'saber' e o seu 'querer' foram os direcionadores de suas ações específicas cotidianas - e nem sempre estavam em consonância com o que propunha o programa.

> *"Tínhamos muitas dúvidas a respeito das ações de fonoaudiologia previstas no programa. Quais seriam, por exemplo, as ações primárias dessa área, no Centro de Reabilitação? Que outras ações realizar? Enfim, o que cabia à UBS? O que cabia ao Centro de Reabilitação? Nada disso era claro para mim. Era uma queixa que eu fazia, porque, quando nós chegamos ao hospital, ninguém fez uma exposição dos objetivos. Nós fomos fazendo o que a gente sabia fazer. Eu gostava muito de neuro-infantil. Então eu ficava com neuro-infantil. Minha colega se identificava com o trabalho de cirurgia buco-maxilo-facial - e foi com o que ela se ligou mais. (...) Não tivemos um esclarecimento inicial do atendimento a ser feito. Como encaminhar, por exemplo, o tempo de tratamento? Sabemos que cuidar de uma criança com paralisia cerebral demanda um trabalho contínuo. Até onde atender aqui? Ficou um pouco difícil de entender. E daí a gente ia fazendo. Eu gostava, então eu atendia. (...) Já na escolha das vagas faltava esse direcionamento. Nas UBSs as pessoas não escolhiam o programa. Eram vários programas, lá, então elas acabavam fazendo o que gostavam mais e o que sabiam fazer melhor." (Nancy Santos, fonoaudióloga, p. 5-6 e 12)*

Apesar disso, a avaliação feita é que, de 1992 até meados de 1994, quando as mudanças introduzidas pela gestão 93/96 se fizeram sentir na saúde, se pôde contar com uma cobertura minimamente razoável da rede de UBSs, do Ambulatório Tito Lopes (que tinha recursos para a área de audiologia) e também dos CeCCos.

> *"Tentávamos dar conta dos casos que saiam do hospital. Se a gente abrisse para atender todo mundo, a gente não daria conta. Fazíamos muitos contatos com as UBSs. Tinha-se a equipe básica - fisio, fono, t.o., psico e assistente social - (...) em todas as unidades do distrito, exceto as duas municipalizadas e o Jardim Popular, que eram muito pequenas e não comportavam. E na região também, a maioria tinha esses profissionais. (...) Então a gente encaminhava para as UBSs os pacientes que vinham de outro local; os que saiam do hospital, a gente absorvia e atendia aqui." (Maria de Lourdes Koara, fisioterapeuta e gestora local, p. 4-5)*

Os recursos materiais

Novamente, se faz referência às dificuldades de espaço e aquisição de material específico para os novos profissionais e as novas ações de saúde.

O espaço foi considerado insuficiente, limitador da quantidade de atendimentos, e, também, inadequado. Apesar de todas as discussões acerca do projeto arquitetônico do Hospital de Ermelino Matarazzo e da disponibilidade da empresa responsável, conforme já relatamos, o projeto arquitetônico apresentou problemas gerais - de acesso, e específicos - quanto à circulação e ruído no espaço da Unidade de Reabilitação; isto segundo as opiniões da gestora, dos técnicos e nossa própria constatação.

> *"Quando chegaram os profissionais, a gente não sabia onde alocá-los. A fono nunca atendeu aqui, por conta desse barulho que vem da casa de máquinas que fica bem em cima da Unidade. Essa é uma eterna briga nossa. A fono tinha que atender aqui ao lado, no Pronto-Socorro, numa sala do ambulatório médico, que depois foi desativada e ela teve que ir para o 6ºandar. Os pacientes tinham que chegar aqui no térreo e esperar ela vir buscá-los e, depois do atendimento, traze-los. Era um transtorno. Temos um projeto, desde 91/92, pedindo para diminuir esse barulho, para reformar espaços não utilizados de banheiro, para podermos atender casos de neuro, de forma mais protegida da curiosidade dos pacientes da ortopedia, por exemplo. A ventilação é muito ruim. (...) E foi projetado para isso, para o serviço. Tem lugar em que não entra cadeira de rodas. Não existem barras de apoio para se ir ao sanitário. O próprio acesso do Hospital é bom para quem chega de carro até o estacionamento, mas é complicado para quem vem de ônibus, para quem usa muleta, etc. Mesmo a rampa lá da frente é inadequada. E qualquer reforma no Hospital tem muitos entraves por conta do seguro que foi feito. Não se pode fazer qualquer alteração estrutural; mas, também, não sentimos empenho da direção quanto a isso." (Maria de Lourdes Koara, fisioterapeuta e gestora local, p. 5 e 7)*

Quanto à compra do material necessário, enfrentaram-se aquelas mesmas dificuldades já relatadas, referentes ao desconhecimento e a uma certa desvalorização das ações não tradicionais de saúde, pelos setores administrativos. Apesar disso, se considerou que, na medida em que a chefe local participava das reuniões do CTA do Hospital, era possível apresentar as justificativas e as solicitações de forma mais detalhada e contextualizada , o que, em geral, resolvia os empecilhos colocados. Porém, como muitos chefes de UBSs não participavam ou não defendiam claramente essas ações, nessas mesmas reuniões, os profissionais das UBSs tiveram grandes dificuldades para adquirir tais materiais.

Já os aparelhos utilizados pela fisioterapia foram considerados como bastante bons e razoáveis numericamente, assim como os recursos para cinesioterapia e mecanoterapia. Principalmente na área de traumato-ortopedia e reumatologia, os horários de atendimento fisioterápico eram agendados conforme a disponibilidade de aparelhos. Entretanto, como as sessões de fisioterapia não tinham um número máximo pré-estabelecido (muito comum nos convênios de saúde) e eram feitas de acordo com as necessidades do paciente até a alta, o oferta ficava aquém da demanda e se tinha alguma fila de espera.

Os recursos humanos

De maneira geral, foi avaliado como pequeno o suporte médico conseguido no interior do próprio serviço, que contou apenas com uma fisiatra. Os médicos do Hospital encaminhavam para o serviço; conseguia-se alguma referência no Ambulatório de Especialidades, e também no Ambulatório Tito Lopes. Ocorre que havia sempre falta de médicos na região - que, como já mencionamos diversas vezes, tinha (e tem) sérias dificuldades para atrair e fixar recursos humanos especializados. Neurologistas, neonatologistas, cirurgiões especializados na área de reabilitação, etc., sempre foram insuficientes. Mesmo assim, o serviço tornou-se referência da SMS para convênios para a aquisição e treino de próteses e órteses.

Alcançou-se, no serviço, um número de fisioterapeutas considerado razoável; porem o quantitativo de fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais era insuficiente. Aliás, as ações na área de terapia ocupacional foram bastante restritas. Ocorreram somente por cerca de um ano, ao fim do qual a terapeuta ocupacional contratada obteve sua transferência para um equipamento mais central. Apesar disso, o serviço conseguiu uma articulação com terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos das UBSs considerada boa; muitas vezes oferecia-se assistência concomitante a usuários da Unidade de Reabilitação.

As duas fonoaudiólogas participaram de reuniões mensais dessas profissionais na ARS-6. Procurou-se, a partir de uma mobilização própria, conhecer o trabalho realizado nessa área, nos diferentes equipamentos da região: UBSs, Unidade de Reabilitação, Ambulatório de Especialidades e CeCCos. A partir desse conhecimento e da troca de experiências, buscou-se poder realizar encaminhamentos

mais precisos, de acordo com a assistência efetivamente prestada em cada um dos serviços. Ou seja, onde se fazia ou não audiologia, atendimento em deficiência auditiva, mental, ou onde se trabalhava a leitura, a escrita, a motricidade facial e de fala, etc., encaminhando os usuários conforme essas especificidades.

Considerou-se que se conseguiu trabalhar em equipe multiprofissional e realizar atendimento em 'co-terapias', para melhor avaliação dos procedimentos terapêuticos necessários. Havia reuniões clínicas mensais e a chefia desempenhou importante papel na coordenação da equipe da Unidade de Reabilitação.

No entanto, como dissemos inicialmente, permaneceu uma divisão entre os fisioterapeutas que achavam que o serviço deveria ser exclusivamente nessa área, especialmente em traumato-ortopedia e reumatologia, e outros fisioterapeutas e demais profissionais, que concordavam com a necessidade de se ampliar a assistência prestada às pessoas portadoras de deficiência.

> *"A equipe se dividiu; na área de ortopedia, por exemplo, a fonoaudiologia não participava. Houve várias brigas em torno disso. Éramos uma equipe multiprofissional, mas alguns fisioterapeutas encaravam a Unidade como um serviço de fisioterapia. Aliás até hoje não se vê escrito 'Centro de Reabilitação'; se vê 'Fisioterapia'. E eles também resistiam a atender paciente da área de neurologia." (Nancy Santos, fonoaudióloga, p. 11-12)*

A formação e a capacitação para o trabalho

Os profissionais entrevistados referem não ter tido em suas graduações formação para o serviço público e multiprofissional em saúde. Os modelos conhecidos restringiam-se à forma consultorial e privada de assistência.

> *"Tenho experiência como professora, na área de fisioterapia. O aluno busca tecnologia. A universidade preocupa-se mais em mostrar os avanços da profissão, das técnicas. Pouco se discute sobre a realidade da saúde no país, das necessidades da população. Na prática, o aluno vai ter muitas dificuldades, especialmente na área de reabilitação. Nas escolas de fisioterapia existe certo preconceito com a reabilitação, porque é uma área em que se precisa de médicos e outros profissionais, onde de alguma forma a ação autônoma do fisioterapeuta se restringe. E afirmar essa autonomia é uma questão importante para a coorporação. Até por isso se ensina e reafirma-se a necessidade da clínica fisioterápica - e pouco ou nada se aprende, em termos de trabalho em equipe." (Simone, fisioterapeuta, p. 11-12)*

Na área de fonoaudiologia, aponta-se que vários cursos de graduação são muito direcionados para a área de educação, e não para a saúde/ações nos serviços de saúde, e que ambas são necessárias. Isto tem sido parcialmente modificado nos últimos anos, com currículos sendo revistos e com a oferta de cursos de especialização, o que se deve em muito, na cidade de São Paulo, a essa absorção de fonoaudiólogos na saúde pela gestão 89/92.

Treinamento e capacitação específica para o trabalho não ocorreram na gestão, o que certamente impediu uma maior amplitude da experiência. As iniciativas, nesse âmbito, foram exclusivamente individuais ou por categoria profissional, conforme exemplo do grupo de fonoaudiólogas da região. Essa questão, no entanto, não foi vista como fundamental pelos gestores e técnicos, salvo aquele treinamento/orientação inicial, no momento de ingresso no serviço. Também não aparece a questão da supervisão do trabalho profissional.

Os resultados

A avaliação feita é de que se conseguiu fazer pouco frente às necessidades das pessoas portadoras de deficiência na região. A carência, a exclusão e a falta de recursos são imensos na população em geral, e ainda maiores para aquele grupo.

> *"Atendia-se uma criança e sabia-se das dificuldades, dos problemas familiares que se tinha, a falta de dinheiro. A gente estava desenvolvendo um trabalho, mas se precisava de muito mais! Eram necessários exames complementares e não se conseguia, o diagnóstico de uma pessoa deficiente auditiva vinha depois de um ano. E a família dependia totalmente do serviço público, muitas vezes sem dinheiro para a condução, para chegar na consulta. Adaptações de todo tipo tinham que ser feitas - próteses, órteses, etc.; e tudo era muito difícil. Recursos para escolaridade também eram poucos, quando havia [algum]. Não tinha vaga. Sabíamos que, apesar do nosso esforço, era tudo muito limitado." (Nancy Santos, fonoaudióloga, p. 16)*

De todo modo acredita-se que a gestão 89/92 propiciou certo enfrentamento dessas dificuldades e iniciou a assistência àquela população. Isto foi considerado uma inovação importante, de onde poder-se-ia partir para ampliar o trabalho dos serviços criados e dos novos profissionais contratados para o serviço municipal de saúde. Dados esses primeiros passos, infelizmente muito tardiamente na própria gestão, o que prejudicou esse programa, se tinha a expectativa de continuidade e

aprofundamento da proposta, o que, segundo os profissionais, não veio a acontecer na gestão seguinte.

Apontam como fundamental para o avanço da proposta que se criem condições efetivas para que as UBSs possam ser a 'porta de entrada' do sistema e possam oferecer assistência às pessoas portadoras de deficiência. Não se pode porém, deixar de contar com Centros de Reabilitação nas diferentes regiões, para atenderem às demandas mais complexas e específicas dessa população. Isto, infelizmente, ainda não se alcançou.

6.4 A ótica dos usuários dos serviços

As necessidades

A gestão 89/92 produziu inovações sócio-políticas, ao incorporar em seu programa de governo - e posteriormente implementar - propostas de atendimento a uma série de exigências admitidas por ela, expressão de um quadro de necessidades humanas fruto da injustiça e da exclusão social; exigências essas, portanto, que não estavam plenamente sancionadas, na cidade de São Paulo. Na área da saúde, o compromisso central era a implementação concreta do SUS: assumiu-se a saúde como um direito de *todos* e efetivamente como responsabilidade do Estado. Tratava-se de promover a universalidade, a equidade e o controle social. Nesse sentido, a inclusão de grupos populacionais, tais como o dos portadores de transtorno mental e o dos portadores de deficiência, nos serviços municipais de saúde, através, dentre outras ações, da criação e implantação de um modelo alternativo à internação manicomial, da busca da garantia do acesso aos serviços municipais de saúde, educação, transporte, cultura e lazer e do enfrentamento à cultura excludente e segregacionista presente na sociedade em geral, que atinge particularmente esses dois grupos, representou a reafirmação e o aprofundamento daquele compromisso.

Mas seriam as exigências admitidas pela gestão compartilhadas pelos grupos populacionais em questão?

Os usuários entrevistados relatam que suas histórias de vida são perpassadas pela instituição manicomial e pela segregação, assim como pela exclusão do acesso

a vários serviços sociais, especialmente - para eles e seu familiares - os de saúde e educação.

> *"É uma longa história (...). Eu tive crises, crises de convulsão, de nervosismo. E ia lá no Tide Setubal e ficava lá umas três, quatro horas. E o médico me encaminhava para um hospital, onde tinha uma vaga, dentro da cidade ou no interior de São Paulo, onde que vinha aqueles médicos, aquelas injeções, que eu dizia que não queria. Aí, tacava um monte de remédio. Ficava babando. Ficava daquele jeito todo desnorteado. (...) A primeira internação foi lá no Vera Cruz em Sorocaba. (...) Depois daquilo lá eu voltei, saí, fiz um tratamento mental para esclarecer mais a mente e voltei a trabalhar. Trabalhei um tempo, mas no mesmo tempo que eu voltei, eu já tava saindo, voltando pro hospital de novo. Foi inacreditável. (...) Me tacaram de novo um monte de remédio, de sossega-leão, me amarraram em camas. (...) Achava que ninguém gostava de mim, que o único jeito era me matar. E eu tentava. (...) Eu fazia isso porque eu tava revoltado." (E.24, p. 2-4)*

> *"Meu filho tem retardamento mental agudo. Fiz tratamento nele na APAE durante quatro anos, mas tive que sair porque era muito difícil. Levava ele duas vezes por semana, quarenta minutos. É bem longe daqui onde moro. Eu fui ficando cansada, doente, com problema mental também. A gente ficou em casa e aí ficamos sem atendimento nenhum." (E.28, p. 1)*

> *"Meu filho é deficiente, eu tava procurando alguma atividade pra ele, um tipo de escola, porque ele já tava com a idade avançada e eu não conseguia mais escola particular pra ele, que era caro." (E.29, p. 1)*

> *"Eu tive AVC, não podia andar direito, movimentar o braço e tinha perdido a fala. Eu não conseguia fazer nada. (...) Consegui fazer fono pelo convênio, mas o resto não. (...) Não dava pra mim pagar, era muito caro. Então eu tava sem nenhum tratamento." (E.11, p. 1 e 6)*

> *"Meu filho já havia sido internado duas vezes. Ele é servidor público, ficou internado no Servidor Público a primeira vez. (...) Voltou pra casa, mas piorou outra vez e daí tivemos que internar ele de novo. Foi pra São Bernardo, ficou mais de um mês lá, deu uma melhorazinha, mas veio pra casa sempre agitado, sempre." (E.27, p. 1)*

Desse modo, os serviços implementados pela gestão vêm ao encontro das necessidades vivenciadas pelas pessoas portadoras de transtorno mental e/ou deficiência e pelos seus familiares. Tentar resolvê-las é a razão apontada para a procura do atendimento no serviço.

No caso das Emergências Psiquiátricas, da Enfermaria de Saúde Mental, dos Hospitais-Dia, e, em alguns casos, da equipe de referência em saúde mental na UBS, é a situação de crise séria que leva à busca de ajuda:

"Não foi só essa vez que eu procurei esse tipo de serviço de tratamento. Ele [o marido] já tinha tido esse problema, essa crise, umas três vezes. Ficou internado em vários hospitais. Desta vez ele ficou muito mal. Nós procuramos o hospital daqui, [o Tide Setubal] e esse hospital nos mandou pra lá [Hospital de Ermelino Matarazzo]. Ele ficou uma semana na UTI, porque ele tinha tentado o suicídio. O problema dele é depressão e ele passou muito mal. Depois, ele subiu pro tratamento hospitalar [Enfermaria de Saúde Mental]." (E.4, p. 1)

"Eu não lembro direito porque eu fui pro HD. Eu tava ruim em casa, não sabia o que era. (...) 'Ah! mas eu [a mãe do usuário] lembro. Ele tava rindo à toa, sem motivo, então eu resolvi levar ele no psicólogo do posto de saúde de Guaianazes. Depois eles encaminharam pro Hospital-Dia de Itaquera. Lá ele ficou um tempo se tratando, mas entrou em crise e teve que ser internado no Hospital Geral de Guaianazes. Ficou lá 15 dias e encaminharam ele pro Hospital-Dia de São Miguel onde ele ficou fazendo tratamento." (E.21, p. 1)

De certa forma, os serviços de saúde mental no hospital geral são compreendidos pela população como a internação necessária para os momentos de crise, e portanto mais 'conhecidos'. Já o Hospital-Dia é um serviço absolutamente novo para os usuários e seus familiares e é buscado, também, por, quem sabe, trazer novas possibilidades de enfrentamento dos problemas:

"Um outro filho meu descobriu aqui o Hospital-Dia. Como era um tratamento, como dizer... diurno, ele ficava lá durante o dia e voltava pra casa. Ele não tava bom na época. Nervoso, pensando em suicídio. Mas já tinha sido internado e continuava agitado. Resolvemos experimentar, procurar um jeito que quem sabe fosse melhor." (E.27, p. 1)

"Eu tava me tratando e eles [familiares] acharam que precisava internar. Fui internada, mas não deu certo, não sarou. Então me encaminharam e eu comecei a fazer tratamento lá [HD]." (E.26, p. 1)

No caso das equipes de saúde mental nas UBSs, procura-se em geral por tratamento psiquiátrico, principalmente medicação. Entretanto, existem também algumas referências ao tratamento psicológico, como no caso acima.

"Eu melhorei bem mesmo. Só passo no médico do posto de mês em mês, pra catar remédio, pra catar receita. Só." (E.20, p. 3)

Já em relação à pessoa portadora de deficiência, os novos profissionais das UBSs vêm disponibilizar serviços antes só acessíveis no setor privado, a maioria deles filantrópicos, em alguns poucos casos a partir de convênios de saúde (os quais

quase sempre não oferecem cobertura aos grupos populacionais aqui em estudo) e rarissimamente através do desembolso direto.

> *"Eu já levava ele [o filho] pra tomar vacina, passar no pediatra, Depois eu pude levar pra terapia ocupacional também. (...) Ele teve meningite, então ele não tem coordenação motora, não fala, os movimentos estavam endurecendo. (...) Ele fez tratamento de fono, fisio, t.o., na AACD, durante oito anos, mas ele teve que sair pra dar lugar pra outras crianças. (...) E aí, quando começou a ter esse tratamento aqui, eu levei, mas ele já estava com quatorze anos. Eu tenho convênio. Eu queria passar ele no neuro, mas só atende até 12 anos. Então eu levei ele num neuro do posto de saúde." (E.12, p. 1-2 e5)*

> *"Ela não fala e não anda, precisa de tratamento, desde de que nasceu. Lá [na UBS] ela foi atendida pelo pediatra, pela fono e pela t.o. (...) A fisio não tinha lá e eles me mandaram pra um serviço de uma faculdade, a UNICID, aqui no Carrão." (E.18, p. 1-2)*

> *"Eu fazia fisioterapia logo depois do AVC. Ele vinha aqui em casa. A fono, eu consegui pelo convênio. Mas era muito caro e eu tive que parar. (...) Busquei tratamento lá no Hospital de Ermelino e eles me encaminharam pro posto de saúde. Lá, eu comecei a fazer terapia ocupacional." (E.11, p. 1 e 5)*

Ainda em relação às UBSs, um grande número de usuários procurou esse equipamento por orientação da escola, na perspectiva de sanar a "queixa escolar". Importa dizer que, nesse âmbito, as problemáticas são das mais variadas ordens, assim como vários são os níveis de dificuldade enfrentados pelas crianças portadoras de necessidades especiais, conforme já discutido anteriormente.

> *"Ele [o filho] foi pro Centro de Saúde porque, no primeiro ano de escola dele, a dificuldade dele foi muito grande. Então ele não conseguia alcançar a turma. Não conseguia aprender as palavras. Como tem aquela lei que os professores são obrigados a passar a criança, ele passou sem saber. (...) Ele tava na terceira série e a cabeça dele era de primeira. Ele se esforça, mas não consegue acompanhar os colegas, os irmãos. Então ele fica agressivo. (...) Nós procuramos a psicóloga do posto e ele ficou com ela uns tempos. Depois ela encaminhou pra terapia ocupacional. O problema é que ele não consegue mesmo, ele tá com 10 anos agora e tá começando a ler." (E.14, p. 1 e 4)*

> *"O R. não escuta, ele ouve muito pouco. Com oito anos ele ainda não andava. Eu pus ele na escola normal, mas ele já vai fazer 15 anos e está na 4a. série. Eu levei ele na psicóloga, pus ele com a fono, com a terapeuta, na fisioterapia. (...) Quando começou a ter isso aqui [UBS] eu fui procurar ajuda. (...) A escola me orientou, porque eu não posso pagar nada." (E.15, p. 1-2 e 4)*

> *"Eu fui lá [UBS] porque eu tava errando muito." (E.13, p. 1)*

Em relação aos CeCCos, as razões apontadas para a procura do serviço são o 'aprender' e o 'fazer alguma atividade', a convivência, a possibilidade de discutir problemas comuns e a busca de tratamento:

> *"O J. teve nove anos na AACD, até que o diretor resolveu tirar ele lá do trabalho da oficina. Ele se dava bem lá, ele tinha amizade, ele gostava, ele fazia muita atividade. Aí, como ele foi dispensado, ele teve uma recaída grande. Ficava no sofá deitado, assistindo televisão, e foi piorando, ficando nervoso e começou a agredir todo mundo dentro de casa. Voltei várias vezes lá na AACD. Pedia, pedia, mas a psicóloga cortou o J. de vez. E o J. foi piorando mais. Aí internei ele, várias vezes, em hospital de psiquiatria - ele tinha muita depressão e o organismo dele não aceitava o remédio. Foi piora e piora e piora. (...) Eu fiquei procurando um lugar pra ele poder ficar, muitas escolas, mas ele já estava com 28 anos e não tem nada pra ele. Numa escola de Artur Alvim me indicaram o Centro de Convivência. Meu último socorro foi o Centro de Convivência de Ermelino." (E.6, p. 1)*

> *"Eu tive derrame e fiquei com um lado do corpo dormente. Fiz tratamento lá no hospital [Unidade de Reabilitação], durante três meses e depois eles me encaminharam para fazer fisioterapia na Vila Císper [UBS]. Fiz bastante tempo, mas não tava resolvendo muito. Então me mandaram pro CeCCo. Na terça a gente fazia exercício normal e na quinta era um grupo, só pra conversar. (...) Eu pensava que fazer fisioterapia era só fazer do corpo, das pernas, mas não é, ajuda a cabeça também, com as conversas." (E.8, p. 1 e 3)*

> *"Eu tava procurando algum negócio pra participar, atividades, jogos. Não tava fazendo nada e tava procurando alguma coisa, eu queria fazer atividades." (E.9, p. 1)*

> *"Eu tava me tratando e, após o tratamento, a cabeça ficou perturbada. Então a gente tem que procurar alguma coisa pra fazer, alguma atividade, aprender algum trabalho." (E.30, p. 1)*

> *"Uma senhora me falou do CeCCo, que ali tinha psicólogo, assistente social e que atendia pessoas portadoras de deficiência, pra poder ficar junto com as outras pessoas, com as crianças e pessoas normais. Que faziam um trabalho assim. Aí, eu mais do que depressa procurei. Fui eu e o meu filho. Eu tinha vontade de conversar bastante, de falar dos problemas. Chorava muito, era difícil pra mim aceitar a doença dele. Eu quis ter um lugar pra mim, um lugar próximo da minha casa onde eu pudesse desabafar e onde eu tivesse ajuda e atenção." (E.28, p. 1)*

Avaliação dos usuários sobre o que encontraram nos serviços

Os usuários entrevistados apresentam uma avaliação bastante positiva dos serviços utilizados, frente às suas expectativas e/ou as de seus familiares.

O atendimento recebido e os profissionais que o prestaram

Chamados a contar o que faziam nos diferentes equipamentos, relatam as atividades que realizavam com os diferentes profissionais individualmente, com a equipe ou parte dela, nos grupos e oficinas. Os familiares referem as orientações recebidas sobre a proposta de trabalho, sobre o tratamento a que foi submetido o usuário e exigências feitas sobre a participação dos familiares e sobre algumas atividades e/ou grupos de que participaram. O médico é o profissional mais citado nos serviços hospitalares em geral, assim como a questão da medicação recebida. Entretanto, aparece fortemente a 'atividade' utilizada durante o tratamento: como exercício, principalmente em alguns casos de pessoas portadoras de deficiência; como forma de ocupar o longo tempo, ou fazer algo útil, durante o dia de internação ou de convivência intensiva no hospital-dia; como forma de se aprender o necessário para a escola; como um jeito de estar junto e, finalmente, como uma possibilidade de trabalho. O conversar, os grupos terapêuticos realizados por diferentes profissionais - e aí são lembrados o psicólogo, o assistente social e o terapeuta ocupacional, raramente o psiquiatra - são relatados como oportunidades de trocas de experiências, de conhecimento e como fazendo parte de certo 'ritual' próprio do serviço, muitas vezes não compreendido. Não são percebidos, na maioria dos casos, como forma de tratamento. As oficinas dos CeCCos são referidas como lugar de convivência, de aprendizagem e tratamento. Os técnicos são lembrados, indistintamente, como promotores desse trabalho. Quando, no entanto, foram feitas orientações relativas a áreas específicas, o profissional é mencionado de forma diferenciada. O fisioterapeuta é o profissional mais citado, no caso das pessoas portadoras de deficiência física e o psicólogo, o fonoaudiólogo e o terapeuta ocupacional, no caso das "queixas escolares". O assistente social é poucas vezes referido de maneira específica.

De toda forma, o atendimento recebido no serviço e os profissionais que o prestaram foram sempre avaliados como bons, presentes em número suficiente, ou bastante razoável (até meados de 1994), e tendo ajudado nas problemáticas e necessidades percebidas.

> *"O atendimento era bom. Eu gostava muito das pessoas de lá. Eu só não me dava com o médico. A gente brigava porque eu pedia alta e ele não me dava. Eu*

gostava do lugar e das pessoas, dos funcionários. Tanto que minha mãe falou que ia me internar outro dia e eu disse que só se fosse no Ermelino Matarazzo de novo. (...) Me lembro que o médico e os funcionários davam remédio e durante o dia ficava escutando música ali na sala da t.o., escrevia carta, desenhava, ficava deitada e de vez em quando arrumava briga. Tinha também psicólogo, assistente social. Na t.o., a gente fazia um monte de coisas e conversávamos também. (...) Eu achei bom o trabalho dos profissionais. Me ajudou - eram profissionais. (...); mas não gostava quando eles me davam 'sossega-leão', uma injeção para dormir." (E.1, p. 1-3)

"A gente fazia muita coisa. Eu não lembro bem o que era, mas a gente jogava carta, conversava, tinha reuniões. Reuniões do pessoal, da equipe toda do hospital com a gente. Era um hospital pequeno. Aí, a gente programava o que ia fazer no dia, a terapia que ia fazer. Trabalhava com massa, pintura, desenho. (...) A gente ajudava a limpar o hospital, limpar as almofadas, arrumar, tinha várias atividades. De manhã, a gente fazia uma roda de cadeiras e conversava. Depois, fazia atividades. Depois, tinha um tempo livre e almoço e descanso. Aí, duas e meia recomeçava a atividade. Eles passavam a atividade e conversavam com os pacientes. (...) Tinha o psiquiatra, que passava os remédios e dava receita para a injeção. Tinha também assistente social, psicóloga, a diretora do hospital e a terapeuta. Esse trabalho me ajudou muito, me ajudou a ficar mais relaxado, a ocupar o tempo. Mas eu acho que o que ajudou mesmo foram os remédios." (E.21, p. 2-3)

"Lá [CeCCo] eu fazia de tudo. Às vezes fazia tapete, às vezes fazia terapia assim em grupo, uma vez por semana, pra gente conversar, relaxar. As crianças ficavam com um psicólogo, com uma fonoaudióloga e a gente [as mães] ficava com a assistente social. (...) Tinha a terapeuta ocupacional também. Eram profissionais muito bons, tinham cursos, estudavam e foram amigos que eu fiz (...) A gente fazia expressão corporal, relaxamento, pra poder falar das coisas. Aprendi também a fazer coisas de artesanato. Tinha um caderninho que a gente fazia. A gente fazia agenda. Eu escrevi um livro de poesias, junto com mais nove pessoas. Essa idéia partiu do Centro de Convivência. Aí eu fazia as minhas poesias, as minhas coisas, era meu desabafo. Eles guardavam, faziam exposição e foi criando força e a gente até publicou um livro. (...) O atendimento era ótimo, tudo o que eu precisava na vida, na época. Porque hoje eu tô bem, graças à força que eu tive, graças a isso." (E.28, p. 1-2 e 4)

"Ele [o filho] fazia [na UBS] terapia, fono e fisioterapia. Com a terapeuta, ela punha ele pra fazer umas casinhas de madeira, punha ele pra escrever, porque a letra dele era tudo errada. Ele não escreve bem, mas agora ele já está escrevendo melhor. Eu achava que ele nunca ia conseguir segurar a mão, mas ele tá melhorando. Ele também parecia um bêbado andando, capaz de se enfiar nos muros, e agora ele já anda equilibrado. A gente sabe que ele tem deficiência no corpo todo, mas tá melhor. (...) Ele melhorou 100%. Gostei do trabalho da terapeuta, da fono. Não achei nada de ruim, elas se esforçavam. Foi elas que arrumaram esse aparelho [auditivo] pra ele usar, porque eu não podia comprar. Se ajuntaram e escreveram não sei pra onde e sei que fui com ele lá em São Miguel, fazer exames [Ambulatório de Especialidades Tito Lopes] e depois em Pinheiros e (...) ele conseguiu aparelho pros dois ouvidos. (...) Então achei que elas foram ótimas, me ajudaram bastante." (E.15, p. 2-5).

"Eu gostei porque fui bem atendida. (...) Ele [o filho] passou na psicóloga e na terapeuta. Ela trabalha [terapeuta ocupacional] mais com ele devido a esse problema dele ser genioso, na escola. Às [vezes, ele não quer fazer a lição. Então ela trabalha com as crianças pra desenvolver mais, pras crianças procurar assim, saber brincar umas com as outras. Ela faz um grupinho e fica uma hora com as crianças. Pus o irmão dele lá também, num grupinho de pequenos. (...) E tinha dias que ele tinha que ir sozinho com ela, e ela também trabalhava comigo e eu via que tinha resultado, ele melhorou bastante." (E.17, p. 1-2)

Temos que fazer, entretanto uma ressalva. Dois usuários da Enfermaria de Saúde Mental do Hospital de Ermelino Matarazzo referem, com destaque, sua insatisfação com a forma violenta e/ou desrespeitosa com que foram tratados por funcionários da equipe de apoio, em momentos em que a equipe técnica não estava presente.

"A reclamação é que eles agridem as pessoas, agressão física, de bater, de pegar o sujeito, botar em cima da cama e socar, socar. (...) Os vigilantes, os seguranças, eles agridem quando não tem médico." (E.4, p. 4 e 7)

A esposa do usuário acima, também presente na entrevista relativizou essas informações dizendo que na Enfermaria os pacientes eram agressivos e que precisavam ser contidos, e que o que o marido referia era a contenção necessária. Ele, no entanto, reafirmou sua reclamação.

"Tem um funcionário que é estúpido, não sei se ele trabalha lá ainda. Ele ia medir pressão, alguma coisa, e apertava a gente, e machucava. Um dia ele me amarrou, eu dormi amarrada e quando tirou, o braço tava todo roxo, quase preto. E ele ficava assim, é, fazendo safadeza, vindo muito pra cima, falando besteira, eu não gosto. Eu mudaria isso." (E.1, p. 3-4)

Para a contenção física de usuários nas Emergências Psiquiátricas e Enfermarias de Saúde Mental, uma série de normas foram definidas pelos gestores e técnicos desses serviços, buscando a preservação do respeito aos usuários e da não-violência. Essa contenção só se justificaria em casos extremos, e ao usuário deveria sempre ser explicado o motivo desses procedimentos. Haveria um pacto contratual, segundo o qual seria explicitado a esse usuário que ocorreria a utilização dessa conduta excepcional; esta não poderia, em nenhum caso, durar mais do que oito horas (SMS, 1992b). A formação desses funcionários - auxiliares e atendentes de enfermagem - foi uma prioridade da gestão, em termos de capacitação de recursos

humanos (João Marcolan, técnico do CEFOR, responsável pela formação de recursos humanos para a saúde mental, 1996). Evidentemente, os objetivos dessas ações não foram plenamente atingidos.

Sobre as condições materiais do lugar onde se deu o atendimento

Isto variou conforme o equipamento avaliado.

No caso dos serviços nos hospitais gerais, considerou-se os lugares adequados, limpos e bastante organizados, com bons acompanhamentos, do ponto de vista alimentar, de medicação e de enfermagem. Para alguns familiares, 'acostumados' com internações psiquiátricas separadas conforme gênero, causou estranheza e certa insatisfação a internação de homens e mulheres num espaço comum, como acontece em outras enfermarias clínicas. A falta de medicação e material é apontada poucas vezes durante a gestão 89/92 e muitas vezes na gestão seguinte, como veremos adiante.

> *"Eu gostei do atendimento, foi muito bom. A única coisa que eu não gostei foi o tratamento ser de homens e mulheres juntos (...), tinha mulheres que se despiam, eu não acho certo. O hospital é ótimo, talvez pra essa parte eles não tenham tido recursos, materiais, humanos, sei lá, pra fazer essa divisão." (E.4, p. 2)*

No HD, o fato de não ser um hospital propriamente dito, enquanto tipo de espaço, e sim uma casa, foi muito referido e de forma positiva, que diferenciava o estar em tratamento ali. Considerou-se o espaço suficiente, bastante amplo e adequado às atividades ali realizadas. Para alguns familiares, entretanto, a casa grande do HD de São Miguel, com relativamente poucos pacientes, pareceu um lugar que favorecia a depressão. A alimentação diária também foi considerada boa. É evidenciada a garantia da medicação a ser usada em casa durante os feriados e fins de semana como algo extremamente importante.

> *"Foi legal o atendimento lá [HD]. Conheci novas pessoas, fiz amigos e tinha hora pra tudo. Hora do almoço, do café. Era assim que nem uma casa assim da gente. E podia tomar banho." (E.26, p. 2)*

> *"Lá era tipo uma casa assim, não era que nem um hospital, era quase uma casa da gente, tinha uns cantos de verde, de mata e era legal." (E.22, p. 1)*

"Ela [a esposa] ficava lá durante o dia e a tarde vinha embora. No começo eu tinha que ir buscar, depois ela foi mais sozinha. (...) Eu tinha que participar de reuniões, eles queriam saber dela em casa. Era de cada 15 dias. Lá ela tomava o medicamento de segunda à sexta, então no sábado e domingo eles davam o medicamento. Inclusive davam ajuda de condução. (...) O lugar era uma casa normal. Não era assim um hospital, [havia] poucas pessoas, 15 a 20. (...) Eu gostei muito de lá." (E.23, p. 1-2)

Os CeCCos foram equipamentos avaliados como muito bons quanto ao espaço (não foi entrevistado nenhum usuário do CeCCo do Itaim Paulista).

O CeCCo do Parque Chico Mendes beneficiou-se bastante do fato de funcionar num grande parque municipal, numa região tão desprovida de encantos naturais, face à ocupação 'desorganizada' e desenfreada dos espaços públicos. Poder estar no parque já era algo extremamente positivo, do ponto de vista dos usuários, pois possibilitava uma série de atividades e o contato direto com a natureza. Tinha-se também espaços cobertos e fechados, necessários para vários tipos de atividades, tais como oficinas, entrevistas, orientações, reuniões, etc., embora muitas delas se realizassem, quando possível, ao ar livre.

"Eu acho que ela [a filha] gostava mais de ficar lá fora. Ficava mais a vontade, porque tinha brinquedo pra ela brincar, andar por ali, caminhar, ver os patos. Até hoje ela se lembra dos patinhos." (E.31, p. 2)

"É dentro de um parque que funciona. Então tinha o coreto, onde a gente ia fazer ginástica às vezes. Tem o parque lá dentro da mata, que você pode passear, é um lugar aberto. E quando a gente queria uma coisa mais preservada, então têm as salas lá dentro, que fecha pra gente conversar, fazer relaxamento." (E.28, p. 2)

O espaço do CeCCo de Ermelino Matarazzo também foi apontado como bom, permitindo a realização de inúmeras atividades e oficinas. Foi referida a cozinha onde se preparavam algumas pequenas refeições e lanches, o espaço para horta e jardinagem, as quadras para esporte e o grande salão onde se realizavam a maior parte das oficinas. Em 1996, entretanto, a questão da sede do CeCCo, funcionando junto ao CDM do bairro, trouxe alguns problemas, quando a direção do CDM solicitou a retirada do CeCCo daquele espaço (isto será comentados mais adiante).

"Lá era bem arejado, gostoso. A turma gostava muito e não queria mudar por causa disso. Tinha canto pras pessoas ficar fora de casa e dentro de casa. Não

> *era só dentro do repartimento, tinha lá fora também, no sol, pra ter contato com a terra, brincar. Tinha gramado, pedrinha e tinha um pátio do lado, tinha quadra." (E.6, p. 3)*

Os materiais e equipamentos utilizados nos CeCCos, segundo os usuários, eram mais facilmente conseguidos na gestão 89/92 e durante 1993; a partir de 1994 percebe-se uma falta de reposição de materiais e equipamentos, mas que não impossibilitaram as atividades.

> *"Naquele tempo da Erundina eu via que tinha mais movimento de costura, de linha, daquele produto pra tapeçaria que eu não sei o nome [tela]. E mais tinta, pintura, roupa, muito pano. (...) Depois, no tempo do Maluf, o negócio foi diferente, foi um tempo de fazer coisa mais com sucata. Tinha mais pouco, poucas coisas." (E.6, p. 6)*

Somente os usuários das UBSs referem alguma insatisfação com o lugar destinado ao atendimento recebido: os aposentos eram muito pequenos, variavam conforme a disponibilidade de salas vazias e algumas vezes acontecia de se ter que mudar de sala durante o atendimento. Não aparece como questão, para os usuários, o problema de falta de material e equipamentos tão mencionado pelos técnicos.

> *"Era uma sala provisória, porque ela [terapeuta ocupacional] não tinha a sala dela mesmo. Então, quando saia a médica, passava o horário do médico atender, então ela ocupava uma salinha lá. Ela colocava o colchonete no chão e fazia exercícios e brincava com ele [o filho]. Mas era tudo provisório." (E.12, p. 1-2)*

O tempo de permanência em atendimento

O tempo de permanência dos diferentes usuários entrevistados nas Emergências Psiquiátricas e Enfermaria de Saúde Mental ficou dentro dos parâmetros estabelecidos pelos serviços e foi considerado adequado pelos usuários e seus familiares.

Por outro lado, alguns usuários de HDs e UBSs reportam-se a dois aspectos. O primeiro deles refere-se ao tempo que tiveram que esperar para conseguir atendimento, para conseguir 'vaga' no serviço. Conseguido o atendimento, nas UBSs, alguns familiares, consideraram o tempo de terapia muito reduzido - meia hora semanalmente, na maioria dos casos. Alegavam que nesse período o terapeuta

tinha pouco tempo para atuar diretamente com a criança (a absoluta maioria dos casos) e que se esperava muito dos familiares nos lares.

> *"A gente vai fazer inscrição, pra pegar vaga pra uma criança, e demora. Tem que esperar vaga. (...) Depois que começa o atendimento vai, vai mesmo. O problema é as vagas, é bem pouquinho. (...) Do atendimento eu gostei, só que ela [terapeuta ocupacional] mandava a gente fazer muita coisa em casa. A gente ia lá, ela conversava com a gente pra saber como ela [filha] estava e a gente tinha que fazer em casa: ensinar a tomar banho, escovar o dente, conversar com ela. E o tempo que a P. ficava com ela era muito pouco, meia hora só, entrava e já saia. Tinha que dar mais tempo, pra criança entender mais, pra conversar mais com a criança, com a mãe." (E.18, p. 3 e 6)*

Já em relação ao tempo de permanência máxima nos HDs, os usuários (e, novamente, mais ainda, os familiares) o consideraram insuficiente. Se o tratamento recebido foi avaliado como bom, muitas vezes era patente que o problema não desaparecia completamente no período disponível, e portanto o tratamento era continuado numa UBS, ou em um acompanhamento ambulatorial. Então - muitos se perguntavam - porque não se podia continuar no HD?

> *"Pra ele [filho] foi muito bom ficar lá [HD], e foi uma escola pra nós, os pais. Deu um bom atendimento. Teve bastante orientação lá e a gente aprendeu a conviver com ele e os problemas dele. (...) Mas ele não pôde ir mais porque o tempo dele venceu. Senão a gente queria que ele continuasse lá. Acho que eram três meses o limite, passou dali tinha que procurar um médico pra fazer acompanhamento. (...) Então eu não fui mais lá, mas se desse eu continuava." (E.27, p. 7)*

Com relação ao CeCCo aparece a solicitação de ampliação do tempo de permanência, para que os usuários que, para ir e vir, dependessem dos pais, pudessem lá passar o dia.

> *"Olha, eu não encontrei o que eu esperava pro J. Eu esperava que fosse um tratamento mais longo, um meio período pelo menos. No caso do J., ele podia ser o dia inteiro, porque ele é deficiente, ele não tem nada pra fazer. Eu, como outros pais, poderia ter um emprego, ficar ocupado o dia inteiro. Quer dizer, nóis levava de manhã e buscaria de noite. Eu acho que deveria ser isso, a palavra mais certa, que eu tô falando em política, em saúde mental, em ajuda pros pais, não só pra mim. A Prefeitura devia ajudar os pais, que nem no Hospital-Dia. (...) Eu parei de trabalhar - e eu preciso! Mas pra levar o J., eu tive que parar. Acho muito pouco tempo, não descativando os funcionários, mas eles podiam fazer*

dois períodos, pra aquelas crianças que precisam. Eu falei, tentei muito, disse que eu levava a marmita pro J. Mas eles diziam que não podia." (E.6, p. 7)

A criança, o adolescente e o adulto portador de deficiência e a falta de serviços sociais

É recorrente, nas entrevistas com mães de pessoas portadoras de deficiências, especialmente daquelas acometidas desde os primeiros anos de vida, o desgaste que sofrem em suas vidas e na de seus filhos, procurando serviços, sobretudo escolares e de saúde, que possam minimizar as conseqüências excludentes da deficiência.

Os serviços públicos eram inexistentes na região até a gestão 89/92. Os serviços privados, fundamentalmente ligados ao setor filantrópico, como APAE, AACD, Lar Escola São Francisco, são referência para toda cidade de São Paulo e para o estado, e concentram-se na Zona Sudoeste, portanto de difícil acesso para aquelas mães, em todos os sentidos.

Durante a infância e início da adolescência é possível transitar pela cidade com um filho portador de deficiência. Tem-se pelo menos algum controle físico sobre as situações. E quando se tornam adultos? Durante a infância e início da adolescência parece menos impossível para a escola manter esse filho - de alguma forma - em 'atividade' e convivência, se o problema não for muito grave. O que fazer com os casos graves e com a criança que cresce? Permanece um problema privado. A associação de pais e 'amigos' dos 'excepcionais' tem sido a responsável pelas poucas alternativas de ajuda existentes, nesses casos; isso foi verdade inclusive na região, onde se criou a ACDEM, Associação da Casa do Deficiente de Ermelino Matarazzo, no início da gestão 89/92 e com o apoio desta.

Dessa maneira, é percebida como diferenciadamente importante e necessária a proposta do CeCCo e suas ações de integração, de estímulo à convivência de todos, inclusive das mães de crianças, adolescentes e adultos portadores de deficiência e de seus filhos, bem como a possibilidade de alguma inserção no mundo do trabalho, através das cooperativas. De toda forma, o que se busca é que essas pessoas tenham o direito e a possibilidade de ultrapassar os espaços de suas casas e famílias.

"Eles atendem bem, mas precisa mais. Eles deixam muito pros pais, tudo bem, nóis pais têm o dever de cuidar dos filhos, mas precisamos de uma ajuda, porque

nóis cansa também. Eu tô cansada, eu não agüento mais conversar com o J., ele começa e já me aborrece e me retiro, porque eu já cansei de tudo, a mente tá cansada. Então essa é uma ajuda que a Prefeitura dá pros pais, pra parte física e mental da gente. Eu já não tava agüentando mais - quem tem filho deficiente sofre muito. Sofre com tudo, em toda parte. Pra começar as pessoas da rua não entende. Os parente não entende. Os parente de fora e os que moram junto, não entende, os vizinhos. Então sai pra fora e um e outro mexe: 'é locão, é doidão, é bestão, é idiota, é lelé da cuca' - e ele [filho] vem com os problema tudo em cima da gente. E a gente tem que decidir, saber como responde, saber como ajudar ele e falar com os da rua pra não dar agressão. É muito difícil pra gente se por no lugar de pai e saber cuidar dessas crianças, e que são adultos também. São duas fases, uma de criança, uma de adulto, e a gente sem preparação. Então, pelo menos que a gente vá bastante lá [no CeCCo]." (E.6, p. 8)

A queixa escolar deve ser cuidada na UBS?

Para vários mães e pais de crianças com problemas de aprendizagem - embora esta seja uma categoria muito ampla e, conforme os usuários entrevistados, varie enormemente em termos das necessidades de cada qual - a escola é a referência primeira, nesses casos. No entanto, se a escola faz uma avaliação de que a criança precisa de 'tratamento', a família vai em busca do que julga ser o necessário. Por outro lado, mesmo em casos que demandam cuidados de saúde, alguns familiares acham que é na escola que a criança deve ser assistida, ainda que isso implique a ida da equipe, ou de alguns profissionais de saúde, para a escola.

"Ela [filha] não tinha aprendizagem na escola. Aí através da escola foi que encaminhou ela pra procurar o psicólogo. Então a gente foi aqui no Jardim Helena. Primeiro ela ia na psicóloga e na doutora Bete [terapeuta ocupacional]. Agora ela vai só uma vez por semana na psicóloga. Faz tempo já que ela vai; ela tem a língua presa e é nervosa. Da língua ela melhorou, mas do nervoso ela ainda tá. Briga com o irmão, ataca mesmo. Eu acho que é porque nóis somo sozinhos, ela não tem mãe. Eu sou o pai e a mãe dela. Mas na escola ela melhorou. A professora falou que ela passou de ano." (E.33, p. 1-2)

"Seria bom que montassem, escolhessem uma escola pelo menos - não tinha que ser em todas - e colocassem uma terapeuta lá, porque dentro das escolas tem muita criança com problema, não é só o meu filho. E assim sobrava mais tempo e espaço pro posto de saúde fazer outras coisas. Esse posto mesmo [UBS Pedro Nunes de Souza], tem um monte de problema de saúde pra resolver lá. Se o problema da criança é com a escola, porque não lidar lá? Quem sabe mesmo os problema deles é a professora que tá lá dentro da escola." (E.14, p. 3)

A rede de serviços

Aparecem em muitas entrevistas (69,7% se considerados exclusivamente os serviços de saúde e 81,8% incluindo-se as escolas), de inúmeras formas, os diferentes equipamentos implantados, utilizados pelos usuários. Especialmente no caso dos portadores de transtorno mental, há referência aos vários serviços propostos. O usuário do HD, em geral, refere o encaminhamento da ou para a UBS, a Enfermaria de Saúde Mental ou o CeCCo. Ele e seus familiares quase sempre utilizaram esses serviços; o mesmo ocorre com os usuários da Emergência Psiquiátrica e da Enfermaria de Saúde Mental. Não apontam, entretanto, como já dissemos, o tratamento pela equipe de saúde mental na UBS e sim o acompanhamento psiquiátrico; e, em algumas poucas vezes, também o psicológico.

Os usuários das UBSs são majoritariamente crianças com "queixa escolar" e a escola é a responsável por esse encaminhamento, que, quase sempre, é para a psicologia. Na UBS, ou em casos claramente associados a deficiências concretas, essas crianças são também encaminhadas para a fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, nessa ordem. No caso dos adultos portadores de deficiência, é clara a referência à Unidade de Reabilitação do Hospital de Ermelino Matarazzo, quando a 'deficiência' foi recentemente adquirida e, inicialmente, lá assistida. Enquanto se pôde contar com fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais nas UBSs da região, aquele serviço para elas encaminhou seus usuários.

Os usuários dos CeCCos citam vários encaminhamentos para chegarem ao serviço: das UBSs, dos HDs, das Emergências Psiquiátricas, da Enfermaria de Saúde Mental, da Unidade de Reabilitação, de outras instituições de saúde da cidade, das escolas e, de forma diferenciada, da população em geral.

Ou seja, apesar de todas as dificuldades que vimos relatando ao longo deste capítulo, no que respeita ao funcionamento da rede de serviços e ações propostas, pode-se dizer que, em certa medida, ela funcionou para os usuários que chegaram aos serviços, mesmo que longe do idealizado pela gestão.

Vale dizer que as UBSs, os postos de saúde, são muito presentes para o usuário dos serviços de saúde da região, mesmo que como "dispensários médicos". Esses equipamentos, em que pese as considerações feitas no item anterior deste capítulo, está a nosso ver incorporado às necessidades de saúde da população.

Parece-nos que ele é fundamental, estrategicamente, para a ampliação das necessidades admitidas na saúde.

Novos serviços, especialmente os CeCCos e os HDs, mas também a Unidade de Reabilitação e as ações dos novos profissionais de saúde, passaram a fazer parte das vidas de pessoas da ARS-6.

> *"De fato eu achei uma boa idéia aquele tratamento ali [HD] Eu achei importante. Foi uma escola pra nós, deu assistência pra ele [filho] e deu pra nós também, pra mim e pra minha esposa. E a gente já pegou compreender como é que tem que acompanhar, procurando sempre compreender ele também. (...) Ele sentiu uma coisa voltando e disse: 'Papai, o negócio parece que tá atrapalhando outra vez'. Ele via vulto e ouvia vozes, chegou em casa apavorado. E eu já peguei no outro dia cedo, levantei e fui dar um volta com o A., pra ver como tava a situação dele. E pensava: 'Será que eu vou ter que internar outra vez?' E eu não queria internar mais. Falei: 'Vou ver se em casa dá - procurando ajudar, em casa quem sabe dê.' (...) Eu não deixei ele internar mais." (E.27, p. 4, 6 e 7)*

> *"Mãe de uma criança como ele [filho], se bem que ele não é mais criança, tá com 34 anos já, não é igual às outra mães. A gente sempre precisa de um auxílio de uma psicóloga, qualquer coisa. Então eu procurei o CeCCo pra ele, mas lá também encontrei pra mim e valeu a pena. Eu gostei muito.(...) E continuo indo. Vou continuar enquanto eu puder andar. Vou com ele - é o único lugar que ele vai, que ele gosta de ir. (...)Eu não tenho onde levar o meu filho, então eu não abro mão daquilo lá. Sai esse prefeito e vem outro, sempre muda, mas eu vou continuar indo." (E.29, p. 1,3 e 6)*

Os usuários sugerem, de forma unânime, a continuidade desses serviços e ações, seja para os que ainda os estão utilizando - e seguiam sendo atendidos em 1997, seja para os que já haviam deixado de freqüentá-los - ou porque tiveram alta, ou porque tiveram seus atendimentos suspensos, em função da implantação do PAS (Plano de Atendimento à Saúde).

6.5 A ótica das organizações/movimentos da sociedade civil na área da saúde, na ARS-6

A trajetória do Movimento Popular de Saúde e as condições de saúde na ARS-6

A Zona Leste da cidade de São Paulo tem destacada participação nos movimentos populares organizados no município. Os inúmeros problemas no atendimento médico-sanitário de uma região periférica, que, como vimos, tem uma

história de exclusão em relação às zonas centrais e intermediárias da cidade, bem como sua lenta resolução, tornou-se, durante a década de 70, "um terreno fértil para a emergência de movimentos reivindicatórios de saúde, concentrados principalmente na região Leste, configurando um intenso processo de questionamento do poder público e de interação com ele." (Jacobi, 1993, p.45)

Para Jacobi (1993) - como pudemos confirmar nas entrevistas – foi de fundamental importância, para o Movimento de Saúde da região, a participação de agentes da Pastoral de Saúde e da Pastoral Operária, de médicos sanitaristas, de grupos vinculados a partidos políticos de esquerda, e, na década de 80, de militantes do Partido dos Trabalhadores. A diversidade de agentes envolvidos nos movimentos populares de saúde é uma de suas características.

A presença da Igreja Católica e sua estreita colaboração com o movimento popular de saúde evidencia-se fortemente na trajetória deste na região, sob variadas formas. Em meados da década de 70, a Região Episcopal Leste 2, que reunia a maior parte dos bairros da Zona Leste, transforma as 97 Comunidades Eclesiais de Base nas mais ativas da cidade, cada uma delas formada por seis ou sete comunidades de base, constituídas por até 50 grupos de rua. Foi peculiar a capacidade que teve o movimento de engajar profissionais da área da saúde, disponibilizando assim recursos fundamentais para subsidiá-lo na articulação de suas demandas frente ao Estado (Jacobi, 1993).

A metodologia do movimento era a de detectar problemas, definir prioridades, levar às autoridades as reivindicações e cobrar o atendimento destas, sempre a partir de uma postura de autonomia e pluralidade. Buscava-se garantir a participação da população, através do movimento, em todos os níveis do processo: desde a identificação dos problemas, até a construção das propostas, sua consecução e o controle posterior da gestão dos serviços.

Nesse sentido, foram absolutamente relevantes, para a repercussão que teve o Movimento de Saúde da Zona Leste, os médicos sanitaristas, "tanto participando de reuniões com os moradores, em seu processo de organização, como esclarecendo dúvidas e colocando seu conhecimento a serviço dos militantes dos movimentos reivindicatórios, no sentido de apresentar as necessidades tecnicamente definidas." (Jacobi, 1993, p.133)

Entretanto, a autonomia do movimento popular, mesmo frente a esses importantes parceiros, esteve sempre presente.

As reivindicações eram várias: abertura de novos postos de saúde, hospitais e ambulatórios médicos, bem como a melhoria dos já existentes; qualidade no atendimento; vacinação; distribuição de remédios; ampliação do horário de atendimento em postos e ambulatórios; equipamentos adequados e suficientes e contratação do quantitativo necessário de recursos humanos qualificados.

> *"Aqui na região a gente basicamente fazia visitas para os doentes. As mulheres da Igreja iam visitar, dar banho, aplicar uma injeção - faziam esse tipo de coisa. Às vezes precisava de um hospital, de um transporte e não se tinha. Era um transtorno conseguir. (...) Essas mulheres começaram a se preocupar com esse tipo de situação. Acolher esses pacientes, as visitas. Isso era feito, mas era preciso ir além disso. Então começou-se a fazer umas reuniões na Igreja São Francisco, que foi o único espaço que a gente conseguiu na época, porque a maioria dos lugares não cede - e o padre cedeu a própria Igreja. As reuniões eram para saber quais eram as prioridades do bairro, pelo quê as pessoas queriam lutar. Fizemos um levantamento. O primeiro problema apontado foi o lixo. Eram cerca de 12000 pessoas que moravam em favelas próximas à Igreja e que deixavam o lixo em caçambas que a Prefeitura não recolhia. Quando chovia ia caindo lixo pra todo lado e com ele os ratos. (...) Tínhamos problemas sérios de saneamento e o segundo era a saúde. Na saúde, num primeiro momento, a gente começou a pensar o que que tinha de recursos aqui na região. E a gente descobriu que o que a gente tinha mais próximo era um hospital municipal, o Tide Setúbal, e os postos de saúde, que eram muito precários. Em Ermelino, tínhamos um PA, que funcionava no Pedro de Souza Campos. Lá ficava uma ambulância e um médico, que dava os primeiros socorros e levava para o hospital. Não tinha raio X, não tinha nada, só tinha o médico. (...) Montamos uma comissão com umas vinte pessoas. Nos reuníamos semanalmente na Igreja e definíamos nossos objetivos e estratégias. Decidimos fazer uma manifestação conjunta de todo Movimento de Saúde da Zona Leste, não só de Ermelino, em frente ao gabinete do Secretário de Saúde do Estado. Nesse encontro cada área levou todas as suas reivindicações, as dificuldades que tinham nos postos de saúde, no funcionamentos dos PAS, nos pronto-socorros; enfim, todo mundo foi. A partir desse encontro a gente definiu que o hospital seria uma reivindicação que a gente faria, através da Prefeitura. (...) Esse seria nosso maior objetivo aqui em Ermelino. No começo era difícil. O movimento era formado por gente de tudo quanto é partido, de tudo quanto é religião; gente branca, gente preta, gente de todo tipo. Então o que desde o começo deu força para o movimento foi estabelecer um objetivo comum para todos, o objetivo do movimento. Isso fortaleceu muito, porque às vezes as pessoas são tendenciosas; o movimento não permitia isso. Qualquer ganho, qualquer manifestação, tinha que ser enquanto movimento. Isso era difícil. As pessoas chegavam com cartão deste ou daquele. Mas a gente trabalhava a formação das pessoas, a reflexão. Tínhamos que resgatar nosso objetivo. Não podia ficar devendo favor, ficar com o 'rabo preso'. Não queríamos favores; não era esse nosso objetivo. Queríamos o hospital, nosso direito." (Terezinha de Cássia Leão, p. 1-3)*

> *"Eu entrei no movimento há muitos anos atrás, na década de 70, quando havia uma carência enorme de postos de saúde na região. A minha participação iniciou-se junto com outras pessoas da região do Fidélis Ribeiro, que reivindicavam um posto de saúde. A gente se propôs a veicular junto à população essa discussão, da necessidade do posto de saúde. A partir daí nós pudemos contar com profissionais da saúde. Se elaborou material audio-visual, onde se colocava através de desenhos o que que é ter saúde, o tipo de atendimento que se tinha na época a nível de Brasil, os vários tipos de atendimento, a questão da saúde preventiva e a necessidade de descentralizar o atendimento à saúde. Houve muitas assembléias. Projetamos esse material na casa das pessoas. Se convidava os vizinhos e a gente abria a discussão com a população. Depois fomos pras escolas, saímos em carreata na rua, propagando as assembléias. Foi um momento muito bonito, de onde nasceu não só a necessidade de conquistar o posto de saúde, como também de estar se preparando para manter viva aquela organização, no sentido de fiscalizar, de se exigir um bom atendimento. Surgiu também a idéia de propor conselhos de saúde." (Frederico Soares de Lima, Movimento Popular de Saúde, p. 1)*

No início da gestão 89/92 o Movimento de Saúde da Zona Leste aglutinava suas reivindicações em torno da consecução do SUS e seus princípios de universalidade, eqüidade e controle social, cuja inscrição na Constituição Federal acabara de ocorrer, fruto, em parte, de sua luta. Dadas as propostas da gestão para a área, como visto anteriormente, havia uma identidade muito grande entre a vontade expressa dos movimentos e as intenções do governo eleito. Além do mais, importantes técnicos, assessores, principalmente os sanitaristas, e lideranças do próprio movimento vieram, dado o já explicitado compromisso da gestão com a representação de segmentos dos movimentos populares e/ou das questões por eles demandadas, a ocupar cargos na administração. Foi o caso dos dois secretários de saúde da gestão petista, ambos sanitaristas egressos do Movimento de Saúde da Zona Leste, do diretor da ARS-6, o também sanitarista Jorge Kayano, dentre outros.

O Movimento de Saúde da Zona Leste, a Saúde Mental e a Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

As áreas específicas que aqui estudamos não aparecem claramente como reivindicações do movimento geral por saúde.

A partir de 1985, o Movimento de Saúde da Zona Leste criou várias comissões de trabalho, por áreas de necessidades de saúde. Nessa ocasião, foi criada a Comissão de Saúde Mental do Movimento de Saúde da Zona Leste, que deu

origem à organização não-governamental "SOS Saúde Mental", cujos fundadores eram também integrantes do movimento popular de saúde da região, dentre eles o assessor de saúde mental da SMS da gestão 89/92, o psiquiatra Nacile Daud Jr e a interlocutora de saúde mental na ARS-6, a psicóloga Isabel Cristina Lopes.

Esses técnicos e gestores, juntamente com militantes do "SOS Saúde Mental" e contando com a assessoria de vários outros técnicos de saúde mental participantes dos movimentos de trabalhadores em saúde mental (desde 1987 reunidos nacionalmente com usuários e familiares de serviços de saúde mental no movimento "Por uma Sociedade sem Manicômios, conforme Cap.3), levarão a discussão das reivindicações da área, inserindo-as nas lutas do Movimento de Saúde da Zona Leste.

Para integrantes da Comissão de Saúde Mental do Movimento de Saúde da Zona Leste e do "SOS Saúde Mental", a relação da saúde mental com o movimento geral foi conflituosa, na medida em que as próprias lideranças não compartilhavam, a princípio, das reivindicações do setor. Estas não eram prioridade para o movimento como um todo. Era como se uma visão mais preventivista e sanitarista permeasse essas lideranças, que não tinham como plenamente admitida a total inserção desse grupo populacional nos serviços públicos de saúde – inserção essa que, para a devida promoção da eqüidade, deveria ser até mesmo priorizada. Os integrantes do movimento popular de saúde também estavam impregnados pela cultura manicomial e segregacionista hegemônica, o que certamente trouxe dificuldades para os militantes da área de saúde mental, assim como da área de saúde da pessoa portadora de deficiência, que trataremos a seguir.

Entretanto, para outros membros do Movimento de Saúde da Zona Leste, participantes de outras comissões temáticas, esse conflito não existiu dessa forma. Teria havido um desconhecimento inicial do problema, mas as questões específicas teriam sido assumidas pelo movimento como um todo; segundo essa ótica, contudo, e à semelhança dos defensores de outras especificidades - como a saúde da mulher, AIDS, etc., seriam esses sub-grupos que não teriam se articulado devidamente. Enquanto a luta do movimento foi pela construção e implantação de serviços gerais de saúde, todos puderam identificar-se com a necessidade comum; no momento, contudo, em que se avançou para reivindicações mais específicas, houve dificuldade

de identificação em várias áreas Conseqüentemente, o movimento, como um todo, encontrou problemas para centralizar, coordenar e priorizar essas reivindicações e propostas.

> *"Quando o Movimento de Saúde Mental 'adentrou' o Movimento de Saúde, foi muito difícil a relação entre ambos; não foi fácil. Porque se lutava por postos de saúde, por técnicos, etc., mas de saúde mental não tinha nada. Se você adoecesse, as pessoas do Movimento achavam que o lugar para se ir era o manicômio e nós, da saúde mental, já lutávamos por serviços alternativos, por uma nova maneira de ver o portador de sofrimento mental. Era muito difícil;[isso] exigiu muita discussão. A mentalidade das pessoas era restrita nisso. E a gente da saúde mental se afastou do Movimento de Saúde como um todo, por conta da demanda de trabalho. A gente tinha que se dedicar à questão da saúde menta; tinha chamado do Estado todo. A gente tentou participar das duas frentes, mas era difícil e o Movimento de Saúde não conseguiu acompanhar." (Ana A. de Oliveira, Movimento Popular de Saúde e 'SOS - Saúde Mental', p. 13)*

> *"Naquele tempo, que a gente lutava conjuntamente, enquanto era para a construção, deu certo, mas quando foi pra dividir tarefa, aí vieram os problemas. A gente, por ser poucas pessoas, poucas mulheres, as tarefas acabam ficando nas costas de poucas e aí têm queixas da Saúde Mental, da Saúde da Mulher, da AIDS, é isso. O Movimento inteiro vive esse drama; somos poucas para dar conta de tudo. A gente tá num processo, há anos, de priorizar algumas coisas e os grupos priorizam coisas diferentes. (...) Temos que criar comissões, mas comissões bem ligadas ao Movimento de Saúde em geral. Se 'peca' quando não se participa da Coordenação do Movimento, e acho que isso aconteceu com a Saúde Mental. Falta gente pra Coordenação e quando a gente precisa de 60 ônibus na Paulista, a gente precisa daquela Coordenação que a gente tinha antigamente." (Firmina, Movimento Popular de Saúde, p. 15)*

> *"Não dá pra todo mundo fazer todo trabalho Tem que dividir em comissões e as diferentes comissões são o Movimento, somos nós." (Nêga, Movimento Popular de Saúde, p. 14)*

Por outro lado, era bastante grande a proximidade entre o assessor de saúde mental da SMS e a interlocutora de saúde mental da ARS-6, e os movimentos de saúde mental, sobretudo com o "SOS Saúde Mental", de onde foram lideranças (e continuam sendo), conforme já discutimos no Capítulo 5 deste trabalho.

O Movimento pelos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência tinha algumas lideranças que residiam e atuavam na Zona Leste da cidade, mas não propriamente na região compreendida pela ARS-6; estavam mais presentes na ARS-5, nos Distritos de Itaquera e Guaianazes e na Zona Norte na ARS-7, no Distrito de Vila Brasilândia. Assim, a questão das necessidades de saúde desse grupo

populacional era menos visível para o movimento de saúde em geral. Além disso, como também já discutido anteriormente neste capítulo, a comunidade percebe muitos desses problemas quase unicamente do ponto de vista da falta de escolas 'especializadas' para as crianças portadoras de necessidades especiais, muito em função da mobilização de suas mães, e conseqüentemente as demandas populares priorizam os serviços educacionais. Em relação às pessoas portadoras de deficiência física e sensorial e aos adultos portadores de deficiência mental, por questões que envolvem a própria cultura segregacionista, poucos são aqueles que, se não são acometidos diretamente pelo problema, 'levantam as bandeiras' dessa população. Inclusive os técnicos da área são, relativamente à área de saúde pública em geral e à área de saúde mental, pouco militantes nesses movimentos. O poder público tem estado igualmente ausente e a sociedade civil, de forma privada e bastante restrita aos familiares e 'amigos' dessas pessoas e **a** grupos religiosos, tem se responsabilizado pelo pouco que tem sido feito, em termos de ações nesse âmbito. O caráter dessas ações tem sido filantrópico, na maioria absoluta das vezes. Somente a partir dos anos 80, no Brasil, a dimensão de luta por direitos a serem garantidos pelo Estado, vem sendo implementada (Cf. Cap.3).

Na ARS-6, algumas lideranças do Movimento de Saúde ligadas à Igreja desenvolviam ações junto a pessoas portadoras de deficiência mental, em conjunto com mães e pais dessas pessoas, no salão comunitário da Igreja São Francisco, em Ermelino Matarazzo. Realizavam desde atividades recreativas e 'educacionais', até alguns bazares, que deveriam reverter parte da renda conseguida aos indivíduos portadores de deficiência mental que neles trabalhavam. A APAE oferecia assessoria a esse trabalho voluntário desde 1987. Em 1989, os pais envolvidos resolveram, junto com a Igreja, montar a ACDEM - Associação da Casa do Deficiente de Ermelino Matarazzo, que tinha por objetivo oferecer serviços técnicos e educacionais para uma população de cerca de 100 pessoas, portadoras de múltiplas deficiências (pesquisa feita por eles e voluntários revelou a existência, no bairro, de 280 pessoas portadoras de deficiência vindas de famílias carentes).

> *"Nós começamos há dez anos esse trabalho [na ACDEM]. Aqui na Paróquia, na Igreja São Francisco, nós temos um pouco a seguinte dinâmica: nós tentamos começar em todas as áreas sociais que têm problemas e não têm respostas públicas. Nós começamos um trabalho para forçar o poder público a dar uma*

> *resposta; a nossa proposta é sempre nessa linha. (...) A Casa do Deficiente é a mesma coisa. Começou aqui na Igreja - a Igreja ajudou a comprar a casa. Mas é uma associação independente da Igreja e eles [pais] que levam. (...) Tem pessoas de uma boa vontade muito grande, mas faltam recursos técnicos, que ajudariam a dar um salto de qualidade. Mas não temos nenhuma alternativa. A Casa atende 60 deficientes e tem 120 na fila, esperando." (Padre Ticão, Movimento Popular da Zona Leste, p. 5-6)*

A questão das necessidades das pessoas portadoras de deficiência, vistas como direitos de cidadania que devem ser cobrados do poder público, é algo muito recente entre nós, mesmo para aqueles que militam nas áreas sociais.

> *"A constituinte de 88 consagra uma série de reivindicações nossas. Acreditamos que a partir de 88 que a gente começou a ouvir falar, neste país, a palavra cidadania, o que é cidadão. Mas para nós isso já vinha desde 78, 79." (Gilberto Frachetta, Presidente do CMPD [Conselho Municipal da Pessoa Deficiente], p. 7)*

> *"A pessoa só se viu enquanto cidadão na época em que os movimentos começaram a se organizar em São Paulo. Não só a FCD [Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes], como também outros grandes movimentos de São Paulo, O MDPD, Movimento pelos Direitos da Pessoa Deficiente, o NID, Núcleo de Informação do Deficiente, começaram a se organizar a nível de São Paulo e do Brasil e começaram a pensar na cidadania da pessoa deficiente, no interesse da pessoa deficiente, naquilo que podíamos estar propondo pra nação, pra que essa visão paternalista brasileira e assistencialista, mudasse um pouco." (José Roberto, membro da FCD e do CMPD, p. 8)*

> *"Eu acho que foram dois movimentos que se encontraram. Um, que é oriundo das próprias pessoas portadoras de deficiência, que tinham consciência de que é um direito de cidadania serem atendidas nas suas necessidades de saúde em geral e nas suas necessidades específicas, advindas da deficiência, como um direito de cidadão mesmo, e que esses atendimentos tinham que ser oferecidos, garantidos. O outro, fruto de discussões no setor público de saúde, do repensar conceitos, redefinir competências dentro dos níveis estaduais, nacional e municipais e, principalmente, alterando uma idéia de que aos serviços públicos cabiam só aspectos de prevenção, e no máximo tratamento em alguns serviços do INAMPS. Na realidade, com a idéia de Reforma Sanitária, a reabilitação pôde ser pensada como uma das ações a ser executadas em Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Hospitais, na rede como um todo. Mas foi somente em 1991 que o Ministério da Saúde criou uma Coordenadoria de Atenção a Adultos Especiais e dentro dessa Coordenadoria estão os programas: Programa Nacional de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, Programa Nacional de Atenção ao Idoso e o Programa Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador. (...) Em São Paulo, na Zona Norte, por uma série de contingências, porque naquela região se reuniam pessoas, dirigentes do sistema de saúde com disponibilidade de implantar essas novas propostas, foi onde começou o programa do deficiente no Estado de São Paulo. E havia uma característica peculiar. Os profissionais que foram implantar o programa - e eu me incluía nessa primeira equipe - vinham de movimentos populares; nós vínhamos participando de grupos de pessoas deficientes e, portando ou não alguma*

deficiência, tínhamos uma ligação bastante íntima com esses grupos. Essa proposta foi chegando aos municípios e foi ganhando algum espaço, com a municipalização." (Ana Rita de Paula, psicóloga e do MDPD, p. 9)

"Eu acho que falta, com relação às pessoas portadoras de deficiência, as famílias interessadas assumirem a deficiência; por isso não buscam recursos, não pressionam tanto. Se pressiona para se ter o hospital quando se fica doente, mas se o deficiente não for ao cinema, não estudar, não tiver acesso ao técnico de saúde especializado, desde que tenha um médico que cuide das doenças, está muito bom. O deficiente sente a necessidade, mas a família não investe nisso e ficam sem transporte, sem lazer; e ficam as barreiras pra eles. Parece que é uma luta que não pode correr junto, fica sempre pra depois. Aqui existe um movimento das pessoas - D.Cida, a Florípes, o Ticão, mas eu não sinto que tenha o peso que teve o hospital. A luta pelo hospital juntou muita gente, porque era um problema gritante pra todos, era um interesse comum mesmo. (...) A questão do deficiente não é declarada, as mães não assumem. (...) E eles [pessoas portadoras de deficiência] iam nas nossas reuniões, nas nossas assembléias, em muitos momentos iam engrossar as nossas manifestações. Mas, as pessoas parece que não conseguem lidar com o diferente, não tomam pra si, não abraçam a causa; fica uma luta à parte, dos outros." (Terezinha de Cássia Leão, p. 18-19)

Sobre as propostas definidas pela gestão e a participação dos movimentos: a parceria

Quanto às propostas gerais de saúde, conforme já discutido no Cap. 5, há total consonância entre o Movimento de Saúde da Zona Leste e a gestão. Como vimos, de certa forma, o Movimento 'foi' para a administração. A avaliação, já apresentada (Cap.5, p.18-20), é que se pôde a partir daí, com a constante mobilização dos militantes, avançar na institucionalização de políticas sociais na saúde, com controle social.

Com relação à saúde mental e à saúde da pessoa portadora de deficiência, o Movimento de Saúde como um todo não apresentava reivindicações. Foram os movimentos específicos que as defenderam e por elas lutaram, como propostas discutidas, desde a campanha eleitoral, com a futura administração, com absoluto sucesso, no caso da saúde mental - e com muitas dificuldades, no caso da saúde da pessoa portadora de deficiência (como também já discutido no capítulo anterior a este, neste trabalho).

Assim, o Movimento de Saúde da Zona Leste não acompanhou e não participou, como um todo, da elaboração das propostas para cada uma das áreas.

A estratégia adotada pelas assessorias específicas, no sentido de iniciar o processo de implantação das propostas definidas, foi trabalhar, em conjunto com os

movimentos dos setores, procurando 'convencer' as lideranças populares de saúde nos distritos da necessidade e pertinência das mesmas, apresentando-as como fruto de suas reivindicações e mostrando estarem plenamente de acordo com os princípios defendidos pelo Movimento Popular de Saúde. Conseguido esse 'convencimento', buscavam então contar com essas lideranças para a discussão e difusão das propostas junto à população em geral.

> *"A discussão não existia a nível do movimento, não era priorizada, não se tinha clareza, não se conheciam alternativas. A partir do Conselho Gestor do Distrito foi feito um levantamento do problema - mas a partir dos técnicos. Colocou-se o problema e as necessidades. Foi aí que a grande parte das pessoas do movimento começou a perceber a necessidade e a valorizar esse tipo de atendimento. (...) Para a população essa proposta era um tanto quanto nova. Custou um pouco a entender o que significava, mesmo porque no imaginário da população a pessoa que tem problemas de saúde mental teria que ser internada num manicômio, num hospital psiquiátrico. Até se perceber que esse hospital não ajuda e muitas vezes até prejudica, e que o atendimento humano, com qualidade, sem internação no manicômio, com acompanhamento da própria família, onde a pessoa com problemas sinta-se bem, útil, era muito mais produtivo, demorou um pouco. (...) Foi uma inovação da gestão anterior. (...) A discussão foi se dando com a população durante a implantação dos serviços, para saber do que se tratava, qual o trabalho dos novos técnicos. (...) A proposta causou estranheza para alguns. Isso por exemplo de ficar no hospital só durante o dia e a noite voltar para a casa. O familiar se colocava contra essa idéia de não internar, daí a gente foi discutindo a necessidade de se mudar esse conceito. Percebe-se que há casos graves que precisam de um atendimento mais intensivo; mas para uma grande parte, talvez a maioria, não há essa necessidade. Nas discussões foi ficando claro pra mim essa demanda." (Frederico Soares de Lima, Movimento Popular de Saúde, p. 2-4)*

> *"Isso [a proposta de saúde mental] foi bem explicado pra gente. Passavam aqueles filmes. Nós aprendemos bastante. Nas palestras, a gente aprendia que não é só nos manicômios, agora a gente tem o Hospital-Dia. Veja que bonito que é: eles vão e depois voltam para a casa, eles tão se recuperando, é gente que a gente conhece que tá ali. Tem o Centro de Convivência também. A pessoa era tratada como louco e não tinha nada disso e o pessoal dos manicômios só pensava no lucro das internações." (Tereza Pugulin, Movimento Popular de Saúde, p. 6)*

> *"Aí nós conhecemos o pessoal da saúde mental. Eles participavam na luta, no movimento: o Nacile, a Isabel Cristina, o Roberto Gouveia, o Neder. Eles vinham muito nas nossas reuniões, participavam com a gente. Eles começaram a nos procurar pra falar de saúde mental. A primeira vez que a Cristina veio falar foi um terror, um Deus nos acuda pro pessoal. (...) A necessidade que ela colocou, de se ter um andar do hospital pra psiquiatria, ferveu a reunião e se dizia: 'Não, porque é muito perigoso, porque os doidos podem atacar, como é que poderia?' Falei pra gente discutir aquilo com calma. Aí se começou um trabalho de formação, o Nacile, a Cristina, (...) o pessoal da saúde mental conseguiu mobilizar o movimento, a gente não tinha essa preocupação. A gente só conhecia*

aquelas doenças do dia a dia, sarampo, rubéola, desidratação, hepatite. Era isso que a gente sentia bem de perto. A gente foi vendo que tinha outros problemas, que a única coisa que pobre é rico é nas doenças que ele pode ter, quando escapa de uma, não escapa da outra. Foi legal o trabalho que a gente fez a partir dessa sensibilização. Levamos cartazes pras pessoas entenderem o que a gente queria mostrar e as pessoas iam se identificando, por exemplo, com as questões da depressão pós-parto - as mulheres sabiam disso. (...) Começamos a trabalhar o que era a loucura, como é tratado o doente psiquiátrico, como é a situação, como a família lida. E aí a gente fez outra pesquisa com eles pra ver a questão das crianças deficientes, não importava qual deficiência, física ou mental. Deu um número enorme, isso considerando os que assumiram, porque muitas famílias não assumem; a maioria não assume. (...) Com isso o movimento passou a discutir essas coisas: como é difícil, como é que faz?, pra onde mandar essas pessoas? Fora a droga e o alcoolismo, que também deu muito na pesquisa. Com o hospital de Ermelino, nós passamos a ter 1 leito por 1000 habitantes. Então pra nós era muito sério qualquer leito a mais ou a menos. Mas com as reuniões, encontros, filmes e discussão, ficou tranqüilo e a gente conseguiu garantir leitos para atendimento de emergência e para a enfermaria de saúde mental. (...) Depois, teve a luta pelo Hospital-Dia, pelo CeCCo, junto com um pessoal mais técnico, mais ligado à luta antimanicomial. Eles trouxeram para o bairro essa necessidade; iam discutindo com a gente e o pessoal endossou a luta." (Terezinha de Cássia Leão, Movimento Popular de Saúde, p. 9 e 11-12)

"A Cristina carrega essa bandeira há muitos anos, claro que com várias outras pessoas. Trabalha na questão de fazer a opinião pública entender essa política do não-manicômio e como também fazer entender que deve-se implantar uma outra forma. Eu acho que o que teve de muito positivo nesse trabalho, de uma série de companheiras e companheiros, é que não foi simplesmente negar: 'Nós não queremos o manicômio.' Mas propor: 'Nós queremos isso.' E foi-se implantando isso." (Padre Ticão, Movimento Popular da Zona Leste, p. 5)

O Movimento de Saúde não faz qualquer crítica ao processo de formulação e implantação da proposta. 'Abraça-o' plenamente e passa a dele também participar, de forma intensa, principalmente em Ermelino Matarazzo.

Os resultados

Para os representantes dos movimentos e organizações da sociedade civil na área da saúde respeitou-se, na região, o debate permanente e democrático com a comunidade. As propostas formuladas partiram dos acúmulos dos movimentos gerais e específicos e o Movimento de Saúde foi convencido das necessidades setoriais no processo de implementação, aumentando seu universo de exigências admitidas.

"Nessa gestão o que a gente pôde perceber é que quando sua expectativa coincide com a do outro, isso não resolve tudo, mas facilita muito o nosso

> *trabalho. A gente teve alguns 'quebras' na gestão passada, por conta de algumas decisões que eles tomaram e não trabalharam devidamente com o movimento. A gente reclamava (...) e mesmo quando a gente ia lá pra brigar, eles estavam lá pra discutir. Tínhamos espaço, a gente era ouvido, tinha um diálogo entre dois sujeitos, (...) sempre havia crescimento." (Terezinha de Cássia Leão, Movimento Popular de Saúde, p. 16-18)*

> *"Na gestão da Luiza Erundina nós encontrávamos dificuldades, mas eram dificuldades que se administravam com rapidez. Tivemos muitos avanços. (...) A administração chegou a gastar 16% do orçamento na saúde, foi o mais alto em toda história da cidade; evidentemente era uma prioridade. (...) E deram-se passos fundamentais, lançaram-se sementes. Em toda a cidade iniciou-se a implantação de novas propostas. Avançamos muito, em termos de institucionalizar, através de políticas públicas, as nossas demandas" (Padre Ticão, Movimento Popular da Zona Leste, p. 1-2)*

As reivindicações de saúde da região foram atendidas pela gestão. Antigos e novos serviços foram implantados; estes últimos foram incorporados pela população, enquanto formas concretas de enfrentamento de velhas / novas questões.

> *"Na gestão da Luiza Erundina, na área de saúde, o administrador tinha uma outra visão, no sentido de fomentar e incentivar a participação das pessoas. (...) Na saúde não adiantava só ter PS [pronto-socorro] e não se ter leitos, para internar as pessoas da periferia. Um dos aspectos mais importantes da gestão Erundina foi que ela conseguiu terminar alguns hospitais e fazer outros. Ela acabou 6 hospitais e amenizou, um pouco, a demanda por leitos, principalmente na periferia da capital. Por outro lado, percebi que foi dado um espaço muito grande para que técnicos e população buscassem soluções. Porque não basta ter boa vontade, é preciso ter propostas e discuti-las. (...) Isto aconteceu na saúde mental e esse atendimento está criando raízes, (...) se despertou a comunidade para esse tipo de questão e hoje é uma necessidade que se quer atendida pelo poder público." (Frederico Soares de Lima, Movimento Popular de Saúde, p. 1-2 e 6)*

A análise apresentada por esses atores é que, durante o governo do PT, se deram saltos quantitativos e qualitativos. Cita-se especialmente a parceria desenvolvida com administração e funcionários nos Conselhos Gestores, que precisariam, no entanto, ganhar maior respaldo legal, para efetivamente serem respeitados, enquanto instâncias decisórias superiores aos vários gestores.

> *"Eu acho que o grande desafio dos movimentos populares é estabelecer políticas públicas, mas nós só vamos garanti-las efetivamente na medida em que a sociedade garantir os mecanismos de controle, inclusive econômico [orçamentário]. Enquanto políticas públicas, os movimentos deram um salto. (...) Com a Luiza Erundina, a gente sabia o quanto de dinheiro tinha e como era dividido." (Padre Ticão, Movimento Popular da Zona Leste, p. 9-10)*

"A gestão quis realmente implantar os Conselhos Gestores, mesmo extra-oficialmente, e isso eu vejo como um problema. Não é uma lei que regulamenta isso, como por exemplo no caso do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente. No caso do Conselho Gestor, do Conselho Popular de Saúde, não se tem esse respaldo legal. Por isso pessoas que deveriam ser cobradas em sua responsabilidade, como administrador na saúde, agem com desprezo, pois sabem que legalmente não serão penalizados por não respeitarem as decisões desses conselhos." (Frederico Soares de Lima, Movimento Popular de Saúde, p. 4-5)

No caso da saúde mental avaliou-se que a proposta foi implantada, e com qualidade.

"Eu, que estou batalhando faz um tempão, vejo que, na saúde mental, se deu um passo grande. Acho que teve um salto de qualidade pra saúde da população. Mas nós não soubemos nos aproveitar disso, não só na saúde mental, mas na saúde como um todo. Era uma administração democrática, estava todo mundo em casa. O pessoal se acomodou, movimento e funcionários. Parecia que tava todo mundo no poder. Esqueceram que a gente tem que estar no poder, mas tem muita coisa mais pra ser feita; a caminhada fica maior ainda. As coisas tinham que ser implantadas de um jeito que independesse do governo que viesse depois; teria que estar garantido. Só que não houve tempo para isso." (Ana A. de Oliveira, Movimento Popular de Saúde e ' SOS – Saúde Mental' , p. 11).

Na área de saúde da pessoa portadora de deficiência, aponta-se como avanços o 'transitar' desses indivíduos e suas famílias pelos equipamentos comuns a todos, como as UBSs e os CeCCos, mas também certa falta de priorização dessa questão pela gestão e pelo Movimento de Saúde. Não se apresentam questionamentos quanto à não implementação dos Lares Comunitários.

"No município de São Paulo, na gestão anterior, por toda uma disponibilidade daquela gestão, o programa da pessoa portadora de deficiência pôde ser implantado, e, diferentemente do caso do Estado, com um aporte muito superior de recursos humanos. Na realidade, o município implantou serviços, colocou profissionais - terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, em muitas das unidades." (Ana Rita de Paula, psicóloga e do MDPD, p. 14)

"Há dez anos, a comunidade começou um trabalho com deficientes. E o processo foi indo; o poder público, a Secretaria da Educação, assumiu o trabalho, com apoio financeiro, com orientação. Teve-se também a proposta do CeCCo para essa área da deficiência mental. Quer dizer, foram ricas experiências concretizadas." (Padre Ticão, Movimento Popular da Zona Leste, p. 1)

"Eu não acho que os nossos governos tenham priorizado a questão do deficiente mental. (...) Muita coisa fica só no papel, na teoria. A gente ouve falar do direito

> *da criança e do adolescente; mas não vê isso ser cumprido. (...) Aqui, nós pedimos socorro pra várias entidades, que não nos ajudaram, com exceção da APAE, da Igreja e um pouco a Prefeitura." (Florípes, Coordenadora da ACDEM, p. 1-2)*

Uma proposta que enfrentou maiores dificuldades foi a relativa ao funcionamento das UBSs como 'porta de entrada' do sistema de saúde. Para que de fato tivesse sido possível implementá-la em sua plenitude, teriam sido necessários maiores investimentos, no sentido de se trabalhar a cultura hospitalocêntrica da população como um todo, assim como efetivamente criar condições para aumentar o nível de resolutividade das referidas UBSs. A gestão investiu nessa direção; sem o sucesso esperado, entretanto.

> *"Uma coisa que o movimento discutia muito era a necessidade de se trabalhar com a população o que é um hospital, um pronto-socorro. Mas isso a gente não conseguiu, porque as UBSs não conseguiram atender, ser a referência das pessoas. Como você pode conscientizar a população que não é para ir no pronto-socorro? A mãe vai pra UBS e não consegue atendimento pro filho, com crise de bronquite; não tem pediatra, não tem o que ela precisa. Ela vai pro pronto-socorro. Isso foi uma coisa que a gente não conseguiu mudar." (Terezinha de Cássia Leão, Movimento Popular de Saúde, p. 12)*

> *"O acompanhamento da população, nos postos de saúde, não acontece, mesmo com as mulheres, que têm programas a mais tempo. As mulheres enlouquecem mais. Tem a questão da psicose pós-parto, da depressão no envelhecimento, das fragilidades pela gestação. Mas o médico não liga pra isso; falta acompanhamento." (Ana A. de Oliveira, Movimento Popular de Saúde e 'SOS – Saúde Mental, p. 10)*

São vistos como importantes, nesse processo, os profissionais de saúde. É necessário que a parceria com eles seja aprofundada, também nas áreas específicas, com vistas à proposição de novas ações, do ponto de vista da saúde pública.

> *"Essa luta não pode ficar restrita só à população. Essa organização tem que envolver os funcionários; os técnicos, principalmente. A população não tem as informações corretas, tecnicamente. Ela tem que ser subsidiada pelos técnicos das diversas áreas. E a gente espera isso, essa sensibilização do pessoal técnico também dessas áreas de saúde mental e da saúde da pessoa portadora de deficiência." (Frederico Soares de Lima, Movimento Popular de Saúde, p. 8)*

Não há dúvida que, em termos jurídico-legais, ocorreram avanços fundamentais para o processo de consolidação das conquistas de cidadania; avanços

esses que, ao menos em parte, certamente podem ser creditados aos movimentos, gerais e específicos.

Por último, uma palavra sobre o significado, para os movimentos em geral, mas especialmente para os de saúde, das experiências de participação, em parceria com uma gestão democrática e efetivamente empenhada em favorecê-las estimulá-las.

Dois aspectos merecem especial atenção.

O primeiro, relaciona-se ao inegável impacto positivo que essa possibilidade de parceria produziu, permitindo a implantação de projetos e programas que, se outros fossem os governantes, teriam permanecido no papel.

O segundo, refere-se a uma certa falta de percepção dos defensores dessas mudanças – governo e movimentos - quanto ao que é indispensável cuidar para que se garanta a consolidação destas, a médio e longo prazos, e o pleno desenvolvimento futuro de suas potencialidades. Aqui, finalizamos com uma dupla crítica: de um lado, embora existente (como apontado acima), foi frágil o grau de institucionalização dessas formas participativas, que ficaram portanto sujeitas a (drásticas) mudanças futuras, em função de alterações presentes nas práticas de novos governos; sujeitas, inclusive, à lateralização e à progressiva desconstrução, porque à margem de uma sólida formalização legal que desse status jurídico pleno à sua legitimidade; isto de fato ocorreu, e já durante a gestão seguinte (93/96) - sem compromisso com o processo participativo, na opinião dos movimentos populares; de outro, houve talvez um excesso de otimismo, que valorizou o 'estamos no poder' para além do devido; como conseqüência, foi possivelmente subestimada a importância de manter, mais do que nunca, uma absoluta autonomia dos movimentos em relação ao Estado, por mais que, na prática e naquele momento, os objetivos de ambos se confundissem, e até porque esta autonomia é fator fundamental para a estruturação e organização de embates com posteriores políticas públicas, com as quais os movimentos possam vir a se confrontar.

7. A PERMANÊNCIA DAS INOVAÇÕES POLÍTICAS DA GESTÃO 89/92 NA ÁREA DE SAÚDE EM GERAL, SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

7.1 Introdução

No Capítulo 1, item 1.2.2, deste trabalho, estudamos a dinâmica das mudanças das políticas sociais e correspondentes inovações sócio-políticas.

Segundo abordagem que então desenvolvemos, as diversas formas de gestão do Estado capitalista possíveis são exercidas, em um momento ou em outro, em um país ou em outro, de formas diferenciadas, em função de uma série de variáveis: a correlação de forças entre as várias classes sociais; o grau de centralidade desse Estado, isto é, sua hierarquia de poder na economia globalizada hoje existente; o nível de instabilidade das economias e mercados, nacional e internacionalmente, etc.

Vimos que as políticas públicas, na área social, devem buscar, nesse contexto variável, equacionar problemas concretos relativos à força de trabalho, disponibilizando e viabilizando seu potencial de troca, regulando o processo de proletarização e, sobretudo, buscando compatibilizar a necessária utilização de recursos públicos com as necessidades de investimento indireto do Estado no processo produtivo, que carece de financiamento de outros insumos, para além da força de trabalho.

Há, portanto, que se administrar continuamente as contradições entre as exigências desta (força de trabalho), estabelecendo-se em cada período de tempo o que seriam condições politicamente 'aceitáveis' para sua reprodução e inserção nas relações de troca, e as do capital, com suas necessidades de permanente aumento de capacidade produtiva e a correspondente demanda por renovação de tecnologias e equipamentos, com suas crises de instabilidade local e global, com seus interesses internos conflitantes.

A partir desse referencial teórico, analisamos as inovações políticas introduzidas pela gestão do município de São Paulo, entre 1989 e 1992, com a implantação de uma série de novos projetos e programas, na área de saúde, enquanto expressão de uma proposta política que, ao ser referendada nas urnas, refletiu uma

alteração significativa na correlação de forças existente, elevando o patamar das *"exigências admitidas"* para a reprodução da força de trabalho.

Os capítulos 5 e 6 buscaram, em relação ao citado governo, e dentro da linha proposta no Capítulo 1:

(1) demonstrar que as inovações políticas adotadas constituíram uma nova forma de gestão, financiamento e distribuição da prestação de serviços sociais, compatível com seu programa declarado de ação;

(2) identificar as estratégias de implementação dessas inovações;

(3) avaliar o efeito destas.

Para completar o roteiro que apresentamos em 1.2.2, resta portanto - e esta é exatamente a tarefa a que nos propomos neste capítulo, investigar o item (4), que lá apontamos, isto é, descrever o grau de permanência dessas inovações, ou seja, a medida da estabilidade, do grau de absorção e incorporação das mudanças, como novas integrantes do 'estoque' das necessidades humanas sancionadas.

Portanto, as menções que faremos às políticas adotadas pelo governo seguinte (93/96) terão importância apenas na medida de sua possível relação com aquela permanência e não serão, por conseguinte, objeto de estudo central de nosso trabalho; seu detalhamento, pois, dar-se-á apenas se e quando necessário, nesses termos.

É dessa perspectiva que exporemos brevemente, a seguir, as propostas dessa administração para a área da saúde, antes do que, contudo, é pertinente que façamos algumas observações.

A gestão 93/96 passou por diversas fases, em relação à área da saúde: uma inicial, de transição, em que afirmava que daria continuidade ao trabalho da gestão anterior (1993); uma fase subsequente, em que ficou claro que, concretamente, não iria priorizar investimentos nas áreas sociais, particularmente na da saúde, e conseqüentemente esvaziaria as propostas e programas do período anterior (1994). A seguir, já em fins de 94, o novo governo anunciou o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), publicizando com clareza os eixos que deveriam norteá-lo; por último, em 1995 e 1996, a gestão travou batalhas na mídia e na justiça, buscando legitimar econômica, política e juridicamente o PAS, que começou finalmente a ser implantado no derradeiro ano de governo.

Assim, a trajetória da 'permanência' das inovações políticas da gestão 89/92 está intimamente relacionada com essas sucessivas fases. O impacto negativo inicial sobre ela incidente resultou da política de desmonte da saúde pública, característica das ações do novo governo entre 93 e 95; é nestas, pois, que se concentra o foco de nossa atenção. Em um segundo momento, mencionamos rapidamente as iniciativas relativas ao PAS, que, embora também tenham buscado reverter as políticas anteriormente em vigor, referem-se a um período já fora do escopo deste trabalho.

7.2 As propostas e ações da gestão 93/96 na área de saúde

O prefeito eleito, Paulo Maluf - importante que se lembre, é exatamente o político que, alguns anos antes, era a pessoa de confiança da ditadura militar para governar o país, na transição para a gestão civil do Estado brasileiro, em meados da década de 80. Ou seja, representava o continuísmo de uma tradição que, por mais de duas décadas, impôs à nação a supressão das liberdades democráticas, consolidando um 'status quo' em que a correlação de forças estabelecida era dramaticamente desfavorável à classe trabalhadora, cujo poder de barganha era praticamente nulo.

Tratava-se de restabelecer, a partir de uma ótica conservadora, um ponto de equilíbrio entre a satisfação dos requisitos do capital e as necessidades do trabalho, de forma a satisfazer-se uma dupla exigência. De um lado, buscava-se viabilizar a futura sanção democrática das políticas a serem adotadas, reconduzindo o país a um clima de 'liberdade', aceitável internacionalmente. De outro, a intenção era fazê-lo de forma a preservar o mais possível a dinâmica anterior, conduzindo a transição de forma segura, tolerável para as forças da ditadura. Mudar-se-ia a forma, mas o conteúdo sofreria apenas os câmbios mínimos indispensáveis.

Portanto, a nova gestão - Maluf e seu grupo político, opunha-se, em sua essência, às propostas da anterior, em particular nas áreas sociais. O novo prefeito, alinhado com as políticas neoliberais que, como mencionamos no Capítulo 2, foram se consolidando gradualmente no Brasil, a partir do final da década de 80, preconizava a abertura do mercado à ação da iniciativa privada, inclusive no tocante à saúde, atacando duramente a 'ineficiência' do sistema público. Defendia porém, para além disso, uma gerência administrativa bastante centralizadora e autoritária,

como era prática na ditadura, com estreita parceria entre terceirização de serviços e forte controle estatal, e que muitas vezes pôde, como sabemos, ser utilizada de forma questionável, do ponto de vista da ética e da moralidade pública. Em função do caráter populista que - mesmo depois de eleito - imprimiu a seu discurso político, o governo 93/96 promoveu, não obstante, no tocante à saúde e num primeiro momento, uma ocultação sistemática de suas verdadeiras intenções. Estas foram tornadas públicas e notórias apenas nos dois últimos anos da gestão, com o anúncio e implementação do PAS, que cumpriu ao mesmo tempo um papel de contra-ofensiva eleitoral, visando a disputa do pleito de 96 (para a Prefeitura Municipal), combinando habilmente o ideário privatista com uma crítica aos problemas e equívocos (muitos deles reais) de gestão de recursos financeiros e humanos no serviço público de saúde.

7.2.1 Propostas na área de saúde: período inicial

Na área da saúde, como acabamos de afirmar, a nova gestão declarou, logo no início de 1993, que manteria todos os principais programas do governo 89/92.

Esse princípio de mandato foi, aliás, caracterizado por uma certa continuidade real do que já vinha em andamento.

É importante que se frise que isto não ocorreu apenas por eventuais ações dissimuladoras, mas também por um fenômeno de histerese inercial, no campo da administração pública: quando muda a gestão, pode mudar a direção das políticas que serão adotadas pelo novo governo, mas não muda instantaneamente aquilo que já está em andamento, que é um acúmulo de meses e anos de trabalho – e só será desfeito ou desestruturado ao longo do tempo, se essa for a nova orientação. Trata-se do mesmo fenômeno que faz com que as inovações políticas também demandem um período de maturação e consolidação; este foi, como vimos, um dos principais fatores responsáveis pela demora na implantação, no governo anterior, das políticas de saúde que estudamos neste trabalho. Ou seja, mudanças de rumo eventualmente determinadas no processo eleitoral são acumulada aos poucos, fruto da nova concepção política, e esse acúmulo, esse somatório, leva algum tempo para se

cristalizar em novas práticas, em mudanças concretas, do ponto de vista da realidade objetiva.

Vamos, no texto abaixo, elencar propostas, projetos e seus eventuais desdobramentos, correspondentes ao período inicial da gestão 93/96 – caracterizado por nós como o que antecedeu o início da implantação do PAS (compreendendo portanto um pouco mais da primeira metade da gestão). Como foi feito para a gestão 89/92, serão apresentadas leituras dessa realidade a partir dos diferentes ângulos de visão dos diversos atores envolvidos.

Segundo os gestores centrais do governo 93/96

O processo de formulação do I Plano Municipal de Saúde do governo 93/96 bem como a definição das prioridades da área, passou, segundo os gestores entrevistados, por um processo de construção desse Plano, sendo inicialmente elaborado a nível distrital, depois regional e, por último, consolidado centralmente, no final de 94; o documento resultante, publicado em 1995, ilustra as perspectivas governamentais, em termos de políticas públicas na área.

Trata-se de peça extremamente tecnocrática.

É apresentado um esboço da estrutura administrativa da região e equipamentos existentes - Gabinete do Secretário; Administrações Regionais (10); Distritos de Saúde (32) e um conjunto de Hospitais (14), Pronto-Socorros (14), UBSs (165) e Unidades Especiais (51).

Traça-se então um perfil do Município de São Paulo e de algumas de suas ARSs (área, densidade demográfica, coeficientes de mortalidade geral e infantil, taxa de natalidade); detalham-se equipamentos, leitos, distribuição da população segundo a escolaridade, a renda, o ramo de atividade, etc.

Quanto ao Plano Municipal de Saúde, sua concepção é basicamente a de um fluxograma, onde constam as diferentes "fases de elaboração". A primeira seria o "diagnóstico em saúde e pesquisa epidemiológica", afim de conhecer-se as prioridades da cidade como um todo e de cada região, em termos de riscos de morbi-

mortalidade[5]. A seguir, far-se-ia a definição de "metas referenciais" (cujo processo metodológico é descrito em detalhes e culmina na "listagem, por prioridades, das ações quantificadas para os agravos ou riscos") e "bases populacionais"; a "definição da capacidade operacional real" e, por fim, a definição de "metas planejadas", "necessidades" e "orçamento programa".

No caso das 'doenças do aparelho circulatório' (que integra a primeira prioridade), por exemplo, lê-se:

> *"Área de atenção: saúde do adulto; Programa: prevenção, controle, tratamento e recuperação: hipertensão arterial, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e diabete mellitus; População de risco (estimada) na faixa etária de 20 a 70 anos: 6.195.729; total de consultas habitante/ano: 12.391.458 (2 consultas/ano por habitante)." (SMS, 1995b, p. 28)*

As consultas, exames, medicamentos, urgências, etc. são então previstos, e, a partir daí, globalizada a previsão de gastos orçamentários para o exercício de 1995.

Quanto à implementação do Plano propriamente dito, estava previsto:

> *"I- Estimular as gerências locais, para viabilizar: readequação de rede física e recursos humanos; readequação de fluxo de atendimento (agendamento referência - contra referência); implementação de programas orientados para atenção aos principais agravos; revisão do sistema de informação. II- Capacitação de Recursos Humanos: preparo das gerências para a efetivação do modelo assistencial proposto pelo plano; preparo dos profissionais para realizar a atenção aos agravos, principalmente na área de urgência, nas ações preventivas e de atenção ao parto. III- Preparar a esfera administrativa para oferecer suporte ideal para concretização do Plano: organização de sistema de administração de materiais (informatização); organização das ações de recursos humanos para atender as necessidades geradas pelo plano (informatização); adequação da rede física de acordo com as necessidades identificadas; revisão e adequação dos tipos de leitos oferecidos em cada região (leitos de maternidades, trauma). IV- Acompanhamento das metas: planejadas (avaliação da produção atingida; impacto (avaliação de indicadores); desempenho: gerencial (execução orçamentária, suprimentos, recursos humanos, rede física); programático (avaliação da implementação e do desenvolvimento dos programas); satisfação*

[5] *O quadro de "Agravos/riscos identificados no Município de São Paulo" foi: 1o. - doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; afecções do período perinatal; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; 2o. - Aids; 3o. - neoplasia ginecológica; 4o. - causas externas; 5o. - doenças infecciosas e parasitárias; 6o. - cárie dental; 7o. - transtornos mentais; 8o. - doenças profissionais (SMS, 1995b).*

popular (aumento da participação popular). V- Revisão do processo de planejamento." (SMS, 1995b, p. 35-37)

É uma abordagem que privilegia aspectos de uma suposta racionalização do serviço público, em que as palavras chaves são de cunho nitidamente empresarial; a preocupação gerencial, a sobrevalorização do planejamento, como principal ferramenta de trabalho, e a concepção verticalizada de todo o processo relegam eventuais interações participativas da população com este a um papel totalmente secundário. Não se dá qualquer ênfase ao trabalho em equipe, à integração entre os recursos humanos, à construção de espaços de debate e reflexão a serem partilhados por técnicos, direções e pela própria população. Organizado o fluxograma, acertadas as diversas peças da engrenagem, o modelo proveria rapidamente as desejadas soluções.

Em setembro de 1996, tivemos oportunidade de entrevistar Raul Cutait, primeiro Secretário de Saúde da gestão 93/96[6].

De uma forma geral, o depoimento do ex-Secretário revela que esse período inicial se caracterizou como uma transição entre o governo anterior e o novo, em que muitas das propostas da gestão 89/92 estavam, até por inércia, em pleno vigor. Em diversos momentos, revela claramente sua intenção de dar continuidade a diversas dessas propostas: "eu deixava muito claro que estava a fim de apoiar as boas idéias, não era uma questão partidária" (p.5). Particularmente, cita as iniciativas na área da saúde mental como positivas: "Os Centros de Convivência e a experiência dos Hospitais-Dia eram muito interessantes" (p.4), reconhecendo que à questão da saúde da pessoa portadora de deficiência não foi dada muita importância, durante o período em que permaneceu à frente da SMS - "Você sabe que reabilitação fica lá no fim da lista (...) no meu tempo lá avançamos muito pouco" (p.8). De qualquer maneira, considerou como relevante, para seu trabalho, as ações programáticas coordenadas pelo COAS:

---

[6]*Foram Secretários Municipais de Saúde de São Paulo, na gestão 93/96: o médico e professor Raul Cutait (1993); o também médico e professor Silvano Mário Atílio Raia (de setembro de 1993 a janeiro de 1995); o sociólogo e ex-Secretário Municipal dos Transportes Getúlio Hanashiro (1995) e, finalmente, o engenheiro Roberto Paulo Richter (1995 e 1996). A psiquiatra Carmen Silva P. L. Mazelli foi a Coordenadora do Programa de Atenção à Saúde Mental da SMS, durante toda gestão 93/96. A Coordenação do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Deficiente foi exercida pela*

> *"Um pilar importante eram os programas matriciais, que valem para toda rede, que são atenção à mulher, à criança, ao idoso, AIDS, saúde mental e etc. São programas que ficam espalhados dentro da Secretaria com determinadas filosofias definidas, projetos que são mais abrangentes e que dependem de uma estabilidade de comando técnico." (Raul Cutait, p. 2)*

A concordância desse gestor, em relação à manutenção de determinados programas e serviços de interesse público, não passam, entretanto, do ponto de vista da ação política, por qualquer tipo de interação planejada entre prefeitura e população organizada (movimentos) que visasse debatê-los e garanti-los, como era a tônica da gestão anterior. Sua concepção, bastante distinta, pode ser ilustrada pelo trecho a seguir:

> *"Dentro dessa idéia de dar estabilidade para os projetos técnicos estávamos procurando associar os grandes projetos a instituições públicas, filantrópicas, nacionais e internacionais, que pudessem ajudar a conduzir determinados projetos. (...) Minha idéia era que (...) tivessem como donos não só a Prefeitura, mas também várias ONGs, o Rotary, a Organização Panamericana de Saúde (...) a Prefeitura seria a coordenadora, mas não exclusivamente quem decidiria." (Raul Cutait, p. 2)*

Perpassa sua entrevista uma preocupação marcante com aspectos mais gerenciais do serviço público: "seria um pilar da minha gestão (...) fazer um grande programa de capacitação gerencial, para criar uma condição interna de atuação melhor do que a que vinha ocorrendo até então" (p.1).

Ao mesmo tempo, Cutait menciona os recursos humanos como fator limitante, voltando ao tema da falta de instrumentos de gerenciamento público adequado destes por diversas vezes. A falta de incentivo à produtividade é um argumento recorrente de seu discurso:

> *"quanto mais você se esforça mais melhora o atendimento e mais gente vem para lá (..) logo, quanto melhor você for, mais você trabalha, não para atender aquela demanda que está lá, mas para atender a que vai chegar (...) se eu trabalhar até me matar ou não trabalhar nada é a mesma coisa." (Raul Cutait, p. 6)*

---

psicóloga Aracy Nallin por alguns meses em 1993 e, a partir de julho de 1993 até o final da gestão, pelo pediatra José Torres Assunção.

Por isso propunha, como um segundo pilar de sua gestão, o enfrentamento da questão relativa à necessidade de melhoria do gerenciamento do sistema público de saúde no plano técnico-jurídico, capacitando-se recursos humanos especificamente para funções de chefia, e buscando-se:

> *"criar uma lei - isso chegou a acontecer - que instituísse um projeto de cargos e carreiras, que estaria acoplado a uma divisão no setor público em áreas que tivessem uma certa conotação acadêmica. O que quer dizer isso? Que daríamos a chefia dos serviços médicos para pessoas que se capacitassem para ser os chefes e não mais por indicação dos diretores administrativos." (Raul Cutait, p. 1)*

Apesar dessa fala (que é restrita aos meses de 1993, em que Raul Cutait permaneceu à frente da Secretaria), no sentido da manutenção dos programas antigos, o que se observa, com o passar do tempo, por falta de priorização da saúde como um todo, é uma desestruturação progressiva dos serviços, recursos humanos, etc., na área, conforme depoimento dos próprios gestores:

> *"(...) a gente não conseguiu renovar, nessa administração, o projeto comunitário. Os processos se perderam. Não havia interesse. Ninguém foi atrás. E houve muita mudança de Secretário e, conseqüentemente, de Secretário Adjunto, e então o Secretário Adjunto atual perguntava se o Secretário Adjunto [antigo] não tinha levado [os processos]. Então as coisas se diluíram, não se encontravam [os processos]; foram barreiras invisíveis, intransponíveis." (José T. Assunção, Coordenador do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Deficiente, p. 6)*

Essas afirmações de continuísmo das políticas anteriores, ao mesmo tempo em que é relatado um declínio das condições objetivas para isso necessárias (tanto na saúde em geral como nos programas), seja do ponto de vista de equipamentos e materiais, seja do de recursos humanos – salários, condições de trabalho, estão presentes nas entrevistas com o Coordenador do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Deficiente do COAS/SMS, durante a gestão 93/96, e sua assessora, a psicóloga Elisabete Bregantini. Assertivas similares constam igualmente do depoimento da Coordenadora do Programa de Atenção à Saúde Mental, Carmen Silva Mazelli, que, infelizmente, não pudemos gravar.

O segundo Secretário Municipal de Saúde, Silvano Mário Atílio Raia, comungava, em linhas gerais, com seu antecessor, considerando que "a questão central a ser enfrentada no setor da saúde é a do gerenciamento, dada a mentalidade do funcionalismo público e o 'ranço' do setor público, com hábitos 'medulares'." (apud Cohn et al., 1997, p.72). As análises de que havia um "alto grau de desperdício na produção dos serviços" e que a "população sabe fiscalizar mas não gerir", eram duas máximas do período, ainda em consonância com a fonte acima citada, que afirma também:

> *"(...)os dois primeiros titulares da pasta da saúde, diante do diagnóstico da ineficiência e ineficácia crônica do setor estatal, respondem com propostas inerentes ao âmbito da Saúde Pública: reafirmação do SUS, embora reconhecendo seus impasses, aumento salarial, qualificação e treinamento dos profissionais, e, para o caso do atendimento hospitalar, associações com hospitais de ensino, sendo que com ênfases abre-se a possibilidade para também se desenvolver associações, com o setor privado lucrativo, de produção de serviços de saúde." (Conh et al., 1997, p. 72)*

A partir da terceira gestão, com Getúlio Hanashiro, inicia-se uma mudança qualitativa no enfrentamento da 'crise crônica da saúde', objetivando alterar radicalmente o gerenciamento do sistema. Apesar do diagnóstico anterior permanecer inalterado, aceita-se como um dado de realidade que não existem mecanismos de controle eficazes do poder público sobre a saúde. Assim, germina a idéia de uma gestão compartilhada, com a constituição de cooperativas, visando-se o que, na ótica do governo, seria a superação das dificuldades de gerenciamento dos recursos humanos, abrindo-se também espaço para a terceirização e, portanto, para a 'otimização' de determinados serviços (Conh et al., 1997).

Estas idéias iriam ser consolidadas ao longo do tempo, discutidas publicamente durante o ano de 1995, e depois adotadas efetivamente, já no último ano de governo (1996) e com Roberto Paulo Richter na direção da SMS, após muitos enfrentamentos políticos e mesmo jurídicos, com a implantação do PAS na cidade de São Paulo.

Antes de passarmos à análise feita pelos dos gestores regionais e distritais dessa administração, na ARS-6, contudo, uma palavra sobre o que parece ter sido uma estratégia relevante da gestão 93/96: a impressão que se tem, comparando os depoimentos dos assessores governamentais de primeiro e segundo escalões, é que

havia uma certa desconexão entre este último nível e o 'núcleo duro' do governo, isto é, prefeito e auxiliares diretos. Uma leitura possível é a de que havia uma desinformação daquele segundo escalão em relação às verdadeiras propostas da gestão; o que, aliás, é um quadro perfeitamente compatível com o grau de centralização e autoritarismo presentes, enquanto parte integrante da própria proposta política vigente.

Segundo os gestores regionais e distritais do governo 93/96

As entrevistas realizadas com os gestores regionais e distritais (93/96) da ARS-6 apontam, em linhas gerais, na mesma direção do exposto pelos gestores centrais.

Assim é que o Diretor da ARS-6, Gilberto Morayama e seu assessor Sérgio Matsudo, afirmam igualmente o apoio, a manutenção, o aprofundamento e o aperfeiçoamento das propostas e programas em vigor anteriormente.

Percebe-se contudo que, ao longo dos anos, não foi isso o que ocorreu, e que as dificuldades concretas da gestão, por falta de verbas, de investimento nos vários equipamentos e de recursos humanos, se avolumaram sucessivamente.

Tomamos também o depoimento dos Diretores dos Distritos de Ermelino Matarazzo, Itaim Paulista e São Miguel Paulista, respectivamente José Martins, Carlos Velucci e Wanderley D'Ângelo, que, novamente, afirmaram a referida continuidade.

José Martins fez elogios às propostas e programas anteriores:

> *"Para mim, foi gratificante, foi muito interessante. Eu conheci o HD, os seus serviços, como eram desenvolvidos os seus trabalhos; eu não tinha noção dessas coisas (...) era um trabalho novo, uma coisa relativamente nova, mesmo dentro de São Paulo, e que parece que tinha um resultado muito bom. Era a tal da desinternação (...) ou um outro nome. Mas, em última análise, era a desinternação do paciente que era crônico, que vivia confinado." (p. 2)*

E, mais adiante:

> *"Conheci o CeCCo, que era uma outra grande novidade. (...) [os usuários eram] pessoas que estão internadas dentro de casa e que não pertencem ao nosso mundo, que estão confinadas, são escondidas ou não têm oportunidade de aparecer. Lá seria um lugar onde elas estariam se relacionando, onde é feito todo um trabalho de equipe, de grupos, em cima dessas pessoas, criando alguns*

tipos de lazer, de trabalho (...) até horta tinha lá, e isso atraía as pessoas." (p. 4)

Afirmou, ainda, em relação à gestão Luiza Erundina, que "nós não mudamos nenhum dos programas", pontuando que a política praticada foi de continuação das ações anteriores e reconhecendo que, no período 93/95,

> *"houve muita debandada, muita saída de profissionais por motivo de salário, fundamentalmente. (...) A Erundina fez concursos (...) realmente investiu. Ela aumentou a rede, digamos assim. As pessoas vieram atraídas pelo trabalho e pelo salário. E com o passar do tempo, parece que não se conseguiu manter muito interessante esse salário; talvez por causa da inflação, ele foi se corroendo, foi voltando a cair e as coisas foram desestimuladas." (p. 13)*

Carlos Velucci também registrou basicamente o mesmo para o Distrito de Itaim Paulista. Considerou, contudo, que:

> *"o que contribuiu muito também para a saída de profissionais da região foi a remoção zerada, que foi um grande furo, um grande erro da administração Erundina. Desestruturou todo o trabalho, não só em termos de atendimento como também a parte administrativa." (p. 19)*

Criticou, ao mesmo tempo, algumas políticas administrativas de saúde da gestão 93/96:

> *"Aqui na ARS-6 nós temos um plano regional, específico, de saúde. (...) Mas eu acho muito errado isso (...): o Distrito de Itaim não tem nada a ver com o Distrito de Ermelino. As populações são totalmente diferentes, as necessidades de um são totalmente diferentes da do outro. (...) E quando você junta o plano municipal de saúde e concentra ele todo ali, você perde muito, porque ou você subestima, ou você superestima. (...) Porque quando você trabalha a distritalização, você tem aquilo que é realmente na região, você mostra o que é, em termos de saúde pública, aquela região, todos os problemas que ela tem, tanto sanitário como epidemiológico (...) tanto é que a gente retomou o processo de territorialização (...) quando chegou aqui na ARS-6 e condensou, sumiu tudo aquilo que a gente tinha feito. Então aquilo que era prioridade número um para mim, afecções peri-natais, já que eu tinha um índice muito grande de mortalidade infantil e materna, em detrimento à carência que eu tinha de pré-natal, se perdeu." (p. 12-13)*

Os depoimentos dos diretores dos três distritos de saúde da ARS-6 têm muito em comum, ainda no tocante ao continuísmo dos programas anteriores e à visão de que boa parte dos problemas presentes no serviço público são na verdade questões de gerenciamento.

Já no que se refere às áreas específicas da saúde abordadas neste trabalho, as entrevistas com João Coimbra, Interlocutor de Saúde Mental da ARS-6 (93/96), e Coordenador de Saúde Mental de Ermelino Matarazzo no período 90/96, e com Nancy Santos e Paulete Silva, Interlocutoras da Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência na ARS-6, não divergem das anteriores, em relação aos tópicos já comentados. Os gestores defendem as propostas em andamento, em continuidade ao que vinha sendo feito, mas percebem que não há o mesmo investimento por parte da administração central e que, em relação a isso, seu próprio poder é restrito.

João Coimbra – bem como as Interlocutoras da Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e demais assessores entrevistados em cada um dos distritos da ARS-6, nas áreas de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência – se dava conta de que os esforços iam ainda na mesma direção, mas com dificuldades crescentes. Dizia ele:

> *"A proposta continua, o trabalho continua. A diferença é que, por exemplo, no início, quando nós tínhamos 20 leitos na enfermaria – hoje só tem 8, a gente conseguia absorver praticamente 90% da demanda de pessoas que precisavam ser internadas. Hoje, a gente consegue absorver só a metade dos que precisam ser internados – a outra metade está indo para o manicômio, como excedente. Quer dizer, não é possível lotar a enfermaria com poucos leitos e deixar todo o restante ao pronto-socorro, indefinidamente. (...) Então a porta [fechada para o manicômio] foi, digamos assim, semi-aberta. Com o risco de ficar escancarada e se inverter o processo. (...) O que sobrava e se encaminhava para o manicômio era irrisório, algo como 3% (...) de 3% passa, hoje, para 50%." (João Coimbra, p.4-5)*

> *"Nossa luta, como interlocutores, era introduzir o programa de atenção à pessoa portadora de deficiência nas UBSs onde [este programa] não existisse, e também estar ampliando esse programa em todas as unidades.(...) Além da falta de recursos materiais, começou a faltar recurso humano, principalmente médicos. As filas de espera eram constantes. A administração não favorecia quase nada. Então ia ficando muito difícil." (Nancy Santos, p. 13-14)*

As propostas de saúde da gestão 93/96 na ótica das Conferências Municipais de Saúde

Realizaram-se, no período 93/95, três Conferências Municipais de Saúde em São Paulo.

A primeira delas – a IV Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em setembro de 1993, defendia vigorosamente, em suas resoluções finais, a preservação

e a implantação progressivos do SUS em São Paulo e o aprofundamento da descentralização, através do avanço da municipalização da saúde.

Quanto a este último ponto, reivindicava-se que esta tivesse "como base o Convênio de Municipalização assinado entre os governos do Estado (de São Paulo) e a Prefeitura, em setembro de 1992." (SMS, 1993, p.7)

Aquelas resoluções propunham:

> *"tendo em vista que a atual direção da Secretaria Municipal de Saúde se omitiu durante todo este ano, [devemos] exigir que seja assumida a efetiva gestão do SUS em São Paulo, tanto em unidades estaduais, como em ações de vigilância epidemiológica e sanitária, bem como a fiscalização dos serviços privados, contratados e conveniados, no prazo máximo do primeiro semestre de 1994." (p. 7)*

O documento, extenso, trata cuidadosamente de questões como recursos humanos, controle social e financiamento da saúde, expondo reivindicações e deixando transparecer (a exemplo do trecho acima), de um lado, o descontentamento dos signatários quanto ao tratamento que a gestão 93/96, embora ainda no seu início, vinha dando à saúde, e, de outro, seu apreço aos rumos que anteriormente (gestão 89/92) se imprimiam às políticas da área.

A V Conferência Municipal de Saúde ocorreu já em fins (dezembro) de 1994, reafirmando que "A municipalização e o SUS continuam sendo as únicas propostas viáveis para melhorar as condições de saúde da população" (SMS, 1994, p.1), tecendo porém, já então, fortes críticas à gestão em curso.

Alguns trechos desse documento são bastante ilustrativos:

> *"A municipalização dos serviços de saúde, que até a presente data não se concretizou na cidade de São Paulo, sofre duros golpes e 'acidentes de percurso' que só o descompromisso com o sistema público e com a legalidade podem explicar." (SMS, 1994, p. 1)*

E, mais adiante:

> *"Nos últimos anos, o Município de São Paulo tem dado passos importantes, porém descontínuos, para implantar o Sistema Único de Saúde. Muito esforço foi feito para que a municipalização dos serviços de saúde se fizesse integralmente e*

> *com o repasse necessário de recursos. Infelizmente, o descompromisso com o SUS e a não priorização deste objetivo pelos governos municipal e estadual praticamente inviabilizaram que o processo de municipalização fosse concluído, de forma que o município passasse a ser o gestor único dos serviços. Ao final de 1992, o convênio firmado com o governo estadual regularizou a situação das 51 unidades de saúde municipalizadas no período de 89 a 92 e abriu a perspectiva de se concluir a municipalização. Porém, desde então, pouco esforço foi feito para dar continuidade ao processo." (SMS, 1994, p. 2)*

A V Conferência se reporta, mais uma vez, pois, ao convênio de 1992, denunciando num tom muito mais direto a gestão 93/96 pela descontinuidade real do que vinha sendo implantado, e acusando o governo de agir ilegal e inconstitucionalmente. Reforça-se portanto, neste depoimento, uma séria divergência entre a visão expressa pelos conferencistas – que consideram que houve mudança diametral nas políticas municipais de saúde, e a avaliação, como vimos acima, de alguns dos gestores da gestão 93/96.

A VI Conferência Municipal de Saúde, realizada um ano depois, vive não apenas o clima de enfrentamento direto do desmonte da municipalização e da reversão da implantação do SUS, como também a luta contra as políticas que finalmente o governo 93/96 explicita com clareza para o setor, isto é, as expressas no 'Plano de Atendimento à Saúde' – o PAS. Nesse ano, o documento tese produzido pela Comissão Organizadora da Conferência é muito mais enfático e contundente, até porque já se passaram três anos de gestão e a análise agora pode ser feita a partir de um conjunto muito maior de fatos concretos:

> *"Desde a posse do atual Prefeito, o Sr. Paulo Maluf, o sistema municipal de saúde vem sendo desmontado. Se antes os serviços eram organizados, respeitando-se a situação de vida e de saúde da população, de forma descentralizada, através das Administrações Regionais de Saúde e Distritos de Saúde, hoje arrasa-se o modelo preconizado pela Reforma Sanitária. Em seu lugar, [instala-se] o furor centralizador e a permuta de cargos, procedimentos desprovidos de todo sentido social. O objetivo do prefeito é claro: desacreditar o setor público, para impingir, à população, projetos mirabolantes que, na verdade, visam a transferência da gestão dos serviços de saúde aos poderosos interesses econômicos, sem qualquer controle social. O exemplo mais refinado desta estratégia é o PAS." (SMS, 1995, p. 3)*

O documento segue demonstrando que o PAS despreza o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a eqüidade e a integralidade da atenção e, ao

mesmo tempo, que o Prefeito e o Secretário Municipal de Saúde vêm desrespeitando a legislação vigente. É uma denúncia veemente do que, ao ver dos congressistas, representa a culminação do processo – naquele instante já em curso há três anos – de desestruturação da saúde pública e sua substituição pela iniciativa privada, deixando "usuários e trabalhadores à mercê dos empresários [da saúde], que, todos conhecemos, são os mais insensíveis do planeta." (SMS, 1995, p.3)

Em resumo, percebe-se um alinhamento bastante grande entre análises e conclusões presentes nos sucessivos documentos das Conferências Municipais de Saúde de São Paulo ocorridas durante a gestão 93/96, em que, cada vez mais, fica clara a constatação do descaso com que estas viram o tratamento da saúde pública na cidade, de forma que, finalmente, em 1995, o governo abriu espaço para sua proposta de privatização do setor, através do PAS.

As propostas da gestão 93/96 na ótica dos gestores centrais do governo 89/92

Os gestores do governo 89/92, na área da saúde, vêem nas políticas implementadas pela administração seguinte a negação das que vinham implantando, com sua conseqüente desestruturação destas, o desmonte do SUS e a abertura de espaço para a privatização de serviços. Todos os depoimentos apontam nessa direção.

O ex-Secretário Municipal de Saúde (90/92) assim descreve o novo quadro:

> *"(...) entrou um governo radicalmente oposto ao nosso, que não permite qualquer nível de diálogo com a proposta que nós vínhamos implantando. O que houve foi uma interrupção completa da implantação do SUS (...) mantiveram o município como um mero prestador de serviços, sendo remunerado pelo governo federal pelo atendimento ambulatorial e hospitalar que fazem; bloquearam o desenvolvimento das políticas inovadoras que estávamos implantando na cidade; não valorizaram a área de epidemiologia, de informação em saúde, de articulação dessa política de informação com a implementação dos programas inovadores. Assim, voltou-se a uma lógica tradicional, em desacordo inclusive com o tipo de profissionais que nós tínhamos agora na Secretaria da Saúde. Ou seja, o governo atual não tem uma proposta de saúde pública, marginaliza o profissional que se especializou em saúde pública e acha que uma equipe multiprofissional como nós criamos é uma coisa desnecessária, um luxo, da mesma forma que não teria feito o investimento que nós fizemos na construção de hospitais modernos instalados na periferia de São Paulo. De lá para cá, o que se*

> *observa é um progressivo sucateamento desses equipamentos e uma marginalização desses servidores, seja ao não [se] propiciarem condições de trabalho, seja inclusive pelo arrocho salarial. Hoje, existem na Secretaria da Saúde trinta mil funcionários; doze mil já pediram demissão desde que o Maluf assumiu." (Carlos Neder, p. 11)*

Neder considera também que, durante a administração 93/96, foi duramente limitada a participação popular na área da saúde, que anteriormente se dava através do Fóro da Cidade, do Conselho Municipal de Saúde ou dos Conselhos Gestores, deixados pela gestão anterior. Segundo ele, à época da entrevista (1996), grande parte dos 165 Conselhos Gestores previamente instalados (incluindo os níveis regional, dos distritos e das unidades de saúde) havia sido desativada e os demais enfrentavam muitas dificuldades, pois a Prefeitura se negava a dar informações e a garantir espaço para as necessárias reuniões, dificultando a participação dos trabalhadores e apostando na desmobilização da sociedade.

Em relação à questão dos recursos humanos, Neder expõe igualmente o que considera retrocessos e desconstruções do que havia sido feito durante sua gestão, através do que se denominou "Remoção Zerada" ou "Remoção Eletiva", com a retomada de uma estruturação indutora do clientelismo e do favorecimento políticos, na área de pessoal. Como já vimos, essa política de pessoal estabelecida pela SMS na gestão anterior, consistiu na disponibilização de todas as vagas existentes na Secretaria, para escolha dos trabalhadores da saúde, após definidos uma série de critérios. As pessoas optaram segundo sua classificação em concurso e seu tempo de serviço na Prefeitura, sendo beneficiados, num primeiro momento, os funcionários efetivos; depois, vieram os que, mesmo não concursados, eram estáveis; e, por último, ficaram os que não eram estáveis e tinham menor tempo de serviço.

> *"Hoje, quando a população luta contra o PAS, ela tem o apoio dos servidores que estão brigando (...) para que? Primeiro, para ter o ganho que tinham na época da Luíza - hoje, a única forma da pessoa ter esse ganho é se sujeitando a entrar numa cooperativa privada, num negócio escuso, que com certeza mais à frente a Justiça vai dizer que é totalmente inconstitucional, apesar de ter sido votada uma lei na Câmara Municipal. Segundo, que essas pessoas estão hoje lutando para permanecer nos lugares onde elas se encontram (...) e por que elas se encontram hoje num lugar bom? Porque elas fizeram essa opção numa remoção onde puderam escolher o seu lugar de trabalho próximo ao local onde residem." (Carlos Neder, p. 22)*

Na área específica de saúde mental a avaliação é concordante, em termos gerais, com o alinhavado acima. Tanto o ex-Assessor de Saúde Mental da SMS, Nacile Daud Jr., como a ex-Assessora de Saúde da Pessoa Deficiente da SMS, Rosa de Lourdes Sousa, do governo 89/92, vêem a política do governo 93/96 como oposta à de sua gestão.

> *"O governo Maluf cortou mesmo uma série de coisas que nós deixamos encaminhadas, como, por exemplo, a política de capacitação; nós deixamos inclusive orçamento viabilizando a supervisão continuada. O Instituto de Psicologia da USP, com quem havíamos firmado um convênio, fez várias gestões junto à Prefeitura para manter o trabalho que vinha sendo feito e não conseguiu. Os 'caras' não queriam nem conversar." (Daud Jr., p. 72)*

Daud Jr. e Rosa de Lourdes Santos diferenciam os três primeiros anos de gestão da investida final (quarto ano), com a implantação do PAS, em que este caráter se explicitou de maneira dramática. Consideram ambos que os ataques dos primeiros anos se restringiram ao 'mero' sucateamento de recursos físicos e humanos, relegados ao descaso pela administração municipal, enquanto que, em 1996, foi finalmente implantada uma proposta que se contrapunha frontalmente ao trabalho que vinha sendo feito.

A ótica dos gestores regionais e distritais do governo 89/92

Na região, de acordo com Jorge Kaiano, ex-Diretor da ARS-6,

> *"de 93 para cá foi-se desestruturando, [a saúde] (...), foi-se desestimulando o profissional a se questionar, a pensar no seu mundo de trabalho e [levando-o] a ficar cada vez mais isolado naquele pequeno trabalho que eles começaram na época anterior, num processo mais de resistência à destruição daquilo que se havia iniciado do que de ampliação e aprofundamento da experiência" (p. 18)*

Esse desestímulo, na periferia do município de São Paulo, passou também, objetivamente, pela questão salarial. Além da retração generalizada dos vencimentos dos funcionários – que se abateu sobre todos os servidores – a região viveu questões específicas, como a referente ao adicional de distância, já referido anteriormente.

Comenta Kaiano que "atualmente, isso está totalmente fora. O grande adicional hoje, na Prefeitura, é por produtividade. Plantão e atendimento de urgência." (p.7)

Para os gestores entrevistados a 'vontade política' da gestão, se não é suficiente, é necessária para qualquer trabalho acontecer no setor público. Avaliaram que a administração 93/96 nunca pretendeu que a assistência pública à saúde no município avançasse quantitativa ou qualitativamente.

> *"A questão da vontade política é o gancho principal. Não se tem como trabalhar neste meio [serviço público de saúde] se não se tiver vontade política. (...) A minha expectativa de alguma continuidade das propostas que vínhamos desenvolvendo aqui no Distrito de Itaim Paulista durou três meses. Por conta de termos discutido, na administração passada, a necessidade de tentarmos um processo de continuidade, eu e alguns outros técnicos resolvemos continuar trabalhando no Distrito, fazendo a passagem com o atual diretor. Três meses foi o tempo que eu precisei para 'sacar' que eles não têm autonomia nenhuma, que eles não têm respaldo nenhum. A coisa vem pronta de cima pra baixo e é 'cumpra-se' mesmo, sem discussão alguma. Só interessa o que o Maluf e os secretários querem. Independe dos demais gestores e técnicos. É isto que está acontecendo também, agora, com o PAS." (Célia Portoleto, ex-Diretora do DS 6.3, p. 18-19)*

Alguns dos gestores regionais e distritais entenderam que houve, por parte da população, uma percepção clara da mudança de prioridades ocorrida com a saída de Luiza Erundina e a entrada de Paulo Maluf:

> *"Tanto que uma das poucas coisas que sobram hoje, na população em geral, da imagem do que foi a administração Luíza, está na saúde. E está na percepção de uma 'degringola' que o Maluf fez na saúde e, para esse reconhecimento, é que o Maluf está criando o tal do PAS, para tentar tapar esse buraco que ele abriu nesses quatro anos. É uma das áreas que a população tem muito claro essa visão de mudança: 'Olha, estava melhorando, estava satisfeito, e ele degringolou'." (Jorge Kayano, p. 32)*

A ex-Assessora da ARS-6, Isabel Cristina Lopes, comenta igualmente – e de forma emocionada – esse 'degringolar' da gestão 93/96, mas o relativiza, apontando também para problemas gerais no setor de recursos humanos, que considera terem contribuído para a não continuidade das novas ações na saúde. Sobre a questão dos portadores de deficiência, por exemplo, diz o seguinte:

> *"Pode ser uma heresia o que eu vou falar, mas grande parte do que explica os serviços estarem deteriorados não é só o governo Maluf, mas também a postura dos profissionais. Já no governo da Luíza, que tentava investir num melhor salário, que tentava investir num processo de formação, que fez convênios com a USP e com a PUC, que tentou investir nisso aí, já era difícil das pessoas acharem legal ter essas coisas (...). Então, eu acho que essa coisa, esse compromisso de fazer diferente, de poder pegar o teu referencial de profissão para colaborar, mudar um pouco a cara do mundo, acaba sendo meio utópico, um sonho. Eu acho que tem um pedaço aí muito significativo que está na mão do trabalhador." (p. 12)*

Essa é uma fala importante, pois Isabel C. Lopes, se não deixa de registrar, em seu depoimento, o problema central – a guinada radical dada pela gestão 93/96 e seu descompromisso com as áreas sociais, busca ao mesmo tempo analisar os demais fatores que, a médio e longo prazo, contribuíram e contribuem para o retrocesso e/ou a limitação de alcance do que havia sido implantado.

As propostas do governo 93/96 no cotidiano dos serviços de saúde: a ótica dos técnicos e gestores locais

Os técnicos entrevistados consideraram que a gestão 93/96 não pretendeu implementar nada de novo em termos de saúde da pessoa portadora de deficiência e saúde mental. Avaliaram ainda que essa gestão não teve, dentre as suas prioridades, o avanço, ou mesmo a permanência, nos níveis da administração que a precedeu, dos patamares de assistência municipal à saúde anteriormente vigentes. Perceberam certa continuidade e desenvolvimento da implantação das propostas da gestão 89/92, durante 1993 e até meados de 1994; a partir daí (final de 1994) tornaram-se mais visíveis os sinais do que foi denominado por eles de 'desestruturação', 'desmonte' e 'sucateamento' dos serviços públicos municipais, tanto no campo da saúde em geral, na perspectiva do SUS, como nas áreas específicas, tendo sido afetados, portanto, os programas iniciados na gestão 89/92.

A absoluta maioria dos gestores locais entrevistados (de ambas as gestões) compartilha essas considerações e avaliações, principalmente aqueles gestores dos novos serviços: Emergência Psiquiátrica e Enfermaria de Saúde Mental nos hospitais gerais; HDs, CeCCos e Unidade de Reabilitação. Alguns gestores de UBSs, do período 93/96, imputaram à dificuldade de se conseguir trazer recursos humanos, gerais e especializados, para uma região periférica da cidade - e aí mantê-

los - a ‘desestruturação’ da proposta de ampliação da assistência e das ações profissionais nas UBSs, apesar da ‘vontade expressa’ da administração 93/96, no sentido de lhe dar continuidade.

> *“A nova administração não foi clara, não disse: ‘Vamos acabar com tudo.’ Mas não se tinha interesse em que as coisas andassem na saúde, em qualquer área. Nós tínhamos dificuldades que vinham da gestão anterior, havia técnicos que resistiam a trabalhar com psicóticos nas UBSs, em trabalhar em equipe, mas na medida [em] que a atual administração não se interessava e foi cortando salários, não dando retaguarda, o trabalho foi minando aos poucos. O atual governo não deixa claro o que pretende, está ocorrendo a mesma coisa agora com o PAS, ninguém sabe o que vai ser.” (Maria S. Rizzato, psicóloga de UBS, p. 18)*

> *“A proposta [de saúde mental] foi implantada na gestão anterior; vem se desenvolvendo desde então. Os resultados estão sendo colhidos. E hoje ela se mantém. A gestão atual mantém a mesma proposta, só que ela não está todo vapor, está a meio vapor, apenas isso. (...) A gente tá podendo trabalhar 50% da expectativa, porque estamos com 50% da capacidade de pessoal e de leitos.” (João Coimbra, psiquiatra e gestor local da Emergência e Enfermaria de Saúde Mental em ambas as gestões, p. 16)*

> *“No começo da gestão atual a gente teve certo apoio, não vou dizer que não. Não como na gestão anterior, mas teve. Este HD foi inaugurado em dezembro de 92, logo ele funcionou mesmo nesta gestão. Eles respondiam às solicitações administrativas da gente: material, consertos. Tinha que suar, demorava um pouco, mas vinha. Não havia um boicote da proposta, do trabalho. (...) A própria normatização das ações do HD foi oficializada nesta gestão – promoveu-se dois encontros do pessoal de HD. (...) Mas o salário foi baixando e com salários super-baixos não se consegue manter nada. Nas UBSs o pessoal foi saindo primeiro, principalmente os médicos. No HD os técnicos que tinham um ideal maior do tipo de trabalho foram ficando e tentando manter o trabalho. Mas é difícil porque essa gestão, além do salário baixo, não dá estímulo nenhum e cobra produtividade. É uma política que não apoia e exige. A gente segurou por um tempo, mas com essa história do PAS a coisa começou a degringolar.” (Valéria Nador, psiquiatra e gestora local de HD em ambas as gestões, p. 9, 11 e 13)*

> *“Nós sabíamos que, com a vitória do Maluf, as coisas na saúde iam piorar muito – isso jamais foi uma prioridade pra ele, muito menos a saúde mental e as propostas nas quais a gente acreditava. Já havia muitas dificuldades com uma gestão interessada; [tínhamos consciência de que] ficaria complicadíssimo com uma gestão que a gente sabia que queria minar a saúde pública. Cheguei a ir em algumas reuniões no COAS, mas a assessora de saúde mental da SMS me pareceu muito autoritária e não muito interessada no que estava acontecendo nos serviços. A seguir as reuniões foram fechadas para os interlocutores de distritos; só seriam com os interlocutores das ARS. Nós, do Itaim, ficamos isolados, sem saber de mais nada. Não chegava nada. Começou a minar o trabalho, devagar. A gente até recebia algum material, mas isso era uma ação do Distrito. Eu acompanhei até início de 94. O diretor do distrito mostrava algum interesse. O discurso dele sempre foi de continuidade e ele nos apoiou em*

algumas situações, mas, na verdade, nosso trabalho não era valorizado, não se tinha um interesse real." (Denise Molina, psicóloga e gestora local em ambas as gestões de CeCCo, p. 12-13).

"Quando mudou a administração nós perguntamos para o diretor do hospital o que eles esperavam da gente, qual era o papel e o lugar que a reabilitação ocuparia no hospital e ele respondeu: 'Nenhum, nossa prioridade aqui é o pronto-socorro.'" (Maria de Lourdes Koara, fisioterapeuta e gestora local em ambas as gestões da Unidade de Reabilitação, p. 6)

"Eu acho que a proposta de saúde mental que se iniciou na outra gestão vinha funcionando muito bem. O pessoal que coordenava tinha uma preocupação muito grande. Eles trabalharam muito bem e mostraram resultados. Aqui no Distrito de São Miguel o pessoal do CeCCo, principalmente. Mas agora, com o PAS, eles saíram magoados, porque eles não queriam sair e não queriam aderir ao PAS. (...) Então não vai ser possível dar continuidade com eles, nós vamos ter que criar tudo de novo. Os novos técnicos do PAS vão ter que criar vínculos com as pessoas. Aqui na UBS também está sendo difícil. Mas nós vamos dar continuidade ao trabalho de saúde mental e do deficiente. Já temos um psiquiatra contratado." (Ana Cristina, pediatra e gestora local 93/96, de UBS, p. 12)

O momento em que realizamos essas entrevistas, abril a setembro de 1996, coincidiu com o período que antecedeu a implementação do PAS na região - assim como na maior parte da cidade -, estando estabelecida, para o término da efetiva implantação, a data limite de 03/07, em função do calendário eleitoral daquele ano.

As entrevistas foram realizadas nos serviços, quase em sua totalidade, e pudemos constatar - embora a implantação do PAS não fizesse parte de nossa investigação - a angústia que estava sendo vivenciada nesse processo por gestores locais e técnicos, por uma série de razões. Primeiro, devido à falta de informações relativas ao destino dos serviços e à sua integração ou não ao PAS, bem como ao seu próprio destino, enquanto funcionários da SMS (a absoluta maioria deles não aderiu ao sistema PAS e optou por continuar na SMS) e ao dos usuários que estavam em acompanhamento. Em segundo lugar, era conhecido o fato de que os gestores centrais e regionais tinham como estratégia a implantação surpresa - isto é, sem que houvesse aviso prévio do dia exato em que ela se daria, afim de evitar a organização de atos de protesto, como já havia ocorrido em outra região. Portanto, os técnicos sabiam que, à semelhança do que também já acontecera, poderiam, ao chegar aos equipamentos, um dia pela manhã, serem impedidos de entrar e/ou de terem contato quer com os usuários, quer com os profissionais contratados pelo PAS. Em conseqüência, as entrevistas foram pontuadas por enorme sentimento de indignação,

frente ao que classificavam como uma imensa violência profissional a que estavam sendo submetidos pela gestão 93/96.

Registre-se também que, até final de maio, considerava-se como provável, segundo informações de gestores regionais e distritais e da mídia, a hipótese de que os serviços específicos de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência viessem a permanecer na SMS, não sendo transferidos para o PAS, como veio a ocorrer com os serviços específicos referentes à AIDS e à saúde do trabalhador, por exemplo.

Alguns gestores locais da gestão 93/96 (04) e uns poucos técnicos (03), que nos declararam sua adesão ao sistema PAS, referiram sua expectativa de que o processo iniciado na gestão anterior pudesse avançar a partir das novas possibilidades que adviriam, face ao compromisso, assumido pelos gestores regionais e distritais, no sentido da continuidade desse processo no novo sistema.

Ficam assim, a partir dos depoimentos de técnicos e gestores locais, claramente diferenciados três momentos na ARS-6, durante a gestão 93/96. O primeiro, que compreendeu o ano de 1993 e foi até meados de 1994, caracterizado por uma certa continuidade e até mesmo avanços na implantação e consolidação das propostas em estudo. O segundo, a partir do final de 1994, indo até o final de 1995, marcado por um esvaziamento da rede e por dificuldades relativas à realização cotidiana do trabalho. E, finalmente, o ano de 1996, quando, a partir de 1° de janeiro, foi implantado o primeiro módulo do sistema PAS, em Pirituba, e passou-se a conviver com a 'ameaça' diária da finalização, por decreto, do trabalho na região. Este último momento foge do período sob análise neste trabalho.

As diferenças entre as gestões 89/92 e 93/96: a ótica dos usuários

Dentre os usuários entrevistados apenas 21% iniciaram seu atendimento na gestão 89/92, entre 1990 e 1992; 100% freqüentaram os diferentes serviços durante a gestão 93/96, sendo portanto 79% os que foram atendidos apenas nessa gestão; 48% seguiam sendo acompanhados em 1997, ano de realização das entrevistas.

Uma avaliação bastante comum entre todos eles é que, até a implantação do PAS, em 1996, os serviços foram essencialmente mantidos. As pessoas que os utilizaram e vivenciaram ambas as gestões, perceberam mudanças, em sua maior

parte relatadas como de natureza quantitativa, face à diminuição de recursos financeiros, materiais e humanos, até então.

A partir de março de 1996, quando se iniciou o processo de viabilização da implantação do PAS na região - que só veio a se completar no final de junho -, se experimentou uma grande desestruturação do atendimento, dada a não adesão da maioria dos técnicos e a constante possibilidade de serem deslocados de seus postos. Assim, em muitos serviços, passou-se a não se iniciar novos acompanhamentos, começando-se um trabalho de desligamento dos usuários que estavam em atendimento. Alguns usuários dos CeCCos e HDs que retornaram aos serviços no final de 1996 e em 1997 referem-se, então, a mudanças de ordem qualitativa nos serviços. Ressalte-se, porém, que nessa época o PAS ainda mantinha os novos equipamentos e os novos profissionais na região, à exceção – em muitas UBSs, da equipe de referência em saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência.

Vários entrevistados não quiseram (ou não se julgaram capazes) proceder a uma avaliação do atendimento recebido ou das diferenças percebidas entre as duas gestões. Outros tinham claro que, na gestão 93/96, a saúde em geral, mas especialmente a assistência à saúde mental e à saúde da pessoa portadora de deficiência, deixaram de ser uma prioridade. No decorrer das entrevistas evidencia-se a percepção da falta de recursos materiais e de técnicos para a realização dos atendimentos.

Não aparece como uma questão, para os usuários entrevistados, a participação na gestão e no controle dos serviços.

> *"Devia continuar o tratamento para ele [filho, portador de deficiência] aqui no posto. Antigamente era bom esse posto, a gente chegava a qualquer hora e a pessoa doente era atendida. Mas agora ficou muito ruim, eles não estão nem aí, dizem que não tem vaga, que não tem consulta, mesmo quando a gente tá doente. (...) Ele [Maluf] parou o atendimento, parou depois que entrou esse PAS. As meninas [terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogas e fonoaudiólogas] não quiseram ficar nesse sistema e aí mudou tudo. Mudou todo mundo. Eu já fui umas três ou quatro vezes lá pra ver se tem o atendimento e não tem." (E.15, p. 4-5)*

> *"Eu não sei sobre essas mudanças [diferenças percebidas entre as gestões]. Nós [esposa e usuário] não pegamos essa época. (...) Ele [marido] teve alta da Enfermaria e foi encaminhado para um posto aqui em São Miguel na Vila Jacuí. Lá ele era atendido pela psicóloga e pelo psiquiatra. Mas, pelo que a gente percebia, parece que o psiquiatra não estava contente com o trabalho dele; não sei se era mal pago. Quando a gente entrava no consultório dele, ele tava sempre*

reclamando de alguma coisa; deixava transparecer. Não sei se estavam todos eles insatisfeitos. Depois esse médico saiu do posto. Ele nos avisou que iria se afastar por uns tempos da Prefeitura. Mas ele não voltou mais." (E.4, p. 3 e 5)

"No começo a situação lá [HD] era melhor, era melhor no geral. (...) Depois, os médicos começaram a faltar, a não estar lá sempre, pra que se pudesse falar com eles. Na terapia, eu também não sei o que aconteceu. Quase não tinha mais as terapeutas que cuidavam dela [irmã], dos outros, da família. Eu não sei se não tinha a pessoa ou se eram muito poucas pessoas. (...) Eu não posso me queixar do pessoal da recepção, dos guardas. Eram gentis. Dos médicos também não. Mas eu não sei a razão porque depois ficaram tão poucos - foi naquela época que não tinha médico, que não tinha salários, que não tinha funcionário, que não tinha nada e com isso foi diminuindo o número de pacientes atendidos, foi decaindo. (...) Acho que isso devia melhorar, voltar a ser como era no princípio." (E.25, p. 2-3 e 5)

"Eu peguei alta antecipada no HD. Todos os pacientes de lá pegaram alta por antecipação, porque o tratamento era de seis meses. Mas aí a Dra. Valéria e o Dr. Eugênio fizeram uma reunião e falaram: 'por causa do PAS, a gente vai ter que dispensar os pacientes, por antecipação. O governo quer ser melhor em relação ao que vocês tinham aqui, mas o problema é que a gente não vai mais continuar no hospital'. Como eles iam sair, deram alta pra gente. Foram dando alta aos poucos e no final só tinha eu e mais dois pacientes e aí ela [a psiquiatra] assinou minha alta." (E.24, p. 10)

"Tinha um pessoal muito bom aqui, desde a época da Erundina e que continuou com o Maluf, bastante tempo antes de entrar o PAS, que foi no final dele e com o Pita. No tempo do Maluf mudou bastante, porque eles cortaram muita coisa, desde o começo, quando ele entrou. Dificultou o trabalho que o pessoal fazia, mas a gente procurava dar um jeito. Eles [os técnicos] se esforçavam pra manter o serviço. O Maluf cortou, cortou tudo. Tiraram as refeições que a Prefeitura mandava, tiraram as máquinas de costura, tiraram os matérias para os trabalhos manuais, cortaram mesmo. Depois que o Maluf entrou eu não achei nada de bom. Ele também não pagava bem os funcionários e o pessoal ia procurar outras coisas. Era bastante funcionário e foi diminuindo, mas ficaram alguns e eram muito bons. E com o PAS, sem mais nem menos, voltou a ter tudo. Só que agora eles não priorizam as crianças, as pessoas deficientes e não apoiam do mesmo jeito as mães. (...) Eu gostaria que voltasse a ser como era antigamente; eu só não – todas as mães que freqüentavam. As novas moças são bacanas, mas não têm a mesma experiência do pessoal que estava antes do PAS pro atendimento com os deficientes." (E.29, p. 2 e 4-5)

"Eu acho que, quando o Maluf entrou, piorou. Ele não deu força pras pessoas. Os funcionários se queixavam muito. Diziam que não tinham material pra nada. Eu conheci no tempo da Erundina e no do Maluf. No do Maluf tinha mais pouco. Mas eu não posso condenar o Maluf, não sei porque acontecia de ter menos. Nós vivemos num país que a gente não pode falar nada por ninguém porque enquanto um tá fazendo o outro tá desmanchando, esse meio político é difícil. O Maluf fez uma coisa muito boa que foi o leite pras crianças. O Joacil [filho] teve que sair do CeCCo porque foi fechado, agora eles reabriram de novo noutro lugar, e ele foi pra uma escola de deficiente. Ele não gosta de lá como gostava do CeCCo, mas ele recebe o leite lá, uma lata todo mês. Lá tem comida bastante, dada pelo Maluf, e também os funcionários são pagos pelo Maluf. Quer dizer, a Prefeitura

> *ajuda. Erundina ajudava, Maluf ajudava e agora o Pita tá ajudando. Então eu não sei porque aquela modificação terrível que teve da Erundina pro Maluf; talvez ele nem esteja sabendo que aconteceu. Porque ficou terrível mesmo, a gente tinha que levar as coisas pra poder funcionar, não tinha material pra nada Agora a razão disso, o porquê, eu não sei." (E.6, p. 6)*

A visão das organizações/movimentos da sociedade civil na região sobre as propostas da gestão 93/96

A avaliação das propostas e ações do governo 93/96 na área de saúde feita pelos representantes, na região, dos respectivos movimentos populares, que participaram ativamente das Conferências Regionais e Municipais de Saúde, tanto gerais quanto setoriais, durante todo o período em estudo, é, compreensivelmente, similar à sistematizada e aprovada nessas conferências, cuja síntese já relatamos. Ou seja: o ponto de vista dos movimentos é que a gestão 93/96 não assumiu jamais a saúde como uma prioridade, não se propondo a lutar pelo SUS em São Paulo, nem pela municipalização dos serviços de saúde da cidade ou pela descentralização, com autonomia, dos distritos de saúde e nem tampouco pelo efetivo controle social na área; muito pelo contrário, o objetivo desse governo, a princípio dissimulado, teria sido o de, ao longo dos três primeiros anos, implementar, de maneira absolutamente autoritária, seu real objetivo – a abertura de espaço para a privatização da assistência à saúde no município, finalmente encaminhada de forma direta, com a adoção do PAS, no último ano de governo (1996).

As entrevistas com representantes dos movimentos mostram também que estes consideraram as conquistas havidas na gestão anterior, na área da saúde, como duplas: de um lado, a melhora quantitativa e qualitativa da assistência prestada na região; de outro, a concretização e consolidação da participação popular na gerência e no controle dos serviços, via os Conselhos Gestores, nos vários níveis. Portanto, têm clareza de que o caminho da luta pela permanência e avanço daquelas conquistas passa necessariamente pela priorização da atuação dos movimentos nesses espaços.

É percepção geral que, nesse campo, enormes resistências e dificuldades foram encontradas, agudizadas também, da ótica dos movimentos, pelo fato de que estes levaram algum tempo para perceber a intensidade do investimento que necessitava ser feito, posto que tanto os reais métodos quanto os propósitos do

governo 93/96 foram, segundo os entrevistados, escamoteados, nos anos iniciais da gestão, que, embora autoritária no cerne, sempre agiu de forma populista, na superfície (os "tapinhas nas costas" e as "desculpas" e "promessas", como relatados nas entrevistas). No que tange ao método, a 'fala' oficial dos gestores regionais e distritais era - surpreendentemente, posto que se esperava uma atitude mais impositiva -, de respeito às instâncias decisórias representadas pelos Conselhos Gestores, enfatizando-se a necessidade de atuação conjunta de gestores e população, para que se alcançassem melhorias para a região; as primeiras ações, considerativas em relação às instâncias locais de participação popular, pareciam confirmá-las. Quanto às propostas, tudo indicava, de início, uma linha de continuidade daquelas sancionadas pelo governo anterior, a curto e mesmo a médio prazos. Com o tempo, o que se viu foi um distanciamento progressivo da gestão de ambas as premissas: de um lado, lateralizaram-se progressivamente os Conselhos, enquanto instâncias de poder - desse ponto de vista, os movimentos problematizaram a pouca ênfase que eles próprios e a gestão 89/92 haviam dado à consolidação de medidas legislativas, normatizadoras das relações entre movimentos e administração municipal, que, na prática, não tinha qualquer obrigação de acatar as decisões desses fóruns populares; de outro, as reais intenções da nova administração, antes ocultadas, revelaram-se, com a publicização e posterior implantação de sua inovação para a área: o PAS, um projeto de profunda reformulação da gestão e da assistência nos serviços municipais de saúde, de cunho nitidamente privatizante e fortemente oposto não apenas aos anseios populares como aos princípios constitucionais previstos pelo SUS, como veremos mais adiante.

Os depoimentos abaixo ilustram essas considerações:

> *"Com a entrada da administração malufista, houve um desmonte e um sucateamento dos serviços municipais que existiam. Uma tentativa de desmobilizar completamente a população. Era o quanto pior, melhor mesmo. Não havia interesse que esse tipo de participação e controle prosperasse. Esse foi um marco da gestão anterior; na saúde, se as coisas continuassem como estavam, a população iria conseguir uma força e uma visão política na questão da saúde enormes. Então, era necessário desarticular, sucatear e acabar com tudo que fosse possível. (...) Na questão do Conselho Gestor, do Conselho Popular de Saúde, das Conferências Municipais de Saúde, que tiram o Conselho Municipal de Saúde, falta respaldo legal; por isso, as pessoas que deveriam ser cobradas em sua responsabilidade, como administradores na saúde, agem com desprezo, pois sabem que legalmente não serão penalizados por não respeitarem*

as decisões desses conselhos." (Frederico Soares de Lima, Movimento Popular de Saúde, p. 4-5 e 7)

"Nossa luta tem sido enorme com o pessoal do Maluf. A gente tem tentado se manter firme no Conselho Gestor [do Distrito de Ermelino Matarazzo]. (...) Aqui, a administração não participa com a gente. Toda vez que ele [Diretor do Hospital e do Distrito] chegava numa reunião, já falava que tinha que ir embora, que tinha compromissos e dava um monte de desculpas. Mas a população com os funcionários não deixou morrer não. Ontem nós fizemos uma reunião, porque a gente estava com medo que já fosse implantar o PAS, porque estavam correndo uns boatos. Então, nós preparamos tudo para a assembléia de agora à tarde. (...) Mas muita gente do Conselho Gestor desanimou com a administração Maluf. Elas [a absoluta maioria das pessoas do Movimento e dos Conselhos na região é de mulheres] falam que a gente fica só lutando mas não consegue nada. Eu brigo com elas e digo que não se pode participar só quando dá tudo certo, como dava na época da Erundina; que agora que temos que lutar mais. Elas dizem que voltam se a Erundina ganhar de novo. Eu não perco uma reunião, eu não deixei nada. Fazemos reuniões do Conselho Gestor do Hospital e do Distrito uma vez por mês. E agora, com esse negócio do PAS, elas têm vindo quase toda semana. (...) O problema é que os diretores, quando a gente cobra, quando eles têm que falar o que tá acontecendo, eles só enrolam. Dizem que vão falar na outra reunião, que vão ter as respostas; e quando chega a outra reunião, nada. Nós temos um grupinho bom aí, da população que briga, mas é muita dificuldade com eles aí." (Tereza Pugulin, Movimento Popular de Saúde, p. 2-4 e 6)

"Eu já vivi a administração do Mário Covas, do Jânio, da Erundina e esta [Maluf]. Esta administração é extremamente autoritária, impositiva. Não tem discussão, não tem levantamento de prioridades. Não valorizam a participação popular. Eles atendem as necessidades deles. A gente sabe que as necessidades da Zona Leste não são essas nas quais o Maluf está investindo. (...) Na administração do Jânio, eles eram assumidamente autoritários. Agora não é assim, tem tapinha nas costas, dizem que vão fazer. Quando? Quem? Ninguém sabe; não assinam nada, não se comprometem com nada e também não dizem não. Eles até se desculpam, nas reuniões com a população; assumem a culpa e o povo acredita –, acham que não mentiriam desse jeito. É só manipulação. E muita gente acredita. (...) Não tem diálogo. Hoje, se vamos reclamar do fechamento de algum atendimento, eles simplesmente fecham e dizem que não fecharam, ou inventam um monte de desculpas. E com isso, passaram-se quase quatro anos e ele [Maluf] tá conseguindo esvaziar tudo. É brutal a diferença do que é prioridade numa administração como a da Erundina e numa como a do Maluf. (...) O objetivo dele, com o PAS, não é resolver os problemas de saúde, ele não se preocupa com isso." (Terezinha de Cássia Leão, Movimento Popular de Saúde, p. 15-17)

"Na área de saúde há um corte radical, com a entrada do Maluf em 1993. A saúde era uma prioridade da gestão anterior e hoje ele vem fazendo um desmonte criminoso do que se tinha. [É] um Poder Público que vem desestruturando e acabando com a saúde pública. Primeiro, ele desmontou, e agora, numa segunda fase desse desmonte, ele quer implantar o PAS. O que está por trás do PAS é a privatização da saúde pública, com muito dinheiro envolvido nisso. E falta para a população mecanismos públicos de defesa; a Justiça tem se colocado do lado desse desmonte." (Padre Ticão, p. 2)

7.2.2 O PAS

Como já expusemos anteriormente, o PAS não será tratado de forma analítica neste trabalho, que não compreende, temporalmente, o período de sua implantação. Faremos, contudo, uma rápida menção a aspectos gerais desse Plano, tanto do ponto de vista de seus propositores quanto de seus críticos[7].

O PAS - Plano de Atendimento à Saúde - foi apresentado pela Prefeitura de São Paulo como um instrumento para "reverter o processo de degradação dos serviços públicos de saúde (...) [em] parceria com profissionais da saúde, associados em Cooperativas de Trabalho." (SMS, 1995, p.2)

Afirmava-se que o modelo vinha para "melhorar o atendimento à população", e citava-se expressamente que seu objetivo era o de cumprir as determinações da Constituição Federal de 1988, que havia consagrado a saúde como direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, era portanto mencionado devidamente o SUS e suas diretrizes básicas de descentralização, que faziam do Município a principal unidade do sistema, incorporando as redes estadual e federal de atendimento.

Segundo seus mentores, o PAS visaria, assim, "criar as condições para a municipalização da saúde pública no Município de São Paulo, com ampla participação financeira do Município, tendo os recursos federais do SUS como complementares, já que esses são sabidamente insuficientes para assegurar o mandamento constitucional" (SMS, 1995, p.2). Afirmava o citado documento tratar-se de plano de saúde voltado, de forma prioritária, aos desatendidos, se bem que não exclusivamente, assegurando-lhes direito a consultas médicas "gerais e especializadas, exames laboratoriais, internações, atendimento de urgência, medicação para o tratamento, e mais as ações preventivistas" (p.2). Além disso, a filiação e manutenção do usuário no PAS se daria de forma totalmente gratuita, posto que a Prefeitura seria quem pagaria pelos filiados, inicialmente à razão de R$

---

[7]*Extensa pesquisa sobre o tema foi realizada pelo Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC) em convênio com a Associação Paulista de Medicina (APM), com o Conselho Regional de Medicina (CRM) de São Paulo e com o Sindicato dos Médicos de São Paulo (SMSP). A equipe de trabalho contou com vários pesquisadores e foi coordenada por Amélia Cohn e Paulo Eduardo Elias, ambos docentes da USP e pesquisadores do CEDEC. Os relatórios da primeira, segunda e terceira etapa da pesquisa intitulada "O processo de implantação do PAS: universalidade ou seletividade no acesso à saúde?, foram apresentados, respectivamente, em janeiro, maio e setembro de 1997.*

10,00 mensais. Se constituiriam módulos de atendimento, "de forma a aproximar as ações e os serviços de moradia dos usuários, não havendo qualquer restrição para a filiação (...) [nem] para o atendimento de pessoas não filiadas, garantindo-se a universalidade dos serviços públicos de saúde" (SMS, 1995, p.2). O morador de região atendida pelo PAS, contudo, precisaria se cadastrar, para poder ser atendido.

O documento alegava, por último, tratar-se de idéia desenvolvida com ampla participação da comunidade, embora não explicasse exatamente de que forma.

O processo de implantação do PAS foi bastante polêmico, tendo gerado inúmeros debates, amplamente acompanhados pela mídia, intra e entre os vários setores envolvidos: o governo municipal (executivo e legislativo), os trabalhadores da saúde, as organizações / movimentos da sociedade civil, e além disso, o campo jurídico.

Criado pela Lei Municipal 11.866/95, o PAS entrou em funcionamento no dia 1° de janeiro de 1996, na região de Pirituba/Perus. A 24 de janeiro, menos de um mês depois, portanto, a implantação do 'Plano' foi suspensa pelo presidente do Tribunal de Justiça de São Paulo, desembargador Yussef Said Cahali, acatando pedido de liminar feito por entidades representativas de médicos (Associação Paulista de Medicina, Federação Nacional dos Médicos e Sindicato dos Médicos de São Paulo), em que afirma que a citada lei "padece do vício da inconstitucionalidade" (FSP, 25/01/1996, 3, p.6), por não observar princípios licitatórios, lesar o erário público e desviar o município da responsabilidade direta na assistência à saúde da população, entre outras questões. A Prefeitura de São Paulo recorreu da decisão. No dia 13 de março o Órgão Especial do Tribunal de Justiça de São Paulo, por 21 votos a 2, derrubou a referida liminar (FSP, 14/03/1996, 3), abrindo espaço para a continuidade e a expansão da implementação do PAS em São Paulo .

Pouco depois, a 11 de abril, o deputado federal e ex-Secretário Municipal de Saúde de São Paulo Eduardo Jorge dirigiu ao Ministro Adib Jatene e ao Secretário de Estado de Saúde de São Paulo, assim como para os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, carta em que, em nome do "significado que tem o sistema local de saúde numa cidade como São Paulo", pede "providências, (...) do ponto de vista político e administrativo, no tocante ao chamado Plano de Assistência à

Saúde", do qual estavam decorrendo ou se agudizando uma série de fatos graves, tais como:

> *"o desmonte do programa de saúde da mulher; do programa de saúde mental (inclusive dos hospitais/dia); dos programas de saúde dos trabalhadores; das residências médicas tradicionais na rede municipal (...), desviando-se o "atendimento de patologias complexas para os hospitais e ambulatórios estaduais, incidindo essa prática em acidentados, doentes graves e inclusive em casos de AIDS e câncer, que o município cogitou mesmo em não mais atender, já que não há 'interesse' das cooperativas em manter este tipo de paciente" (Eduardo Jorge, 1996, p. 1)*

Já em outubro de 1996 era noticiado (FSP, 20/10/1996, Caderno Especial, p.3), sob o título "Maluf paga cooperativa por pacientes 'virtuais' e estoura orçamento de 96", que os recursos previstos nesse ano para a saúde, no Município de São Paulo, num total de R$ 0,92 bilhões, seriam ultrapassados em 23%; o volume de verbas necessário iria, portanto, chegar à casa de R$ 1,1 bilhões. Isto significava quase o dobro do gasto em 94 e mais do que o dispendido em qualquer ano da gestão anterior.

As críticas ao sistema, a essa altura, ultrapassavam as 'falas' dos tradicionais opositores da gestão Maluf; o próprio primeiro secretário de seu governo, Raul Cutait, em depoimento à FSP (20/10/1996, Caderno Especial, p.3), afirmava que o PAS havia sido implantado às pressas, "sem uma proposta metodológica científica e sem um projeto piloto; (...) melhoraram o atendimento primário, em detrimento da atenção global à saúde." Já o Ministro da Saúde, Adib Jatene, observava (mesma fonte) que o PAS tendia a centrar sua atenção apenas nos serviços e na estrutura da própria prefeitura – desconsiderando o atendimento do SUS, em detrimento de uma atuação mais geral – a de promotora da saúde pública na cidade de São Paulo.

A controvérsia se estende até o presente momento.

7.3 A permanência dos programas e propostas da gestão 89/92

Passamos agora a analisar o grau de permanência das inovações políticas implantadas na gestão 89/92, conforme aqui anteriormente abordadas, levando em conta as políticas praticadas pelo governo subseqüente, que foram, como acabamos

de ver, desde uma postura inicial de pretenso continuísmo – permeada, contudo, por um permanente desinteresse, por um progressivo sucateamento dos serviços na área da saúde, inclusive nas sub-áreas específicas, que destacamos neste trabalho – até uma atitude de contraposição aberta às propostas e programas implantados pelo governo precedente, que se concretizou com a implementação do PAS.

7.3.1 A ótica dos gestores centrais, regionais e distritais da gestão 89/92

Nas entrevistas que realizamos com os gestores centrais, regionais e distritais da administração 89/92, várias foram as observações feitas em relação a este tema, no sentido de sublinhar ações que deixaram de ser realizadas ou o foram de forma pouco incisiva, no que tange à problemática de tentar garantir a permanência futura daquilo que estava sendo implantado.

Carlos Neder registra duas questões importantes que, conforme apontamos no Capítulo 6, não foram suficientemente aprofundadas durante o governo democrático-popular.

Em primeiro lugar, observa que o forte envolvimento de lideranças dos movimentos populares no governo Erundina por vezes redundou em uma dinâmica de trabalho, dentro da máquina, que absorveu em demasia os quadros e as organizações populares, reduzindo o tempo de que estas deveriam dispor para investir em sua estruturação, para planejar suas próprias ações, garantindo assim completa autonomia em relação ao Estado. Houve um excesso de identificação entre as instâncias institucionais de poder e os movimentos e, como resultado, ocorreu uma certa diluição do caráter independente destes.

Em segundo lugar, Neder frisa que os que defendiam as políticas então implementadas deixaram de atentar para a relevância de sua cristalização, enquanto normas juridicamente consolidadas:

> *"O que para mim é mais triste ver é como o esforço que nós fizemos no sentido da descentralização dos vários sistemas de recursos humanos, orçamentário e financeiro, da descentralização do poder, como tudo isso foi revertido tão facilmente, na medida em que a gente não conseguiu transformar em lei as mudanças que nós fizemos (...) o que teria dificultado um pouco mais esse retrocesso." (p. 25)*

Para os diretores dos distritos de saúde a questão da autonomia dessa instância era fundamental e foi bastante relativizada na gestão seguinte, mantendo-se mais a forma do que a essência dessa proposta:

> *"Briguei muito para que o distrito tivesse orçamento próprio e consegui. Quando eu saí da direção o Itaim Paulista era um distrito com seu nome, número e dotação orçamentária própria. Isto representa muito mais autonomia; a discussão se dá no distrito e não na SMS. A atual administração do distrito perdeu isso no primeiro ano." (Célia Portoleto, Diretora do DS 6.3, p. 13)*

> *"Nós trabalhamos com unhas e dentes na questão da consolidação do distrito sanitário e acho que a gente conseguiu que ele permanecesse. A atual gestão manteve a estrutura do distrito, até com certo peso. Eles não mantiveram a gerência multiprofissional que tínhamos em Ermelino Matarazzo. Hoje, ela é uma coisa médica." (Jackson Vilela, Diretor do DS 6.2, p. 23)*

Para a Diretora do DS.6.3, um erro importante de sua gestão, foi não ter tido estratégias pensadas e implementadas quanto à permanência das inovações introduzidas e não ter trabalhado essa questão devidamente com funcionários e usuários:

> *"Acho que faltou discutirmos a perda que representaria a eleição de uma gestão não comprometida com a saúde pública com os usuários. Falhamos em não discutir politicamente com as categorias profissionais que incorporamos o que representava a entrada desses profissionais; trabalhamos pouco essa questão. Apesar de ser uma preocupação que a gente tinha, isso no Itaim não deu tempo; em outros lugares, foi feito. Avalio como um erro. A gente devia ter 'batido' mais nessa questão, ter conversado mais." (p. 17)*

Já para outros gestores distritais, apesar de terem sido pensadas e implantadas ações que visavam garantir a permanência futura das políticas do governo 89/92, estas não lograram o êxito esperado, frente ao 'desmonte por dentro' operado pela gestão seguinte:

> *"A gente imaginou que a instauração dos serviços, a formação das equipes, os conselhos gestores, a remoção eletiva, dessem garantias. Mas, com uma desvalorização brutal dos salários, nada em termos de formação e capacitação, a comunicação muito difícil, a não circulação da informação, as unidades e os funcionários muito isolados uns dos outros, esse desmontar sem desmontar da nova gestão foi muito difícil de segurar." (Ana Galluzzi, Assessora do DS 6.2, p. 41)*

Outra contribuição importante para o debate é a do ex-Assessor de Saúde Mental da SMS, Daud Jr., em cuja opinião a luta antimanicomial e os equipamentos implantados durante a gestão 89/92 puderam sobreviver a ela, conquistando o apoio da comunidade, com o forte respaldo dos movimentos organizados, e lograram mesmo resistir até o final do governo Maluf, com o advento do PAS:

> *"(...) no último encontro municipal de Saúde Mental que nós realizamos, no fim da gestão, quando já estava definido o quadro [eleitoral] saiu da discussão com os trabalhadores criar o Fórum Paulistano Permanente de Saúde Mental, para defender a política de Saúde Mental implantada e exigir o seu avanço, o seu aprofundamento. Então, desde o comecinho, da primeira reunião do Fórum, em fevereiro de 93, na Câmara Municipal, a gente fez interlocução com todos os secretários, no sentido de defender a manutenção da proposta. Por isso que, durante três anos, até começar a implantação do PAS, o arcabouço do modelo foi preservado. Diminuiu o número de profissionais por uma questão geral, salarial; as propostas iam de certa maneira se deteriorando por ação da nova política. Mas existia muita resistência na base. (...) eu acho que o PAS também não vai conseguir destruir tudo, em termos de estrutura. Vai destruir as propostas, mas você não vai começar necessariamente do zero, se tiver uma oportunidade." (p. 74-75)*

Já a entrevista da ex-Interlocutora de Saúde Mental da ARS-6, registra as perdas concretas que a gestão Maluf trouxe, em relação a avanços que ela e sua equipe haviam, junto com usuários e a população, conseguido obter durante a gestão anterior:

> *"(...) foram conquistas miudinhas. Ônibus adaptado para pegar as pessoas, de roteiro discutido - onde vai passar, por conta de lugares que eram significativos, porque tinha muita incidência. Tinha lugar em que o ônibus não fazia a curva. A gente discutia com a CMTC o itinerário: 'Se não dá pra fazer a curva aqui, em algum canto o senhor vai ter que passar, porque vai ter que pegar essas pessoas.' Então era uma coisa, assim, de conquista miúda e se perdeu (...) A conquista do passe era muito discutida. Porque a gente acreditava na autonomia, na possibilidade deles [usuários] conviverem e se lançaram numa produção, em alguma coisa que eles pudessem ter um poder de barganha, para de verdade exercerem uma cidadania. Então essa coisa da carteirinha, do passe, a gente discutia. Muitos achavam que não era isso que eles queriam. [Que eles] queriam poder entrar pela porta da frente, descer pela porta de trás, passar pela roleta, ter o direito igual ao dos outros. Mas está muito longe disso, muito longe. E outros achavam: 'Não, é nosso direito, porque a gente é diferente e tem que ter.' Essas coisas estiveram sempre muito junto, permeando tudo. Então [acho que não] foi [só] a construção de um serviço de estruturas, mas também desses valores e dessas crenças, com os usuários e também com os trabalhadores." (Isabel Cristina. Lopes, p. 11-12)*

A importância da mobilização externa ao governo, para continuidade de propostas e programas, relatada por Daud Jr., também é vista como fundamental pela ex-Assessora da Saúde da Pessoa Deficiente da SMS, Rosa de Lourdes Sousa: "(...) porque não adianta ter apoio só da direção - tem que ter apoio do grupo de fora" (p.9).

Em sua opinião, as políticas implementadas também deixaram raízes e, em alguma medida, foram preservadas: "E a gente sabe que ficou, independentemente de COAS novo, de equipe nova. Independentemente de nossa saída, as práticas continuaram" (p.8).

7.3.2 A permanência concreta nos serviços: a ótica dos técnicos e gestores locais

Uma constatação que pudemos fazer durante a fase de entrevistas com gestores locais e técnicos foi que a maioria deles permanecia, em 1996, nos serviços que assumiram, após a remoção zerada eletiva, realizada em 1992. Assim é que, dentre os 50 entrevistados: 4% trabalhavam na SMS antes de 1989; 92% foram contratados (incluídos aí os comissionados da SES) durante a gestão 89/92 e outros 4% iniciaram suas atividades na SMS na gestão 93/96. Até a implantação do PAS na região, haviam saído 8% dos técnicos (incluindo aí os comissionados da SES que deixaram a Prefeitura no início da nova gestão e outros dois técnicos que se demitiram em 1995); permaneciam na SMS e atuando na assistência à saúde mental e/ou à saúde da pessoa portadora de deficiência, 92% dos profissionais.

Como já discutimos no capítulo anterior, a maior parte dos técnicos chegou à região a partir de meados de 1991 e 1992, à medida em que os vários equipamentos foram sendo viabilizados, em cada um dos três distritos de saúde da ARS-6. Isto implicou a concretização da implantação do modelo de atenção proposto no final da gestão 89/92. Dessa forma, os resultados efetivos desse processo só puderam ser mais amplamente analisados a partir de 1993. Como também foi apontado no capítulo precedente a este, esse processo e seus resultados foram lá discutidos na medida em que esse período efetivamente os refletiu. Assim, pretendemos aqui somente abordar as referências feitas à permanência ou não daquele modelo, face às ações advindas na gestão 93/96.

Solicitados a discorrerem sobre o que, na sua concepção, de fato foi implantado, dentre o que a gestão 89/92 propôs, permanecendo até aquele momento, todos os técnicos e gestores referiram a ampliação, junto à população que efetivamente utilizou os novos serviços e ações profissionais, das formas de se lidar com o sofrimento mental e/ou com a deficiência. Avaliaram que, na medida em que esses usuários e suas famílias puderam ter contato com formas alternativas de atenção às suas demandas, foi possível também reconhecer novas necessidades, em termos de assistência na saúde/doença, assim como novos profissionais que podem contribuir nesse campo.

> *"Hoje a população sabe que não tem só hospício. Sabe que existe hospício – pode até ter que recorrer a ele, mas sabe que existem outras e melhores formas de tratar. Eu atendi uma família um ano; eles sabem que tem outros caminhos. A sociedade caminhou, não tem jeito; isto não tem volta." (Stella Maris Nicolau, terapeuta ocupacional, p. 21)*

> *"As pessoas que foram diretamente beneficiadas pelo trabalho que a gente pôde realizar vão saber referenciar e buscar esse trabalho. Pra elas, vai permanecer: 'Na UBS de Vila Jacuí tinha uma equipe que fazia isso.' Agora, para a população como um todo, reconhecer o trabalho que foi feito é mais difícil." (Simone, fonoaudióloga, p. 38)*

> *"A população pôde conhecer o que existe hoje em termos de profissionais de saúde. Isso realmente aconteceu. E a população passou a cobrar isso. O povo ficou sabendo que existe hospital-dia e o pessoal do PAS vai ter que mantê-lo por que a população está exigindo. Está exigindo que se mantenha o serviço com usuários de drogas aqui no Ambulatório Tito Lopes porque sabe que é importante. Ela usufruiu e percebe a necessidade desse serviço. A população sabe que tem hospital aberto, que tem terapeuta ocupacional, psicóloga, educadora e que isso é necessário. Eles sabem que tem um centro de convivência que eles utilizaram e foi gratificante, que em algum momento houve um pessoal de saúde mental trabalhando nas UBSs. Ficou-se sabendo que a saúde não é só com médico e enfermagem. Isso foi uma conquista pra uma região tão carente como esta." (Arnaldo C. Brandt, psiquiatra, p. 18-19)*

> *"Os usuários [do CeCCo] se transformaram. São frágeis ainda, mas estão tentando fazer diferente. Com essa coisa do PAS e da saída da gente, eles têm que pegar nas mãos, saber o que querem, fazer com que o serviço que o PAS vai instalar corresponda às necessidades deles. Eles certamente sabem falar sobre isso, definir isso. Sabem falar do acolhimento que tiveram, do carinho, da transformação, das necessidades. Isso é o que fica." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p. 17)*

Outro ponto comum mencionado foi a permanência dos técnicos contratados pela gestão 89/92, como mostram os percentuais acima. Isto não variou muito entre

os diferentes equipamentos. Dos profissionais entrevistados (24) que atuavam nas UBSs, 96% lá estavam em 1996 e 4% (01) passaram a atuar no HD da mesma região. Dentre os (06) técnicos das Emergências Psiquiátricas e da Enfermaria de Saúde Mental, 83% (05) dos entrevistados permaneciam nesses serviços e 17% (01) transferiram-se, pela remoção de 1992, para um HD de outra região da cidade e lá continuavam prestando serviços. Ou seja, 100% desses profissionais, isto é, todos, continuavam prestando assistência na rede proposta. Já entre os HDs (onde foram realizadas 08 entrevistas, sendo que uma delas refere-se àquele profissional que veio da UBS e portanto não será computado aqui), esse percentual foi de 86% (06) para aqueles que estavam nesse equipamento em 1996 até a implantação do PAS; 14% (01) haviam voltado para a SES desde 1993. Para os CeCCos (10), 80% (08) estavam atuando nesse equipamento por ocasião das entrevistas, uma pessoa (10%) estava atuando na administração do Distrito de Saúde do Itaim Paulista e uma pessoa (10%) havia pedido demissão da Prefeitura em 1995. Na Unidade de Reabilitação do Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Correa Filho, dentre as três profissionais entrevistadas, duas delas (67%) permaneciam nesse serviço e uma (33%) demitiu-se da Prefeitura também em 1995.

Evidentemente, se, por um lado, contatamos os serviços para realizar as entrevistas, pudemos encontrar os técnicos que lá estavam; por outro lado, a partir da referência desses técnicos à história do serviço e seus profissionais, pudemos igualmente constatar que vários dos profissionais contratados tinham escolhido postos de trabalho mais centrais na remoção de 1992, mas que, em sua maioria, continuavam atuando nos serviços até aquele momento. Alguns poucos, à exceção dos médicos - e isto discutiremos a seguir -, foram mencionados como tendo saído da SMS, dentre aqueles que não eram comissionados da SES.

De toda forma, o que queremos evidenciar aqui é que, até a implantação do PAS, muitos dos técnicos contratados pela gestão 89/92 permaneciam prestando assistência na região.

A razão apontada, de forma quase unânime, da dificuldade de uma maior permanência dos resultados obtidos, ou que se delineavam ao final de 1992 e durante 1993, pela implantação das inovações nas áreas em estudo, foi a política (ou a falta dela) adotada pela gestão 93/96: um aparente continuísmo que não se

revelava nas ações concretas dessa gestão e, fundamentalmente, uma nova política salarial para os trabalhadores dos serviços de saúde que, como os demais funcionários municipais, tiveram seus salários 'achatados' no período; além disso, o estímulo representado pela dedicação exclusiva na SMS e pelo adicional por distância foram se tornando irrisórios frente ao salário.

Deixou-se também de privilegiar a contratação de diaristas - turnos de 08 horas diárias de serviços para todos os profissionais - para se remunerar de forma bastante diferenciada os plantões (12 horas de trabalho por 36 de descanso). Como sabemos, isto é particularmente possível de ser realizado pelos médicos e pessoal de enfermagem, embora tenha sido estendido a todo o pessoal que atuava nas Emergências Psiquiátricas, Enfermaria de Saúde Mental e Unidade de Reabilitação, ou seja, aos serviços que funcionavam nos hospitais da região.

A realização de plantões, em contraposição ao serviço diário, representava ganhos adicionais bastante significativos e, no caso dos médicos e pessoal de enfermagem, ia ao encontro das formas mais tradicionais de trabalho desses profissionais, o que a gestão anterior tentou modificar, por entender que trazia prejuízos à qualidade do trabalho em saúde. Para um psiquiatra que tentava encaminhar seu trabalho numa UBS, com todas as dificuldades que já foram apresentadas, era muito mais atraente, em termos financeiros, e também muito mais 'conhecido' e 'fácil', realizar plantões nos vários hospitais da rede municipal. Isto quase inviabilizou por completo a assistência psiquiátrica nas UBSs, assim como prejudicou em muito a assistência nas outras especialidades médicas presentes nesse equipamento.

> *"As UBSs de Ermelino conseguiram manter um pouco mais a equipe multiprofissional de saúde mental. Tivemos perdas, mas foram pequenas, se comparadas com [as de] São Miguel e Itaim. O Itaim Paulista não tem nenhum psiquiatra mais, e em São Miguel, que tinha psiquiatras em quatro ou cinco UBSs, não tem mais nenhum em UBS; eles foram para os hospitais. (...) O deslocamento dos psiquiatras para o hospital se deveu, infelizmente, à questão salarial. Ou seja, o que aconteceu é que foi criada, na atual gestão, uma gratificação para o profissional plantonista. Os profissionais que trabalhavam nas UBSs eram diaristas e não ganhavam essa gratificação. Então o pessoal começou a correr para o hospital, para querer dar plantão e ganhar a gratificação – e assim ganhar mais." (João Coimbra, psiquiatra e gestor local, p. 8 e 10)*

> *"O prefeito fez uma lei que beneficiava os plantonistas em 40% do salário dos diaristas. (...) Nós, quando vimos que ele não pagaria nada para os diaristas, solicitamos que a diretoria do Hospital nos autorizasse a fazer plantões e, desde janeiro de 95, nós também funcionamos em plantões. (...) Com isso, trabalhar nas UBSs e ambulatórios foi ficando mais difícil. Hoje a gente tem muita dificuldade em ter referência médica e em encaminhar para qualquer acompanhamento em UBS. O ambulatório de ortopedia que nós tínhamos aqui, que era com ortopedistas diaristas, foi fechado, por falta de médico. Eles foram para a internação." (Maria de Lourdes Koara, fisioterapeuta e gestora local, p. 3 e 7)*

> *"Eu acho que o problema foi a saída dos técnicos, porque enquanto estava um salário legal as pessoas vinham trabalhar bem. Mas quando o salário começou a diminuir, a coisa foi ficando difícil. As pessoas reclamavam muito por vir trabalhar em São Miguel, mesmo as que vinham de carro. Havia a ajuda do auxílio-distância, que se incorporava ao salário, mas ele foi ficando muito defasado e as pessoas foram se desestimulando. Enquanto se tinha profissionais, se conseguia fazer um bom intercâmbio entre os serviços. A gente podia encaminhar para acompanhamento em UBS, para o CeCCo. Existia uma integração entre os serviços –, a gente aqui no HD percebia isso. Mas, com a perda salarial, a desmotivação das pessoas e tudo mais que implica um trabalho sério em saúde mental, a gente foi ficando sem ter para onde encaminhar, as pessoas foram ficando superlotadas de pacientes e fomos tendo que resolver isso prestando atendimento ambulatorial aqui no HD. E foi pesando mais ainda. Isso mudou a qualidade do trabalho." (Francisca, terapeuta ocupacional, p. 5)*

Apesar das condições adversas na gestão 93/96, principalmente a partir de meados de 1994, os técnicos perceberam a permanência do trabalho nos diferentes equipamentos, o que contribuiu para a melhor assistência dos usuários que chegaram até eles, fruto da persistência que tiveram na luta para tentar vencer aquelas condições e, apesar delas, buscar manter, na medida do possível, as novas ações na saúde municipal, na região.

> *"Existem companheiros meus, da gestão anterior, que acham que tudo tem que ficar cada vez pior para demonstrar para a população que a atual gestão não está preocupada com a saúde. Mas eu não consigo, profissionalmente, ficar com a consciência tranqüila. Tem que se estar trabalhando, custe o que custar. (...) Eu tenho claro que eu só vou, de fato, qualificar a população para qualquer entendimento diferente, até em termos de política de saúde, quando a população de fato acreditar em nós, e eu tenho claro que, para que isso aconteça, a gente tem que estar trabalhando. Tem que estar no dia a dia. Tem sido frustrante ver a desvalorização constante do nosso trabalho por esta gestão. O que eles estão fazendo, com o PAS, tem sido traumatizante. Para responder esta entrevista agora, eu vou enfrentar problemas, porque a direção não gosta que eu pare para discutir política. Vou ter problemas, mas eu estou aqui, no dia a dia, encarando tudo isso, porque acho que o compromisso da gente é com a população, que necessita desses serviços de saúde." (Sandra Tavares, enfermeira e gestora local da gestão 89/92, p. 27-28)*

> *"Acho que um grande problema do serviço público é a falta de continuidade entre as gestões, a falta de institucionalidade. Isso tem que mudar, e para isso é fundamental a permanência dos técnicos. Eu nunca quis sair daqui [CeCCo de São Miguel Paulista]; nem eu, nem ninguém da nossa equipe. A gente teve oportunidades, mas não quis. (...) E isso foi fundamental para que as pessoas estejam hoje reivindicando do PAS a continuidade do trabalho. Os técnicos têm que avançar, discutir mais, se fortalecer e não perder tudo numa nova gestão. Porque isso faz parte do jogo, temos que ter propostas para isso. É buscar na população a transformação." (Márcia Novaes, terapeuta ocupacional, p. 18-19)*

A avaliação feita por esses atores é que se conseguiu, até a chegada do PAS, preservar pelo menos o espaço aberto pela gestão anterior; havia a expectativa de que se poderia avançar em 1997, caso fosse eleita uma gestão não tão desfavorável à área social como se julgou ser a que esteve à frente do governo municipal no período 93/96.

O propósito firme dos técnicos que até então permaneciam na rede era continuar na SMS, prestando assistência às pessoas com problemas de saúde mental e às pessoas portadoras de deficiência. Não esperavam, entretanto, que o PAS pudesse ter sido implantado. A absoluta maioria dos técnicos não aderiu ao sistema e optou por continuar na SMS; com isso sabiam que seriam transferidos dos postos de trabalho que haviam escolhido em 1992 e que não mais poderiam desenvolver trabalhos naquelas áreas, a partir da SMS.

> *"Para mim, o momento atual é muito pesado. Quando o Maluf ganhou as eleições, eu pensei: 'O que eu vou fazer é cuidar deste espaço; a gente tem que preservá-lo. Porque uma hora ele vai embora e a gente tem a possibilidade de ter de volta, de fato, uma política de saúde mental; e poderemos retomar o trabalho.' Foi o que fizemos aqui na UBS do Jacuí. Tentamos preservar o espaço e ir tocando as coisas. Tentamos resistir e estávamos, bem ou mal, com um monte de dificuldades, conseguindo. Mas, de repente, nos últimos meses, no último ano dessa gestão, vem o PAS, assim violentamente; vem acabar com essa única possibilidade. Aí, vira esse desmonte; e a gente sente que não valeu a pena o esforço." (Meire, psicóloga, p. 7)*

Vários técnicos definiram como fundamental a parceria com os usuários dos serviços e com o Movimento Popular de Saúde, que se fortaleceu na resistência ao PAS, na região, durante 1996, para que os novos serviços e ações de saúde fossem mantidos pelo PAS, embora a reivindicação fosse que eles permanecessem com a SMS, o que não veio a acontecer.

"A gente teve muitas dificuldades para enfrentar esse desmonte sem desmontar, esse minar de dentro para fora que a gestão Maluf implementou. Foi difícil saber que resistência oferecer. Nós, funcionários; nós, Conselho Gestor; nós, movimento de saúde, não tínhamos estratégias para lidar com isso. Nas reuniões do Conselho Gestor do Distrito [de Ermelino Matarazzo] não aparecia nenhum representante do governo. Com quem brigar? Foram várias reuniões marcadas – e ninguém vindo, para começarmos a entender que precisaríamos de outras formas de ação, de luta. A gente se estruturou para algo que não veio, ou veio sob uma outra ótica, a da 'modernidade', mais sutil, mais perniciosa. (...) Tínhamos que brigar por manter o trabalho, pela sua essência e não só pela 'forma', pela qualidade. E todos nós tínhamos dificuldades. Os Conselhos Gestores foram muito tutelados na gestão anterior. A organização popular tinha pouca autonomia, mas só vimos isso perante as dificuldades de ação na gestão seguinte. Tivemos que lidar com isso também durante esses anos (...) Mas agora a gente está conseguindo trabalhar de novo juntos e está tendo estratégias interessantíssimas, pelo menos aqui em Ermelino. Estamos propondo, por exemplo, a criação dos 'Defensores da Saúde Pública' que, dentre outras coisas, coletariam e denunciariam qualquer falta de atendimento pelo PAS; os técnicos do HD de Ermelino, [junto] com alguns usuários e familiares e com apoio da Igreja montaram e já inauguraram uma associação, a 'Recriar'. Enfim, as pessoas estão conseguindo reagir, estão se reencontrando, estão na luta." (Ana Galluzzi, terapeuta ocupacional e gestora local, p. 43-45)

7.3.3 A ótica dos usuários dos novos serviços

Pode-se dizer que os usuários percebem, com muita clareza, que os novos serviços e as novas ações profissionais em saúde são necessidades em suas vidas e nas de seus familiares - e que podem ser satisfeitas pelo poder público.

As inovações políticas representadas pelo acesso universal, eqüitativo e com qualidade desses grupos populacionais aos serviços municipais de saúde foram incorporadas ao elenco de necessidades admitidas por eles, que passaram também a exigir que fossem satisfeitas pelo poder público. Independentemente das alterações trazidas pelo sistema PAS aos serviços de saúde pública na cidade de São Paulo seus gestores tiveram que manter esses serviços (e o fizeram), também na região; de que maneira isso ocorreu e por quanto tempo perdurou, ou perdura, foge certamente ao escopo desta pesquisa.

Importa pontuar, entretanto, que não se reivindica apenas o atendimento a essas 'doenças', mas também uma nova forma de se lidar com as 'necessidades de saúde', como por exemplo aquelas satisfeitas pelos CeCCos, envolvendo, no caso, a questão da integração social e a convivência.

"Eu não deixei o CeCCo. Por conta do PAS, eles suspenderam; mas agora tá retornando. Eu e o Joacil [filho] vamos voltar. Porque ele gosta de lá, e ele gosta

porque ele convive com todo mundo. Convive criança, moça, primeira idade, segunda idade, terceira idade, todo mundo junto, todo tipo lá, toda gente tem lá e ele não se sente como deficiente ou doente mental. Eu consegui por ele numa escola de deficiência, só que ele não se sente muito bem lá. Ele fala que todos são doentes, igual ou pior que ele. No Centro de Convivência ele não se sente doente. Porque as pessoas deficientes, eles não são completamente loucos, eles têm uma parte que eles entendem. Eles entendem a gente pelo olhar, pelo falar, pelo afeto da mão, eles entendem tudo isso. Se for duvidoso parece que eles percebem melhor que a gente. É por isso que ele gostava de lá do CeCCo e então tem que continuar a funcionar; e a gente vai voltar." (E.6, p. 9)

7.3.4 A ótica das organizações/movimentos sociais na área de saúde na ARS-6

Para esses atores a nova administração procedeu uma desmontagem de muito do que foi estruturado na gestão 89/92, a partir de uma estratégia de abandono do serviço municipal de saúde, em termos de recursos financeiros, materiais e humanos que continuassem a viabilizá-lo. O período que vai do início do ano de 1993 até meados de 1994 é referido como estando ainda sob o impacto das proposições da antiga gestão. É a partir de 1994 que se começam a sentir os efeitos iniciais da desestruturação engendrada pela nova administração, especialmente a partir da falta de recursos humanos nos serviços. Mas a grande mudança começa em 1995, com a discussão do PAS, e com sua efetiva implantação na região, o que ocorreu durante a época de realização das entrevistas, no primeiro semestre de 1996.

Importante fator que contribuiu para que não se conseguisse dar enfrentamento a essa estratégia, entretanto, foi a dificuldade que estava tendo o Movimento Popular de Saúde para manter sua mobilização durante essa gestão, daí resultando uma certa incapacidade de superar os 'ataques' sofridos, com o conseqüente aumento do decorrente desgaste. Vários foram os fatores elencados. Desde os específicos, como por exemplo os discutidos acima, até os mais gerais, que vêm atingindo grande parte dos movimentos sociais, dentre os quais foram destacados: as propostas neoliberais dos governos municipais, estaduais e federal eleitos e seu alvo comum – os serviços públicos e, especialmente, o SUS; o poder dos meios de comunicação e seus contínuos ataques à saúde e educação públicas e toda a propagação de uma ideologia individualista e pouca solidária e participativa; a falta de novas lideranças nos vários movimentos e a incapacidade dos movimentos para agregar novas pessoas.

Apesar disso, a avaliação unânime é que as inovações trazidas pela gestão anterior, as novas ações, os novos profissionais de saúde e as novas formas de se lidar com o sofrimento mental e com as pessoas portadoras de deficiência ficaram no imaginário da população como algo pelo que se deve lutar. Em 1996, efetivamente, o Movimento Popular de Saúde, frente às inúmeras incertezas trazidas pelo PAS, reivindicou a permanência de HDs, CeCCos, Emergências Psiquiátricas, Enfermarias de Saúde Mental, dos novos técnicos nas UBSs, da manutenção da qualidade do atendimento que havia sido alcançada, bem como sua participação no controle e gestão dos serviços de saúde.

> *"Eu vejo que na saúde mental se deu um passo muito grande (...). Só que nós não soubemos nos apropriar disso, não só na saúde mental, mas na saúde como um todo. (...) Na verdade, não conseguimos realmente garantir os espaços conquistados para a população. Isso desgasta a gente, as pessoas se afastam e as que ficam são sempre as mesmas. Parece que a gente não tá plantando nada. As pessoas desanimaram muito com a atual administração e fica meia dúzia de gato pingado como eu. Eu continuo no meu bairro, falando diariamente sobre saúde, saúde mental, mas somos poucos e isolados. Tínhamos que ter assegurado mais as coisas, ter feito novas cabeças. Um movimento só avança quando se consegue trazer outras pessoas. (...) Nós avançamos muito nas leis - no código de saúde do município, em relação à saúde mental: é proibido camisa de força, eletrochoque, maus tratos - mas eles desrespeitam tudo. Quando tem auê eles saem correndo para manter a fachada. Quando fecha hospital psiquiátrico é porque a gente já gritou muito na porta. (...) E vai fechar pra por onde? Cadê a retaguarda dos CeCCos, HDs, da Emergência Psiquiátrica? Tá tudo esvaziado, sem técnico, sem vaga, sem recurso, porque o Maluf sucateou tudo. Nós conquistamos muitas coisas, mas como a gente garante o cumprimento disso? (...) Nós vimos tudo ser construído na gestão anterior; ver tudo se desmantelar não é fácil. Eu participo do Conselho Nacional da Reforma Psiquiátrica. A gente tem tido avanços, mas aqui a Prefeitura desmantela tudo." (Ana A. de Oliveira, p. 11-12, 16 e 19)*

> *"Uma coisa que se agravou nesta administração é que a gente tinha os HDs, os CeCCos e agora a gente perdeu. Voltamos a ver nossas pessoas com problemas mentais pela rua, pessoas que eu conheci, visitei no Hospital-Dia e estão na rua com problemas maiores. Quase não se tem mais vagas nos HDs e eles são obrigados a ficar pela rua; a coisa piorou. Isso vale pra toda saúde. (...) A gente reza pra que as pessoas conhecidas não adoeçam nos fins de semana – chegamos a esse ponto! Porque, durante a semana, bem ou mal, a gente se vira, corre atrás do diretor do serviço, acha alguma luz; no final de semana a gente não encontra ninguém, é uma tortura pra gente." (Firmina, p. 14 e 18).*

> *"Uma vizinha minha tem um filho com problemas mentais. Ela sabe que tem que fazer alguma coisa, mas levar pra onde? Na saúde mental, as coisas ficaram muito difíceis. Onde encontrar um psicólogo ou um psiquiatra? A gente procura e não encontra nada. Não é só nos HDs, nas UBSs também não se encontra nada. Eu moro na Vila Jacuí e o psiquiatra que tinha já foi faz tempo. Ela levou o filho num psiquiatra particular, pagou R$ 60,00; não dá pra ela dar conta. A*

gente tentou no Hospital de Ermelino e nada, em lugar nenhum; ela tá ficando louca também. O médico falou pra ela pedir o resgate e ir pro Tide Setubal, mas ele não tá precisando de resgate, de internação; ele precisa de tratamento, de convivência com outras pessoas, do Hospital-Dia, do CeCCo." (Ivone S. Fernandes, p. 18-19)

"Hoje esse tipo de atendimento alternativo à internação no manicômio está criando raízes e muito embora não se tenha apoio da administração atual, existe uma demanda e uma reivindicação muito forte dos usuários por esse tipo de atendimento. A população tem que se organizar e lutar para não terminar. Pelo contrário, tem que ser aprimorado e fazer com que os manicômios sejam esquecidos. (...) O que ficou de novo é que se despertou a necessidade da comunidade para esse tipo de trabalho. O PAS, apesar de não ser vantajoso, lucrativo para as cooperativas, vai ter que manter esses serviços – o HD, o CeCCo, a Enfermaria – por causa da pressão e da consciência que se tem em função desse atendimento que existiu. É lógico que a gente vai ter que se organizar pra garantir a mesma qualidade. O que ficou foi isso, uma reivindicação do movimento para o PAS para manter o atendimento em saúde mental, na área de deficiência, e o trabalho do CeCCo. Outra coisa que ficou é que hoje, querendo-se ou não, se comenta a necessidade de uma discussão mais aprofundada sobre a questão do manicômio, sobre as alternativas a ele e isso fez com que essa gestão mantivesse os serviços até agora e que o PAS também tenha que mantê-los." (Frederico Soares de Lima, p. 2 e 6)

7.3.5 Alguns comentários sobre a permanência das inovações implementadas

Os diversos depoimentos colhidos - dos quais apresentamos acima alguns trechos, e os demais materiais documentais acima mencionados, nos permitem chegar, sem margem de dúvida, a algumas considerações significativas, no que respeita à permanência (ou não) das inovações introduzidas pelo governo municipal de São Paulo no quadriênio 89/92.

Em primeiro lugar, nas áreas da saúde da pessoa portadora de deficiência e da saúde mental, mais particularmente nesta última, cujos programas puderam melhor se consolidar, até por terem disposto de um tempo de implantação maior, é inegável que, do ponto de vista qualitativo, o legado da gestão 89/92 permaneceu vivo e ativo, durante o período em estudo neste trabalho.

As formas alternativas de tratamento da doença/sofrimento mental apresentadas foram amplamente discutidas pelos movimentos e pelos técnicos; tornaram-se conhecidas de usuários e familiares, e, em certa medida (cuja extensão não foi objetivo desta tese avaliar), da população em geral, que passou a saber da possibilidade de utilização de serviços antes ignorados, oferecidos por recursos

humanos novos, dos quais tampouco se havia ouvido falar (como os terapeutas ocupacionais, por exemplo). O mesmo ocorreu, em decorrência, com os equipamentos necessários a implementá-las (o Hospital-Dia, por exemplo), o que deu a todo o processo um certo grau de irreversibilidade, até mesmo físico-estrutural.

O impacto das políticas referentes à pessoa portadora de deficiência foi mais discreto, face a todas as dificuldades já relatadas, que resultaram em uma operacionalização frágil e tardia dos respectivos programas.

A idéia de que há outras maneiras de se lidar com a questão da 'loucura' foi absorvida por segmentos importantes da população, bem como a de que é preciso cuidar, integradamente, da saúde dos portadores de deficiência. Firmou-se em muitos a convicção de que, em ambos os casos, têm que ser facultados aos indivíduos envolvidos todos os direitos de cidadania - iguais aos de qualquer pessoa, buscando-se superar eventuais barreiras físicas, psicológicas e sociais existentes.

É evidente que estas afirmações têm que ser relativizadas e que os inúmeros problemas anteriormente existentes não foram nem poderiam ser sobrepassados em apenas um mandato; mas é certo que se realizaram avanços e que as estruturas criadas sobreviveram à mudança de gestão.

A permanência das políticas em foco, contudo, sofreu solução de continuidade, de uma perspectiva quantitativista. Este aspecto é notório e sublinha os depoimentos de inúmeros dos entrevistados, como vimos; os próprios gestores do período 89/92 referem um aumento progressivo dos doentes que, no novo governo, precisavam ser encaminhados aos hospícios, por falta de investimento da gestão 93/96 - seja em recursos financeiros, seja em recursos humanos. De uma forma geral, é patente que o 'sucateamento' promovido pelo governo Maluf nas áreas sociais como um todo - com menos técnicos, menos incentivo e recursos cada vez mais insuficientes - teve profundos reflexos sobre os serviços em questão, sem que contudo tenham chegado a ser extintos ou fechados.

Um outro ângulo desperta a atenção: o da participação e controle popular, em relação às políticas públicas. Neste caso os resultados são mais negativos e o que se observou foi que a intensa interação presente no período 89/92 teve um caráter bastante efêmero. Dois elementos parecem estar envolvidos neste processo. Um

deles, de caráter jurídico-estrutural, diz respeito à não transformação das práticas (informais) de respeito às decisões tomadas pelos diversos Conselhos em que participava a população em um arcabouço de leis que as cristalizasse legislativamente, de forma a garantir que, no futuro, essas instâncias pudessem manter seu efetivo poder; assim, a gestão 93/96 pôde deixar de freqüentá-las, ignorando-as simplesmente - do que não resultou, para o governo, qualquer penalidade. O outro, de natureza ideológica, tange à questão da diversidade individual, do interesse diferenciado que cada um tem pelas lutas coletivas, à imensa variação dos níveis de informação presentes na população e, em conseqüência, das discussões relativas ao significado real do termo democracia, à emergencialidade de sua radicalização: foram apenas alguns técnicos mais mobilizados e lideranças populares que estiveram de fato envolvidos com as lutas e as causas em tela?; até que ponto estas eram (e são), em larga margem, objetos distantes, obscuros ou desinteressantes para a grande maioria das pessoas?; se as respostas forem afirmativas, o que é possível ou devido fazer para superar essas questões? Estes problemas não são pertinentes unicamente às reivindicações na área da saúde, mas permeiam a da educação, a sindical e as muitas outras. Ocorre que, como apontamos no Capítulo 1, essas dúvidas e indagações e seus desdobramentos nas diversas situações concretas são centrais para o entendimento das complexas correlações de forças que se estabelecem na sociedade e que, em última instância, determinam a forma ou formas de gestão do Estado teoricamente possíveis e concretamente praticadas, em determinados momentos históricos. A impressão que se tem, no caso específico, é de que ainda falta muito para que a problemática em foco possa ser objeto de uma maciça organização reivindicatória pelos correspondentes direitos de cidadania, fortemente enraizada na população em geral.

Finalmente, a questão recursos humanos.

Aqui, há dois pontos que nos parecem de especial relevância.

O primeiro, é o profícuo aprendizado que os técnicos puderam extrair de sua experiência na gestão 89/92. Tiveram acesso a diversos tipos de práticas absolutamente inéditas, para si mesmos e para o serviço público, em termos profissionais. E também a métodos e práticas de trabalho inovadores, executados de forma coletiva, debatida democraticamente. Puderam conjugar seu conhecimento

acadêmico e a realidade concreta e dura da periferia de uma forma real, humana e enriquecedora, fruto do engajamento no fazer acontecer propostas inovadoras e mesmo gratificantes, política e pessoalmente - isto transparece nos vários depoimentos. E este novo fazer incorporou-se à vida profissional desses técnicos, em muitos casos.

O segundo ponto, embora decorra de forma natural dessas observações, tem um significado cuja apreensão é fundamental na formulação de políticas públicas, na compreensão dos limites de atuação no Estado, em um espaço mediado pelos mais diversos filtros, como exposto no Capítulo 1. Trata-se de um fato simples: quaisquer dessas políticas públicas só podem ser implementadas por recursos humanos que para isso tenham conhecimento, persistência, competência e motivação; são condições de forma alguma fáceis de serem cumpridas, e muito menos rapidamente. Por isso, afora as dificuldades operacionais intrínsecas à máquina administrativa, as questões financeiras e outras, inerentes às inovações, é preciso que existam disponíveis esses recursos humanos - isto é, profissionais que tenham tido formação adequada, ao menos em tese e potencialmente; que seja possível contratá-los e/ou reciclá-los, e que haja tempo para a realização daquele potencial, para a sua maturação. Uma vez atingida esta, porém, as inovações políticas passam a viver no imaginário dos técnicos, a prover uma sustentação futura para as propostas que agora fazem parte de seus executores, de suas conquistas, enquanto seres humanos e enquanto profissionais.

Essa complexa interação entre propostas e pessoas permeia todo o nosso trabalho. Se a dinâmica das inovações tem nos recursos humanos um fator que limita a velocidade de implementação, são estes mesmos recursos que, uma vez tendo vivenciado o processo de implantação dessas inovações, contribuem para sua continuidade, para sua permanência.

Esta questão, que julgamos central neste trabalho, será explorada com mais detalhe no próximo capítulo.

8. A AÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA ARS-6

8.1 A incorporação da terapia ocupacional na assistência municipal de saúde

A história do desenvolvimento mais recente (últimas duas décadas) da terapia ocupacional no Estado de São Paulo está intimamente ligada à própria história da expansão do ensino universitário, do emprego em saúde e dos serviços públicos no setor saúde, notadamente na área da assistência em saúde mental (Durand, 1985; Spink,1985; Nogueira,1986 e 1988; Magalhães,1989; Mângia,1990; Maroto,1991; Medeiros, 1994).

Em meados da década de 70 emergiram, durante a "abertura democrática", movimentos sociais entre os quais o da saúde mental. Desde então começaram a ser questionadas tanto a qualidade quanto a política assistencial em psiquiatria, eminentemente custodial (conforme Capítulo 3 deste trabalho).

Estes debates tiveram um importante papel nos caminhos da implantação da nova política de saúde mental definida em 1982, quando o governo do Estado procurou estabelecer uma política de fortalecimento dos serviços públicos de saúde, adotando diretrizes racionalizadoras e modernizantes. A proposta, elaborada por um grupo técnico do governo Montoro, deslocava a ênfase hospitalocêntrica para os serviços extra-hospitalares e internação de curta permanência, prevendo um processo de descentralização, regionalização e hierarquização segundo níveis de complexidade resolutiva e recursos tecnológicos que a demanda exigisse. Além disso, foram valorizados o atendimento ambulatorial especializado, a rede básica de saúde e atividades de reintegração social para o doente mental, promovendo uma política de recursos humanos voltada para a formação técnico-profissional (Cap.3, nota 2).

Naquele momento foi incorporada, pela primeira vez de forma relativamente abrangente, a terapia ocupacional como parte da política assistencial aos 'doentes mentais'. Foi contratado um número significativo desses profissionais, principalmente para a rede hospitalar e para os ambulatórios de saúde mental.

Assim, os terapeutas ocupacionais começaram a assumir, também, a assistência extra-hospitalar (Mângia, 1990).

Em 1987, as discussões travadas na I Conferência Nacional de Saúde Mental indicavam a necessidade de integração da política de saúde mental à política de saúde. Os objetivos difundidos pela Divisão Nacional de Saúde Mental também apontavam para a universalização e eqüidade do acesso aos serviços assistenciais, articulação inter-institucional, prioridade ao setor público, modificação do modelo assistencial hospitalocêntrico, desenvolvimento de recursos humanos, promoção de estudos epidemiológicos e ênfase terapêutica psicoterápica e socioterápica (Brasil, 1988b).

Os princípios da nova política demonstraram rapidamente sua fragilidade. Não foi possível concretizar uma inversão da tendência hospitalocêntrica e da assistência pública prestada através de serviços conveniados com a iniciativa privada (Amarante,1995; Goldeberg, 1994). No entanto, já se tinha delineado, na década de 70, um forte movimento cujo objetivo era a unificação do sistema de saúde e sua organização segundo os princípios do modelo preventivo/comunitário (Amarante, 1991; 1995). Por outro lado, alguns municípios vinham buscando caminhos para o equacionamento dos gravíssimos problemas dos sistemas locais de saúde (Kalil, 1992; Campos, 1992; Cohn, 1995). Foi dentro deste quadro de luta pela eqüidade do direito e acesso real à assistência que começaram a se desenhar projetos assistenciais voltados para populações até então excluídas (como as pessoas portadoras de deficiência) ou apenas segregadas e tuteladas (como os portadores de transtorno mental).

São também do início da década de 80 as discussões acerca da necessidade de que o Estado assumisse a assistência à pessoa portadora de deficiência. Assim, os movimentos de defesa dessa população pressionaram o governo estadual no sentido de que este elaborasse/implantasse novas e mais adequadas propostas de atendimento à saúde e melhorasse as já existentes, respeitadas as diretrizes de descentralização/ hierarquização dos serviços. Resultou desse processo a constituição do Grupo Especial do Programa de Saúde do Deficiente da Secretaria

de Estado de Saúde, responsável pela coordenação técnica desse atendimento (SES, 1985; SES, 1989; Oliver, 1990; Rocha, 1991)

Desta forma foi possível, a partir das reivindicações apresentadas, discutir em diversas regiões de saúde do Estado propostas inovadoras e, em algumas delas, implantar atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde. As dificuldades geradas por questões político-administrativas internas e pela insatisfação dos profissionais em relação aos salários, entre outras razões, conduziram, por outro lado, a um grande êxodo destes para outros serviços.

Uma importante mudança, entretanto, foi possível, no âmbito do discurso de técnicos e planejadores. Passou-se a reconhecer a pessoa portadora de deficiência como clientela real das Unidades Básicas de Saúde e serviços de maior complexidade, ainda que não fossem equipadas ou preparadas para atendê-la. Ao mesmo tempo, a sociedade brasileira, no contexto dos movimentos pela redemocratização do país, foi capaz de pautar uma série de debates sobre temas de relevância social, com repercussões importantes em várias áreas, inclusive na da saúde. Nesse sentido, foram fundamentais as contribuições do movimento pela Reforma Sanitária, expressão não só do engajamento da sociedade civil organizada como de técnicos do campo da saúde, que logrou exercer fortes pressões sobre o Estado, exigindo seu comprometimento com a perspectiva da atenção à saúde como um direito da cidadania. Assim, o texto da Constituicão de 1988 reflete, em parte, esse momento histórico de construção dos direitos sociais, que se deu em meio a embates com as elites do país, no campo dos interesses privados e públicos.

Ampliaram-se as responsabilidades do Estado e do setor público, que iniciou um processo de discussão das políticas públicas a serem adotadas na área da saúde, passando a assumir outras demandas da população, que não aquelas tradicionalmente colocadas para aquele setor.

Nos debates a respeito dessas políticas os movimentos sociais tiveram papel definidor, juntamente com os técnicos mobilizados e envolvidos no aprofundamento das correspondentes temáticas, contribuindo decisivamente para as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde e para o texto constitucional sobre saúde, proteção e seguridade social, que propôs, como um dos eixos para implantação do Sistema Único de Saúde, a garantia de uma assistência integral à saúde, respeitadas

as necessidades especiais dos diversos segmentos da população (Oliver, 1990; Amarante, 1995).

Paralelamente às reivindicações do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, os movimentos pela Reforma Psiquiátrica e pelos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência apresentavam também suas demandas, de diferentes formas, junto à sociedade civil e ao Estado brasileiros. Dentre elas, a necessidade de assistência geral e específica aos seus problemas de saúde.

Assim, ainda na formulação das propostas de governo para a cidade de São Paulo durante a campanha eleitoral de 1988, técnicos e representantes de movimentos sociais dessas áreas contribuíram na definição de diretrizes que deveriam nortear o governo, caso eleito. Assumiu-se a necessidade de implantação do SUS na cidade. Dever-se-ia zelar para que seu caráter fosse efetivamente universal e abrangente: todos, inclusive 'loucos' e 'deficientes', teriam acesso às ações comuns em saúde; os grupos populacionais com problemas próprios deveriam ser atendidos em suas necessidades especiais. Em função disso, novos profissionais deveriam ser incorporados aos equipamentos tradicionais, como UBSs e Hospitais Gerais, nos quais novas ações de saúde seriam desenvolvidas. Além disso, propôs-se a criação de novos equipamentos voltados mais diretamente às áreas sob análise: os CeCCos, os HDs, os Centros de Reabilitação e os Lares Abrigados. Outros serviços, tais como, por exemplo, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, foram propostos nas diversas áreas. A assistência a ser prestada deveria priorizar a ação em equipes multiprofissionais e em serviços ambulatoriais.

A incorporação de terapeutas ocupacionais pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo é resultado desses desdobramentos. Foi através do Programa de Saúde Mental, motor inicial da contratação desses profissionais, que se deu a regulamentação dessa categoria profissional no quadro da administração municipal de saúde, a partir de 1989. Isto sem dúvida ocorreu em função - dentre outros fatores - do resultado da ação técnico-política dos profissionais engajados nos serviços públicos estaduais de saúde mental, em especial nos ambulatórios de saúde mental, organizados durante o governo Montoro, na então Coordenadoria de Ambulatórios de Saúde Mental (CSM, 1983; Mângia, 1990).

Os profissionais de saúde mental que contribuíram para a elaboração das propostas do governo municipal de São Paulo eleito para a gestão 89/92 também participaram, de diferentes maneiras, da experiência de implantação desses ambulatórios no Estado de São Paulo. Sobre ela teceram uma série de considerações, que apontavam, inclusive, para a excessiva vinculação institucional da política de saúde mental implementada por esses serviços e para a pouca permeabilidade às demandas do movimento social, quer dos trabalhadores de saúde mental, quer do movimento social no campo da saúde. Alguns desses profissionais passaram a compor a Assessoria de Saúde Mental da SMS. Esses técnicos reconheciam a contribuição do terapeuta ocupacional, como uma das práticas profissionais que constituíam e davam impulso à organização da assistência extra-hospitalar (SMS, 1989; Daud Jr, 1996).

Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde contava com três terapeutas ocupacionais que desenvolviam ações de assistência, apesar de não terem sido contratados para tal (essa categoria profissional não existia, nos cargos e funções da Prefeitura). Em julho do mesmo ano, foi realizado o primeiro concurso público dessa Secretaria, para a categoria profissional. Desse concurso participaram 188 profissionais, sendo aprovados 70, dos quais 45 assumiram suas funções apenas a partir de 1990, pois as contratações dependeram de gestões político-administrativas junto à Câmara Municipal da cidade, para a criação/aprovação de vagas e para a obtenção dos necessários recursos financeiros. Nesse período foram também incorporados fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos e enfermeiros. Estes técnicos desenvolveriam ações junto aos serviços de saúde inclusive nos programas de saúde mental e de atenção à pessoa portadora de deficiência.

O primeiro grupo de terapeutas ocupacionais contratados, que contribuiu diretamente para o desenho da atual prática em terapia ocupacional, distribuiu-se de forma desigual nas diferentes regiões de saúde em que se dividiu administrativamente o município de São Paulo:

QUADRO 15

Distribuição dos terapeutas ocupacionais, segundo as
Administrações Regionais de Saúde, em 1991, no município de São Paulo.

Região de saúde	Número de terapeutas ocupacionais
ARS 1	5
ARS 2	1
ARS 3	3
ARS 4	4
ARS 5	2
ARS 6	3
ARS 7	6
ARS 8	3
ARS 9	2
ARS 10	6
TOTAL	**35***

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde - Assessoria de Saúde Mental, 1991.
*Sabe-se que o número total de terapeutas ocupacionais era de 45 profissionais; no entanto, obteve-se informação sobre a lotação de somente 35 deles.

No intervalo de tempo entre os concursos e as contratações, a Assessoria de Saúde Mental comissionou, da Secretaria de Estado da Saúde, profissionais de diversas categorias, inclusive terapeutas ocupacionais, que já estavam vinculados a serviços estaduais de saúde mental e passaram então a compor o quadro de funcionários municipais. Dessa maneira, foi possível iniciar a implementação das propostas de saúde mental em algumas das ARSs do município de São Paulo.

8.1.1 Razões da incorporação dos terapeutas ocupacionais

São três as principais razões apresentadas pela gestão 89/92 para a incorporação dos terapeutas ocupacionais aos programas de saúde: em primeiro lugar, a atuação desses profissionais nos serviços de saúde mental da rede pública estadual, particularmente em função do tipo de abordagem de *seu trabalho junto aos "psicóticos"*, grupo de risco que foi priorizado pelo Programa de Saúde Mental, na medida em que esta é exatamente a população que percorre a "carreira do doente

mental", repleta de internações realizadas nos manicômios (SMS,1992); em segundo lugar, a *capacidade dos terapeutas ocupacionais de realizar um trabalho de integração entre os profissionais das equipes;* e, em terceiro lugar, *sua forte adesão à proposta apresentada* (Daud Jr, 1996).

Por outro lado, em conseqüência da pressão dos próprios terapeutas ocupacionais já contratados pela Prefeitura, que consideravam ser importante não só o atendimento de pacientes com transtornos mentais mas também o dos portadores de deficiência, aliada às reivindicações dos movimentos sociais em defesa dos direitos dessa população, não só através do Conselho Municipal do Deficiente como pela participação marcante dos próprios portadores de deficiência nas Conferências Municipais de Saúde de 1990 e de 1991, iniciou-se, neste último ano, processo que acabou resultando na elaboração do Programa de Atenção à Saúde do Deficiente, já mencionado, e conseqüente contratação dos técnicos que a sua viabilização requeria. Simultaneamente, novas gestões foram feitas para a implantação do Programa de Saúde Mental, em função de debates mais aprofundados sobre as necessidades de mão-de-obra em cada um dos distritos de saúde. Desta forma, precedendo a realização do segundo concurso municipal, foram redimensionados os requisitos de recursos humanos para as diferentes categorias profissionais, segundo inclusive locais de funcionamento dos equipamentos específicos. Uma nova Tabela de Lotação de Pessoal (TLP) da SMS foi elaborada.

No âmbito específico da terapia ocupacional, levando-se em conta a necessidade de recursos humanos para as áreas de saúde mental e da pessoa portadora de deficiência, deliberou-se pela ampliação do número de vagas para o total de 241. Os quadros abaixo descrevem a concentração de terapeutas ocupacionais, do ponto de vista geográfico, bem como de acordo com os tipos de serviços oferecidos, antes e depois da ampliação mencionada acima. Note-se que esses dados mostram a maior presença dos profissionais em questão nas estruturas extra-hospitalares, o que indica a necessidade de renovação dos próprios conceitos e metodologias de atendimento já que, historicamente, o terapeuta ocupacional estava, em grande parte, vinculado ao nível terciário de atenção.

QUADRO 16

Distribuição dos terapeutas ocupacionais,
segundo as regiões de saúde e tipos de serviços assistenciais, 1991.

Região de Saúde	Tipos de serviços						
	PAM[1]	CECCO[2]	HD[3]	CRST[4]	CRI[5]	HG[6]	TOTAL
ARS 1	-	1	2	-	-	2	5
ARS 2	1	-	-	-	-	-	1
ARS 3	1	-	1	-	-	1	3
ARS 4	-	1	-	1	1	1	4
ARS 5	1	-	-	-	-	1	2
ARS 6	-	-	-	-	-	3	3
ARS 7	1	2	2	1	-	-	6
ARS 8	2	1	-	-	-	-	3
ARS 9	1	-	1	-	-	-	2
ARS 10	1	1	-	-	-	4	6
TOTAL	**8**	**6**	**6**	**2**	**1**	**12**	**35**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Assessoria de Saúde Mental, 1991.

QUADRO 17

Distribuição dos terapeutas ocupacionais,
por regiões de saúde e tipos de serviços assistenciais, em agosto de 1992.

Região de Saúde	Tipos de serviços								
	CECCO[2]	HD[3]	CRST[4]	CRI[5]	HG[6]	UBS[7]	AE[8]	EM[9]	TOTAL
ARS 1	4	4	1	-	4	3	-	-	16
ARS 2	4	3	2	-	-	10	-	-	19
ARS 3	5	11	-	-	2	4	3	-	25
ARS 4	2	5	1	4	6	7	-	-	25
ARS 5	2	6	-	-	5	21	2	-	36
ARS 6	8	6	-	-	8	8	-	-	30
ARS 7	4	3	1	-	1	20	-	-	29
ARS 8	4	3	-	-	2	6	2	-	17
ARS 9	2	-	-	2	-	11	-	-	15
ARS 10	4	3	-	-	5	17	-	-	29
TOTAL	**39**	**44**	**5**	**6**	**33**	**107**	**7**	**-**	**241**

Fonte: Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, agosto de 1992.

(1) PAM - Posto de Assistência Médica
(2) CECCO- Centro de Convivência
(3) HD - Hospital-Dia
(4) CRST- Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
(5) CRI - Centro de Referência Infantil
(6) HG - Hospital Geral
(7) UBS - Unidade Básica de Saúde
(8) AE - Ambulatório Especializado
(9) EM - Emergência Psiquiátrica

O quadro anterior representa o resultado do concurso público para os profissionais, após realizadas as respectivas escolhas de locais de trabalho. Até novembro de 1992, não se dispunha de informações sobre quais desses profissionais estavam em exercício em cada um dos serviços. Sabe-se que em agosto de 1993 a Secretaria Municipal de Saúde contava com 126 terapeutas ocupacionais nos diferentes serviços e administrações regionais de saúde (SMS, 1993a).

Em 1996 encontramos referências sobre 30 terapeutas ocupacionais que trabalharam nos equipamentos da ARS-6 no período em estudo. Conseguimos contatar 20 deles e entrevistar 17 (57%). Dentre estes, 16 estavam desenvolvendo ações de saúde na ARS-6, 14 nos equipamentos já estudados e 02 na Enfermaria Pediátrica e no Berçário do Hospital Municipal Tide Setúbal; 01 passou, a partir de 1993, a atuar no HD da ARS-2, na região do Butantã. Todos os terapeutas ocupacionais que estavam trabalhando nos diferentes equipamentos de saúde da ARS-6 em 1996, ano da realização do estudo de campo, foram entrevistados.

QUADRO 18

Terapeutas ocupacionais, por equipamento e Distrito de Saúde da ARS-6, julho/1996

São Miguel Paulista		Ermelino Matarazzo		Itaim Paulista
1.Hospital Tide Setúbal Enfermaria Pediátrica e Berçário	02	1.Hospital Prof. Dr. Alípio C.Neto Enfermaria Psiquiátrica	03	Não contava com esses profissionais em 1996.
2.UBSs		2.UBSs		
UBS Jardim Maia	01	UBS Dr.Carlos Muniz	01	
UBS Vila Nova Curuçá	01	UBS Vila Císper	01	
3. CeCCo Parque Chico Mendes	01	UBS Pedro de Souza Campos	01	
4. HD	01	3. CeCCo	02	
		4. HD	02	
TOTAL	**06**	TOTAL	**10**	
TOTAL (final/92): 11		**TOTAL (final/92): 15**		**TOTAL (final/92): 04**

8.1.2 Terapeutas ocupacionais: um ator protagonista?

No item 8.5 trataremos com mais detalhes das razões que nos levaram a eleger os terapeutas ocupacionais como categoria a ser estudada mais proximamente, neste trabalho. Contudo, parece-nos apropriado dizer algumas palavras sobre essa

questão, já neste momento. Os itens 8.2, 8.3 e 8.4 fornecerão o material a partir do qual poderemos tratar da matéria de forma conclusiva, mas há uma série de considerações preliminares que nos permitimos aqui elencar, fruto, em parte, de nossa experiência cotidiana com a formação desses profissionais nos últimos anos e de nosso interesse de pesquisa, na área (Lopes, 1990; 1991; 1996b).

Foi patente a determinação da Prefeitura em contratar um contingente ponderável de terapeutas ocupacionais, por acreditar na potencialidade desses profissionais, num possível papel diferenciado que pudessem vir a ter na implementação das propostas nas áreas de saúde, em especial nas de saúde mental e da saúde dos portadores de deficiência.

Partindo-se da premissa de que esta opção não tenha sido pura e simplesmente gratuita, pode-se levantar de pronto algumas hipóteses, que talvez pudessem ter levado o governo a essa decisão (e cuja correção será comprovada no decorrer deste capítulo) e que justificariam plenamente, de igual maneira, o destaque que demos, neste trabalho, à análise da contribuição dos terapeutas ocupacionais.

Em primeiro lugar, não seria de se esperar que os terapeutas ocupacionais tivessem particular facilidade no lidar com as questões e populações que se buscava atender, posto que essa era exatamente a área em que tinham mais experiência?

Em segundo lugar, não seria também razoável supor que os terapeutas ocupacionais, por sua formação, mais flexível do que a dos demais profissionais da área de saúde, e sua atuação, na prática muito próxima a segmentos despojados de muitos de seus direitos mais elementares, os tornasse majoritariamente simpáticos, politicamente, à idéia da luta pelo resgate desses direitos e, em geral, dos direitos de cidadania da população brasileira - e, portanto, passíveis de engajamento nos projetos defendidos pela gestão, que iam nessa mesma direção?

Por último, não se poderia antever que esses profissionais pudessem dar uma contribuição importante à dinâmica de grupo que se estabeleceria com a constituição de equipes multiprofissionais, na área da saúde, conforme previsto pela gestão 89/92, já que o trabalho coletivo e plural é um espaço conhecido e mesmo familiar para esse técnico?

Os próximos itens, que tratam do trabalho feito pelos terapeutas ocupacionais, de sua formação e da avaliação de suas realizações, darão uma idéia

do impacto e importância de sua atuação, para as propostas da gestão 89/92, da correlação entre estes elementos e sua formação e, por conseguinte, da pertinência de sua contratação pela Prefeitura e do destaque que aqui damos a esses recursos humanos.

8.2 O trabalho realizado: a contribuição do terapeuta ocupacional para a assistência à saúde mental e à saúde da pessoa portadora de deficiência

Importa aqui esclarecer que quando abordamos, nos Capítulos 6 e 7, itens relativos à visão dos técnicos a respeito do cotidiano da assistência nas UBSs, Emergências Psiquiátricas e Enfermaria de Saúde Mental, nos HDs, nos CeCCos e na Unidade de Reabilitação da ARS-6, ali incluímos os terapeutas ocupacionais. Assim, não voltaremos aqui a temáticas tais como a avaliação das propostas da gestão 89/92 e 93/96 e suas formas de encaminhamento, ou àquelas referentes às motivações e condições concretas para o desenvolvimento do trabalho na Prefeitura, ou ainda àquelas que discutam os resultados obtidos pela gestão 89/92 nas áreas de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência na ARS-6, bem como a permanência destes na gestão 93/96.

Pretendemos neste item abordar as especificidades do trabalho dos terapeutas ocupacionais, de forma a tentar conhecer as ações de saúde por eles desenvolvidas, individualmente e em equipe, junto à população que sofre mentalmente ou que é portadora de alguma deficiência.

8.2.1 A população assistida pelo terapeuta ocupacional no cotidiano dos serviços

De maneira geral podemos dizer que o terapeuta ocupacional orientou suas ações em direção à população alvo dos programas de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência. Evidentemente isto não era uma 'escolha' na Enfermaria de Saúde Mental e nos HDs - equipamentos destinados ao atendimento da 'crise' psiquiátrica, onde esse profissional, juntamente com a equipe

multiprofissional, trabalhou com usuários em geral diagnosticados como ‘psicóticos e neuróticos graves’, bem como com suas famílias.

Nos CeCCos a população alvo - “doentes mentais, portadores de deficiência, idosos, crianças e adolescentes de rua, portadores de necessidades especiais” - foi aquela com quem o terapeuta ocupacional atuou de forma a facilitar a convivência e a cooperação dessas pessoas com sua família, com a comunidade e com a população em geral.

A discussão em relação às UBSs, que já fizemos no item 6.3.1 do Capítulo 6, aborda, por um lado, a questão relativa ao acesso real dos grupos populacionais em estudo, assim como se foram atendidos (ou não) em suas necessidades, por esse equipamento; por outro, indaga até que ponto o caráter geral e indiferenciado da demanda da rede básica, bem como seu papel ‘preventivo e comunitário’, teriam levado profissionais não tradicionalmente presentes nesse serviço a desenvolver ações orientadas para essa demanda geral.

Para além do que ali já apontamos podemos concluir, especificamente em relação ao terapeuta ocupacional, que este trabalhou, nas UBSs, com aqueles grupos populacionais, apesar de tê-lo feito de forma restrita e com inúmeras dificuldades. Isto decorreu de diversos problemas que os técnicos da equipe de referência em saúde mental tiveram que enfrentar para desenvolver ações em equipe nesse equipamento, no qual foi mais freqüente o atendimento ao portador de transtorno mental circunscrever-se ao acompanhamento medicamentoso pelo psiquiatra. Na maioria das UBSs da ARS-6 que contaram com equipe de saúde mental, quando esse profissional encaminhava aquele usuário para o terapeuta ocupacional, este passava também a atendê-lo. O mesmo se dava em relação aos psicólogos, para quem eram direcionados os usuários que demandavam ‘terapia psicológica’.

Algumas das terapeutas ocupacionais entrevistadas, entretanto, conseguiram articular e realizar um trabalho de assistência a portadores de transtorno mental em equipe e em co-terapia com psiquiatras e psicólogos - pelo menos enquanto se contou com equipes completas nas UBS, o que, como vimos, ocorreu por pouco tempo na região.

As terapeutas ocupacionais que foram para as UBSs referem, com muita freqüência, que parte dos gestores locais, dos profissionais e dos funcionários desse

equipamento desconheciam as possíveis contribuições que a terapia ocupacional poderia oferecer à assistência. Em outras palavras, a principal razão pela qual haviam sido incorporadas aos serviços municipais de saúde, inclusive na rede básica (a saber: o trabalho desenvolvido tradicionalmente por terapeutas ocupacionais com portadores de transtorno mental grave, em equipe), era, ela própria, um dos elementos de uma nova proposta, a ser efetivada na UBS. Assim, o desconhecimento das possibilidades a serem potencialmente abertas à assistência em saúde mental, na rede extra-hospitalar, pelos terapeutas ocupacionais, revelava o grau de inovação que a proposta em implementação tinha para a maioria dos técnicos (como já discutido), tanto do ponto de vista de sua formação profissional quanto em termos de experimentação prática. Relembramos aqui que estas considerações aplicam-se também à área da saúde da pessoa portadora de deficiência.

> *"Quando eu cheguei na Prefeitura, eu já tinha contato com as propostas da luta anti-manicomial: o fim da internação manicomial, a enfermaria de saúde mental no hospital geral e de curta permanência, o atendimento ambulatorial. Então eu via sentido na inclusão do terapeuta ocupacional nos serviços de saúde em geral. (...) Alguém, em outros níveis, deveria portanto saber para que se queria e se contratou terapeutas ocupacionais. Mas no meu contato direto, [com] a minha chefia e [com] os outros profissionais do posto, eles pareciam não ter a menor idéia. (...) A psicóloga e a psiquiatra, que estavam aqui a mais tempo, tinham alguma noção, e começaram a me encaminhar pacientes para atendimento (...) [os] mais comprometidos na área de saúde mental; [isto] era novo também para a psicologia. Por aí começaram a chegar os pacientes. Comecei também a fazer triagens, junto com a fonoaudióloga." (Renata G. Galvão, p. 1 e 4)*

> *"Todos os funcionários da UBS pareciam não saber o que era o trabalho do terapeuta ocupacional. Quando eu cheguei, a diretora da unidade me recebeu dizendo: 'Poxa, que legal, eu sempre esperei conseguir uma terapeuta ocupacional.' Mas, já era final de mandato e ela foi afastada. Estavam trocando as direções e então ficou uma coisa meio perdida. (...) Realizei um trabalho de tentar mostrar pras pessoas o que é terapia ocupacional, o que ela pode fazer. Comecei a receber encaminhamentos da enfermagem, da educadora, da assistente social, da pediatria e de outras unidades. Lá não tinha psicologia e nem psiquiatra nessa época. (...) Tinha casos de síndrome de Down, paralisia cerebral, crianças com problemas de desenvolvimento e/ou de aprendizagem e também alguns casos psiquiátricos que eram encaminhados por outras unidades." (Cecília Konishi, p. 1-4)*

Na área de saúde da pessoa portadora de deficiência a população assistida pelas terapeutas ocupacionais compunha-se: de casos leves e moderados de deficiência física, sendo isto válido independentemente da faixa etária, isto é, tanto

para adultos quanto para crianças; de pacientes - a ampla maioria dos que eram atendidos pelas terapeutas ocupacionais nas UBSs - que podiam ser considerados como portadores de uma 'certa' deficiência mental e/ou escolar, e que, pelos problemas apresentados, como já vimos, eram agrupados sob o diagnóstico amplo e absolutamente genérico de "queixa escolar".

> *"Quando eu cheguei na UBS dei continuidade ao trabalho que já vinha sendo desenvolvido pela terapeuta ocupacional que estava aqui e que foi para a Zona Norte da cidade com a 'remoção zerada'. A clientela era composta por alguns deficientes físicos, alguns deficientes mentais e uma demanda totalmente nova para mim, que foi a 'queixa escolar'. Aqui tem uma demanda enorme de crianças e adolescentes com 'queixa escolar', que se mantém até hoje." (Viviane de Faria Sampaio, p. 6-7)*

> *"Escolhi vir para esta UBS porque a vaga daqui era caracterizada e pressupunha o trabalho com a pessoa portadora de deficiência física. Só que quando eu cheguei tinha toda essa estrutura de saúde pública que eu desconhecia e que demandava muitas outras coisas para serem feitas. A princípio, ninguém conhecia a profissão. Ninguém sabia qual seria meu papel aqui. Não sabiam também de outros profissionais que vieram para esse trabalho, como o fisioterapeuta e o fonoaudiólogo. (...) A administração procurou dar condições pro trabalho de reabilitação, mas na unidade mesmo só ficaram sabendo quando a gente chegou. (...) Não pareciam esperar nada de mim. Aí eu fui explicando para cada um dos funcionários. A pediatria começou a me encaminhar crianças que eles percebiam ter algum atraso de desenvolvimento. Depois, começou a pingar AVC [Acidente Vascular Cerebral] e depois choveu AVC. Tem muitos casos assim e a população 'descobriu' que aqui se atendia; muitos vinham encaminhados da Unidade de Reabilitação do Hospital de Ermelino. Tem também casos de paralisia cerebral, mas a gente tem dificuldade de atender casos mais graves pela falta de recursos físicos e materiais. Tem muito escolar, muita criança com dislexia, com dificuldades específicas para aprender. E tem muito deficiente mental, tem muita criança com rebaixamento intelectual." (Marlene E. Buceroni, p. 2-4)*

Um trabalho específico de orientação de mães de crianças portadoras de deficiência é relatado por vários dos terapeutas ocupacionais nas UBSs. Outro grupo assistido nas UBSs por esse profissional foi o de idosos/terceira idade, no bojo das ações programáticas a eles direcionadas.

Finalmente, os terapeutas ocupacionais estiveram também em diferentes programas desenvolvidos em cada uma das UBSs da ARS-6, realizando ações de educação, orientação e prevenção em saúde da mulher, da criança e do adolescente, do trabalhador, etc., tanto no serviço quanto em demais instituições da comunidade, com destaque especial para as escolas. Na Enfermaria de Pediatria e no Berçário do

Hospital Municipal Tide Setúbal, as terapeutas ocupacionais que aí atuavam procuravam realizar um trabalho de avaliação, orientação e prevenção, em termos de possíveis deficiências e problemas do desenvolvimento infantil. Quanto aos critérios de elegibilidade da clientela, podemos dizer que os terapeutas ocupacionais se pautaram pelas proposições e normatizações definidas nos diferentes serviços, e nas UBSs, de certa forma, tentaram lidar com as inúmeras problemáticas que chegaram até eles e, também, abrir espaço real de atendimento para os grupos populacionais em estudo.

8.2.2 Rotinas, métodos, técnicas, recursos de trabalho empregados pelo terapeuta ocupacional e sua relação com a e equipe

Nas Unidades Básicas de Saúde

O terapeuta ocupacional, nesse equipamento, teve como estratégia inicial comum a 'divulgação', junto a técnicos, a funcionários e mesmo a alguns gestores desses serviços, do que era a terapia ocupacional e quais suas possíveis contribuições à assistência a ser prestada tanto aos grupos populacionais em estudo como à população em geral; foi delineando, a partir daí, sua disponibilidade e necessidades, em relação àquilo que se julgava capaz de realizar, em termos de ações de saúde nas UBSs.

Superado o desconhecimento inicial, definem como maior dificuldade de trabalho a falta de condições, em termos de recursos físicos e materiais; neste aspecto, não era diferente a visão dos demais novos profissionais.

É prática usual entre os terapeutas ocupacionais, bem como em várias experiências de atenção em saúde mental, o atendimento em grupos. As UBSs não dispunham, em sua maioria, de espaço compatível. Os grupos foram limitados a cinco crianças e a, no máximo, três adultos, salvo quando era possível se utilizar algum espaço alternativo. Muitos dos atendimentos foram individuais, por essa razão. Na área da pessoa portadora de deficiência a falta de instalações adequadas para atendimento - desde a dificuldade de acesso, devido à barreiras arquitetônicas (as UBSs foram adaptadas quanto a esse aspecto, durante a gestão 89/92 e ainda em 1993), até espaços impróprios para a manipulação, o exercício e/ou trabalho corporal - comprometeu em muito as possibilidades de atenção.

Referem os terapeutas ocupacionais como igualmente limitados os recursos existentes, em termos de materiais de consumo. A incorporação desses profissionais exigia a aquisição desses materiais para a realização de várias atividades - plásticas, artesanais, expressivas, lúdicas, da vida diária; enfim, atividades de infinitos tipos. É evidente que não se esperava que infinitos tipos de materiais fossem disponibilizados; mas havia a expectativa de que pelo menos alguns materiais pudessem ser adquiridos, possibilitando a ação profissional, frente às demandas e necessidades dos usuários . Os obstáculos que dificultaram e/ou impediram a compra do que seria um mínimo necessário variaram desde a inexperiência do profissional, com os trâmites burocráticos do serviço público, até a dificuldade da burocracia da administração pública em incorporar novos procedimentos. Alguns terapeutas ocupacionais, entretanto, consideraram que, apesar dos problemas reais enfrentados, era possível definir e implementar alternativas de atividades que demandavam poucos ou quase nenhum recurso material; concluem, portanto, que os entraves mencionados não impossibilitaram o trabalho. Em alguns casos, os próprios usuários traziam materiais para realizarem atividades de seu interesse.

Nas UBSs, o trabalho em equipe enfrentou inúmeros óbices. Os terapeutas ocupacionais ressentiam-se disso, de forma significativa. A estratégia encontrada foi a discussão e a troca, em termos mais individuais, com os técnicos com os quais tinham maior afinidade profissional. Foram poucas as experiências de co-terapia. O trabalho desenvolvido por grupos de profissionais (em geral duplas, no máximo três) nas UBSs se voltaram mais para as áreas de educação, orientação e prevenção em saúde.

> *"Eu acho que ainda não há uma organização do trabalho em equipe, somente em alguns casos isolados isso acontece. Minha experiência aqui é que, se eu tenho um caso que eu me interesso muito, que eu sinto que está respondendo, é como se eu tivesse que 'seduzir' o outro profissional para ele dar o suporte dele. É assim que eu sinto. Eu invisto muito tempo nisso quando é necessário. (...) Tentamos fazer atendimentos em co-terapia. Funcionou por um certo tempo, mas a maioria dos atendimentos é feito por um profissional sozinho. Fizemos um grupo, eu e a assistente social, de mães de crianças deficientes. Um grupo de atividades onde as mães traziam seus problemas para discuti-los. Eu orientava também quanto ao que elas precisavam fazer para ajudar o desenvolvimento das crianças, o que dava pra fazer com as crianças em casa, como estimulá-las. Eu fazia a avaliação da criança, atendia algumas vezes e a mãe era encaminhada para esse grupo. Esse grupo de mães se mantém até hoje." (Renata G. Galvão, p. 6-7)*

Foram consideradas como tendo oferecido grande subsídio para o trabalho as teorias psicodinâmicas para a compreensão dos fenômenos psíquicos e emocionais de indivíduos e grupos.

Quanto às técnicas e métodos de manipulação e trabalho corporal, o método neuroevolutivo Bobath foi aquele sobre o qual se basearam as ações dos terapeutas ocupacionais entrevistados, conjuntamente a referenciais advindos da área de psicomotricidade.

Abordagens da área educacional, aliadas à psicomotricidade e à compreensão psicodinâmica da criança, dos grupos em que se insere, especialmente sua família, também foram buscados pelos terapeutas ocupacionais, afim de poderem lidar com as "queixas escolares".

Para os terapeutas ocupacionais, trabalhar nas UBSs implicou compreender as necessidades de saúde da região em que se encontravam e poder direcionar, ao menos em parte, suas ações na busca da resolução dessas necessidades. Isto levou-os a desenvolver experiências de educação, orientação e prevenção em saúde em geral e nas áreas específicas de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, tanto no serviço quanto na comunidade, aliadas a ações clínicas nas UBSs.

> *"Quando eu cheguei aqui pra mim foi um outro mundo, eu não conhecia nada, nem das necessidades da região e nem de saúde pública. O que foi bom é que nessa época o Distrito estava fazendo a chamada territorialização. Ele foi dividido em áreas de abrangência, em cada área foi estudada toda morbidade e quais eram as necessidades a ser priorizadas. (...) Eu não sabia o número enorme que se tinha de tuberculose, diabetes, paciente diabético com polineurite, eu nunca tinha trabalhado com isso. E eu acabei tendo que atender e até que dei conta, junto com a fisioterapia. (...) E quanto aos hipertensos? Eu não tinha idéia do quanto a população é hipertensa, daí o número enorme de AVC que chega. (...) E a gente tem que ir dando respostas a essas necessidades das mais variadas formas: atendimento clínico, individual, grupos de educação sanitária, de orientação na amamentação e desenvolvimento infantil, de prevenção de infecções, de deformidades, grupos com usuários de drogas, contatos e orientações na escola, lidar com a violência à criança. Quando não dá pra atender na unidade, tentar encaminhar pra um lugar ou profissional que possa fazer alguma coisa. Mas aqui a gente atende muita coisa." (Marilene E. Buceroni, p. 17 e 24-26)*

Um ponto importante é a relativa autonomia de que dispuseram os técnicos em geral e os terapeutas ocupacionais para definirem seu trabalho nas UBSs. A gestão 89/92 procurou direcionar o trabalho da equipe de referência em saúde

mental na UBS, razão inicial da incorporação do terapeuta ocupacional nesse equipamento, mas a própria normatização criada pelo governo que levava em conta a diversidade de demandas para esse serviço, e, especialmente, a questão do programa de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência, que passou a ser desenvolvido em 1992, deixavam espaços para os mais diversos tipos de ações. Frente a essas inúmeras possibilidades, segundo os terapeutas ocupacionais entrevistados, o profissional definia o que fazer, a partir dos seus interesses e competências.

Na Emergência e Enfermaria de Saúde Mental

Iniciar o trabalho de atenção à saúde mental no Hospital Municipal "Prof. Dr. Alípio C. Neto" foi uma tarefa assumida pela equipe de técnicos da área, que aí chegou a partir de 1990, dentre eles o terapeuta ocupacional.

Como já relatamos, a implantação da Emergência Psiquiátrica precedeu a instalação da Enfermaria de Saúde Mental. Assim, os profissionais iniciaram suas ações por esse serviço, em Ermelino Matarazzo. A terapeuta ocupacional então contratada pôde desenvolver uma experiência ímpar, que foi atuar numa Emergência Psiquiátrica (Em meados de 1990 quando os Distritos de Saúde e a SMS definiram a nova TLP, decidiu-se que esse profissional não participaria desse serviço).

O relato de sua atuação confere um caráter de acolhimento e cuidado, na crise psiquiátrica, para com o usuário e sua família, bem como um importante objetivo a ser perseguido - a não internação manicomial, desenvolvido pela equipe. Nesse contexto o trabalho, para o terapeuta ocupacional, não ganha os contornos de suas especificidades e sim os de "agente de saúde mental".

> *"A gente trabalhava numa linha de entrevistas familiares, de visitas domiciliares, de acompanhar os pacientes nos leitos e poder estar conversando com eles, fazendo um atendimento de continência, porque era uma pessoa que estava em surto e internada. Era um trabalho nessa linha, feito por todos. (...) Às vezes parecia até um trabalho de detetive, porque a pessoa entrava em surto e estava sozinha; procurávamos saber o bairro, a cidade de onde ela vinha, e encontrar a família. Todo mundo fazia a mesma coisa, ou coisas muito parecidas, tanto T.O., como assistente social, como psicólogo. A divisão importante era entre médicos e não-médicos. O médico medicava e assinava a alta especificamente. O fato de estarmos lá, na Emergência, os não-médicos, criou vários problemas. Alguns plantonistas estranhavam bastante; mas quem bancava a proposta lidava com isso numa boa. Tinha plantonistas que vinham com formação e experiências*

> *diferenciadas, que atendiam junto com a gente. Não viam o trabalho em equipe como uma questão de confronto e sim como uma forma de potencializar o atendimento..” (Stella Maris Nicolau, Entrevista 1, p. 3)*

Quando foi inaugurada a Enfermaria de Saúde Mental, parte da equipe ficou nos dois serviços, até a chegada de mais profissionais, e outra parte passou a atuar aí, exclusivamente. Foi o caso da terapeuta ocupacional. Somente em meados de 1992 outras três terapeutas chegaram para desenvolver ações nesse serviço.

Segundo as terapeutas ocupacionais o investimento no trabalho em equipe foi muito grande, no período inicial do serviço. Procurou-se fazer com que todos os técnicos se responsabilizassem pelo atendimento, de forma geral. Assim, havia momentos em que a terapeuta ocupacional recebia os pacientes encaminhados para internação e orientava e atendia familiares, enquanto outros técnicos cuidavam da realização de grupos de atividades, de recreação e do convívio na Enfermaria. Dessa forma, ocorria uma maior indiferenciação de papéis profissionais na realização da tarefa comum de cuidar e tratar do paciente em crise (apesar da centralização, já discutida, na figura do psiquiatra). Por outro lado, em momentos de dificuldades e dúvidas da equipe, os profissionais pareciam fechar-se mais em seus papéis específicos, e, já na gestão 93/96, aos poucos passou-se mais concretamente de uma equipe que “dividia questões para uma equipe que dividia tarefas”.

> *“O terapeuta ocupacional cuidava do estar ali dentro internado, do ficar ali na Enfermaria, da convivência no dia-a-dia. Via a questão da televisão, das atividades recreativas, do estar junto no momento das refeições e principalmente através da realização de trabalhos grupais - grupos de atividades, grupos de trabalho corporal, grupos terapêuticos verbais. (...) Os pacientes acabavam ficando muito tempo na cama. Passávamos de manhã convidando, tentando motivá-los a sair pra um passeio, junto com a enfermagem, às vezes com a psicologia. Organizávamos as festas, grupo de dança. Enfim, buscávamos chamá-los para as ‘atividades’. Penso que a terapia ocupacional acabou cuidando muito dessa parte, porque a pessoa passa muito tempo na enfermaria.(...) Então o terapeuta ocupacional é aquele técnico que sabe de todo mundo que está internado de um jeito mais geral, porque ele está muito com as pessoas, observando e cuidando mais dessa dinâmica que os pacientes estão vivenciando. (...) Dessa forma, pode levar para a equipe esses dados. Somente o terapeuta ocupacional e a enfermagem atendem todos os pacientes internados, e o pessoal da enfermagem está mais distante das proposições e práticas do trabalho em equipe.” (Stella Maris Nicolau, Entrevista 1, p. 15-17)*

O cuidar desse cotidiano e do usuário na Enfermaria não era visto como 'simplesmente' ocupar as pessoas internadas, uma coisa muito cobrada pelo pessoal da enfermagem da terapia ocupacional.

> *"A gente tenta mostrar que a atividade na Enfermaria é um meio e não um fim. É uma forma dos pacientes se comunicarem, de estarem juntos e de estarem com alguém junto deles. Às vezes não é o caso de 'fazerem' alguma coisa, algum projeto com começo, meio e fim, mas de estar junto. Às vezes é o caso de assistir televisão com algum deles e poder conversar ou perceber melhor o que está acontecendo com ele." (Stella Maris Nicolau, Entrevista 1, p.18)*

O terapeuta ocupacional seria um 'facilitador' do trabalho em equipe, promovendo a troca entre profissionais que intervêm, tradicionalmente, de forma mais individualizada.

> *"Funcionávamos como um facilitador na equipe, entre o pessoal da enfermagem e os outros técnicos, entre o psiquiatra e o psicólogo que não atendem todos os pacientes – eles têm pacientes de referência, que atendem do começo até o encaminhamento final. Os assistentes sociais fazem mais o trabalho com as famílias, mas é a gente e a enfermagem que está na Enfermaria nos momentos de visitas. (...) Penso que realmente contribuíamos para facilitar as relações entre os profissionais e com os pacientes." (Maria Tereza C. Preto, p.8 e 21)*

Essa facilitação ocorreria também devido à atuação do terapeuta ocupacional, que, intervindo de várias formas junto aos indivíduos em crise, propiciava canais alternativos de comunicação com os pacientes.

> *"O paciente psicótico tem certa dificuldade de estar verbalizando, de estar nomeando sentimentos, enfim, de estar estabelecendo uma comunicação verbal. Assim, a terapia ocupacional facilitou o contato do médico, do psicólogo, da equipe em geral, na medida em que ofereceu uma outra forma de expressão para o paciente através da realização de atividades, de uma outra linguagem." (Nídea Ide, p.7)*

A dificuldade para a aquisição de materiais para a realização de atividades foi, como nas UBSs, igualmente significativa e advinda, na opinião desses terapeutas ocupacionais, do desconhecimento de suas práticas:

> *"Quando a gente pede material eles [funcionários do setor de compras do hospital] não entendem. Falam: 'Pra que esse material numa enfermaria, com pacientes em surto?' A gente tem que ir lá no setor de compras e justificar a necessidade do material solicitado, e isso de uma forma muito pormenorizada, explicando os objetivos do uso desses materiais e a questão do tratamento, da*

análise de atividades, enfim, da própria terapia ocupacional." (Maria Tereza C. Preto, p.15).

Fundamental para a realização do trabalho era a compreensão das dinâmicas individuais e grupais e o referencial mais comumente citado foi a teoria de Pichon Rivière, especialmente a utilização da técnica de Grupos Operativos nos diferentes atendimentos grupais realizados. Foram apontados ainda a psicanálise e a psicologia junguiana, a partir de Nise da Silveira, no campo psíquico/emocional, e a bio-energética, como uma possibilidade de articulação corporal/emocional, como tendo oferecido importantes subsídios teóricos e práticos para a assistência realizada pelos terapeutas ocupacionais.

Considerou-se ponto de partida o conhecimento e o entendimento dos processos de exclusão social a que são submetidos os indivíduos portadores de transtorno mental.

O auto-conhecimento pessoal e a reflexão constante sobra a prática profissional, via realização de terapias e supervisões, clínicas e institucionais, foram também mencionados como tendo papel bastante relevante para uma melhor assistência em saúde mental, como já discutido anteriormente, e como tendo sido prioridades dos terapeutas ocupacionais que atuaram na Enfermaria de Saúde Mental.

Esses profissionais responsabilizaram-se ainda, juntamente com os psicólogos, pela supervisão de alunos de último ano de graduação em psicologia e terapia ocupacional, através da oferta de vagas para estágio no serviço.

Nos Hospitais-Dia

As possibilidades de intervenção terapêutica no HD partiam, fundamentalmente, segundo os técnicos desse equipamento, das buscas, pelos profissionais, de continência da 'crise', realizadas necessariamente de forma conjunta pela equipe multiprofissional e interdisciplinar, em que diferentes saberes e especificidades técnicas se uniam numa ação complexa e integral de atenção ao portador de sofrimento psíquico e à sua família.

Isto parametrizava toda atuação técnica no HD, cuja formulação básica era o acompanhamento individual psiquiátrico em termos de medicação e o atendimento

grupal por duplas de terapeutas - as "co-terapias"-, num ambiente de convívio assistido.

Os terapeutas ocupacionais foram técnicos que desempenharam importante papel na implementação e articulação prática desse modelo, como já vimos, e nele se integraram. Relatam, entretanto, certo desconhecimento ou mesmo certo preconceito inicial, em termos técnicos, em relação às suas possibilidades de contribuição para a assistência.

> *"No seu início, a terapia ocupacional tinha um cunho muito restrito à simples ocupação na sua atuação na saúde mental, o que deixou uma certa visão restrita de suas possibilidades em termos psicodinâmicos. Isto continua bastante forte nos hospitais psiquiátricos, mas na Prefeitura a incorporação do terapeuta ocupacional não ia numa linha de ocupar e sim de realmente tratar. (...) No HD algumas pessoas já tinham uma experiência diferenciada e algum conhecimento dos recursos terapêuticos trazidos pela terapia ocupacional, mas outras ainda achavam que era uma coisa só de produção, de oficinas, de 'fazer' pelo 'fazer'. Tivemos que mostrar que podíamos trazer contribuições importantes para o tratamento, que existe toda uma subjetividade expressa no 'fazer' e que temos condições de propiciar essa expressão e de lidar com ela terapeuticamente. Foi uma luta no início, mas foi bem aceito." (Francisca M. de Queiroz, p. 7-8)*

As terapeutas ocupacionais entrevistadas engajaram-se na realização dos vários grupos previstos para os HDs: de reencontro (no início da semana), de saída (no final de semana), de terapia verbal, de terapia de núcleos familiares e de terapia ocupacional; nas Assembléias (onde todos, funcionários, técnicos e usuários discutiriam e decidiriam sobre questões comuns do HD) e nos grupos específicos em cada HD como por exemplo: de expressão plástica, de pintura, de expressão criativa, de estórias, de trabalho com sucata, de jornal-mural/notícias, de oficinas de cozinha, de sensibilização ou trabalho corporal, de auto-cuidados, de projetos, de pacientes com alta, de ex-pacientes.

Além disso responsabilizaram-se e atuaram diretamente nos momentos gerais de convívio diário no HD, diferencial importante em relação a outros membros da equipe.

Parece estar aí, e também na aplicação diferenciada do recurso 'atividade', enquanto possibilidade comunicacional e organizativa da vida objetiva e subjetiva do indivíduo, a contribuição específica do terapeuta ocupacional no HD:

> *"O grupo de T.O. era sempre feito em co-terapia com outra terapeuta ocupacional, numa linha de terapia ocupacional psicodinâmica. A atividade é um recurso fundamental na psicose. Os psicanalistas que atuam com essa problemática estão tendo que mudar algumas coisas em termos de 'setting', por exemplo. A gente sabia que, para o psicótico, a questão da linguagem [verbal] está altamente comprometida e a concretude que a abordagem em T.O. possibilita pode ajudar muito. Buscávamos, nos grupos de T.O., fazer com que cada um tivesse um projeto seu. O que que é um projeto? Uma noção de espaço, de tempo, de confecção. A gente trabalhava com teorias de grupo, mas o psicótico tem sérios problemas para se grupalizar. Então havia necessidade de certa direcionalidade nossa em alguns momentos: 'Olha você vai fazer um projeto com argila? Você conhece esse material? O que precisa pra isso?' Aos poucos esse projeto se tornava um vínculo. Quando um copiava do outro a gente pontuava. 'Vai fazer tricô pra que? Vai dar pra alguém? Vai consertar sua roupa? Porque? A gente buscava mostrar o sentido da atividade pra ele. (...) No grupo de estórias, que era feito junto com uma psicóloga, a literatura era utilizada no seu sentido de produção humana, onde a vida psíquica é presente e pode ser resgatada. A escolha de atividades ia muito nessa linha. Tinha o grupo de auto-cuidados. Na sexta-feira a gente cortava o cabelo deles, fazia as unhas. Isso gerou brigas. Alguns técnicos da equipe achavam um absurdo eu pintar, lixar unha de paciente. 'Isso é coisa pra auxiliar de enfermagem' (risos). Eu dizia: 'Vamos limpar o pé?' Isso gerou uma coisa super forte na equipe. Naquele momento eu entendia como 'cuidar' deles ver isso também; a terapia ocupacional trabalhava com isso. (...) No HD tinha uma TV e um vídeo. Eu pegava o filme numa locadora; às vezes o HD bancava, às vezes eu gravava da TV - os pacientes também traziam. A idéia não era só por o filme pra eles assistirem; tinha que se estar junto. A equipe às vezes dizia: 'Põe lá pra eles.' A gente mostrava que não era essa a proposta, o enquadre era assistir junto, perceber a interação deles com o filme, perceber a dinâmica da atividade: assistir um filme em grupo, [compreender] como cada um entendia o filme; alguns recriavam totalmente a história. A equipe parecia fugir muito dessa coisa da atividade no cotidiano do HD. (...) Eu acho que se tem que usar as atividades naturais, cotidianas, pra ajudar na 'organização' pessoal e relacional dos pacientes. As T.O.s queriam bancar isso, mas as outras pessoas da equipe não se importavam tanto, pareciam se refugiar mais nas entrevistas e grupos verbais. (...) A equipe acha bárbaro uma série de atividades – culinária, por exemplo, mas desde que outros façam. Não se dispõem, como o terapeuta ocupacional, a realizá-las." (Stella Maris Nicolau, Entrevista 2, p. 11-14)*

Embora outros técnicos usassem a atividade como recurso em trabalhos grupais, segundo as terapeutas ocupacionais entrevistadas, essa utilização ganhava um caráter mais de socialização e recreação ou de 'mote' para a terapia verbal e interpretativa. A atividade como forma de comunicação e organização não era focalizada.

> *"O terapeuta ocupacional atua como que abrindo caminhos de contato com o paciente psicótico através da atividade, como um facilitador para uma psicoterapia posterior." (Rosane Gasparini, p. 48)*

> *"Trocávamos dados entre os diferentes grupos, mas isso era fundamental com os grupos de psicoterapia. O paciente muitas vezes trazia coisas pro grupo de T.O., na realização de atividades, que ele não verbalizava na psicoterapia. (...) Existe uma grande diferença em se usar a atividade como um fenômeno que o terapeuta vai interpretar para achar alguma coisa que está por trás da ação e outra é achar que é importante fazer e fazer junto." (Stella Maris Nicolau, Entrevista 2, p. 6 e 14)*

Isto, em parte, explicaria o não encaminhamento dos pacientes, após alta do HD, para acompanhamento ambulatorial, no próprio HD ou nas UBSs, para o terapeuta ocupacional. Aquela atitude era questionada por estes profissionais (vide item 6.3.3, Capítulo 6), que criticavam a lógica subjacente, segundo a qual o usuário que pode prescindir da assistência intensiva propiciada pelo HD estaria em condições de fazer 'apenas' psicoterapia com o psicólogo ou com o psiquiatra; os aspectos comunicacionais e organizativos da vida subjetiva e objetiva do indivíduo, focados pela terapia ocupacional, continuariam, de acordo com essa visão, não sendo valorizados, a partir de uma sobrevalorização da suficiência da linguagem verbal.

O referencial teórico referido é, aqui também, aquele que possibilita o conhecimento das dinâmicas individuais e grupais, fundamentalmente as psíquicas, mas também as sociais, a que estão submetidas as pessoas em geral. Esse referencial é importante tanto para a realização da assistência direta aos usuários e suas famílias, quanto para a preparação pessoal do terapeuta ocupacional em termos de auto-conhecimento e de suporte necessário, considerando-se o desgaste advindo do tipo de trabalho e envolvimento nele requerido. A psicanálise clássica e a teoria de Pichon Rivière foram as mais citadas.

No HD a questão dos recursos materiais não foi considerada como tendo limitado o trabalho dos terapeutas ocupacionais de forma relevante.

Finalmente, alguns desses técnicos envolveram-se também com o trabalho de formação de profissionais oferecendo estágios no serviço para estudantes de graduação em psicologia e terapia ocupacional.

Nos Centros de Convivência e Cooperativas

A maioria das questões relacionadas à atuação dos terapeutas ocupacionais nos CeCCos da ARS-6 já foi discutida no item 6.3.4 do Capítulo 6, por dizer

respeito, na realidade, a problemáticas relativas a toda a equipe que trabalhava nesses equipamentos. Gostaríamos aqui, entretanto, de evidenciar alguns pontos bastante referidos entre as terapeutas ocupacionais que tivemos a oportunidade de entrevistar.

Os CeCCos previam, como função dos técnicos, a orientação e a supervisão da convivência e do encontro da população alvo com a população em geral, a partir da realização de oficinas e atividades onde os diferentes usuários pudessem experimentar diversas linguagens - artística, cultural, esportiva. Seria o terapeuta ocupacional o profissional mais preparado para essa tarefa, na medida em que vinha tradicionalmente trabalhando na assistência a essa população alvo, e o fazia principalmente através da realização de atividades? Quais seriam as condições dos demais técnicos para lidar com esse recurso?

> *"Muitos terapeutas ocupacionais se apaixonaram pela idéia do CeCCo entendendo que a terapia ocupacional deitava e rolava nesse projeto. Não só pela questão da 'atividade', mas por todo esse novo 'enquadre' proposto, que se desloca do terapêutico para a convivência. A terapia ocupacional vem se preocupando mais com isso e se disponibilizando mais para esse tipo de tarefa. (...) Todo esquema técnico mais 'fechadinho' tem que ser revisto para se poder atuar no CeCCO. É um esquema aberto.(...) Os outros profissionais têm mais dificuldade em se desligar de seus esquemas mais tradicionais. De forma geral um psicólogo não vai mexer na terra, fazer horta. A gente não tem isso; a gente vai fazer horta por que a gente está acostumado com isso. É o nosso recurso de trabalho; e é uma concepção do que seja tratar, cuidar, em termos de saúde mental e de busca de inserção social e convívio, (...) o terapeuta ocupacional vem mais preparado pra isso. (...) No CeCCo nossa contribuição específica é muito mais evidenciada e solicitada." (Márcia Novaes, p. 1-2 e 15)*

> *" Dos profissionais que vieram aqui para o CeCCo, bem ou mal, todos acabaram trabalhando com um objeto que a princípio era da T.O., que é a atividade, e isso representou uma riqueza muito grande. A gente acaba dividindo com outros profissionais que têm formas diferentes de trabalhar com a atividade. Mas eu acho que soma. Porém, o terapeuta ocupacional tem uma forma diferente de encarar a realização da atividade. Ele tem uma tendência a destacar os elementos do processo de realização da atividade, da oficina. Isso nem sempre é possível para os outros profissionais. O compreender os elementos desse processo é fundamental para a demanda da gente, porque é uma população que em geral é desvalorizada em tudo que costuma fazer. É essa compreensão do processo da atividade, da convivência, do estar em grupo, que nós, terapeutas ocupacionais, conseguimos ter e evidenciar, que permite que essas pessoas possam reconstruir o significado de suas vidas." (Sandra Taglieri, p. 30)*

> *"Uma coisa complicada no CeCCo é a questão da especificidade profissional. Aqui não se é só terapeuta ocupacional; se é terapeuta ocupacional e um agente da equipe, como os outros técnicos. Só que eles transitam pela atividade junto*

com o terapeuta ocupacional e esse é um recurso que a gente conhece mais. Na minha formação eu tive que aprender a lidar com minhas possibilidades em relação à atividade; não se precisa saber fazer tudo, mas se precisa saber fazer o que se propõe, por exemplo.(...) Os outros técnicos têm, às vezes, idéias mirabolantes que não sabem colocar em prática e jogam para o terapeuta ocupacional; às vezes não há possibilidades e já foi proposto por ele para o grupo. Como trabalhar isso? Na graduação aprendemos a não ter preconceitos em relação a esta ou aquela atividade. Uma atividade expressiva não é melhor ou pior que uma atividade estruturada. (...) Aqui eu percebo que existem certos preconceitos com as atividades, certa confusão. (...) Os demais técnicos não percebem o quanto eles colocam de pessoal nisso, (...) seus valores sociais e afetivos; (...) mas não sabem fazer uma leitura, junto ao usuário, de uma situação [criada por uma atividade], de um momento. E esse trânsito na equipe é difícil e é o terapeuta ocupacional que tem que balizar, as pessoas não têm formação e nem sempre aceitam discutir isso tranqüilamente." (Ana Galluzzi, p. 48-49)

Isto nos remete à análise feita quanto à especificidade profissional e ao trabalho transdisciplinar no CeCCo (p87-89, Cap.6). O terapeuta ocupacional tem experimentado, em muitas ocasiões do cotidiano de sua profissão, um questionamento, por parte de outros profissionais, especialmente psiquiatras e psicólogos, no campo da saúde mental, que passa por perguntar qual a competência técnica necessária, teórica e prática, para o desempenho de determinadas ações, que podem ser (e são) realizadas também por vários técnicos em saúde e até que ponto eles (terapeutas ocupacionais) têm essa competência. Nos CeCCos os terapeutas ocupacionais vivenciaram exatamente o 'outro lado' dessa experiência, posto que, nesse caso, a eles poderia competir formular precisamente as mesmas perguntas. A discussão desta matéria esbarra, é claro, nos conflitos de interesses dos diversos campos de formação profissional no Brasil.

De toda forma, o terapeuta ocupacional desenvolveu nos CeCCos, juntamente com a equipe técnica - da saúde, da educação e da cultura - desse serviço, várias proposições, em termos de atividades, grupos e convivência, em relação à população alvo na comunidade e na rede de serviços sociais: oficinas, tais como dança, teatro, origami, tai-chi-chuam, bonecos, brinquedos e brincadeiras, artesanato, horta e jardinagem, linguagem do corpo e dos sentidos, criação e produção de objetos, etc.; organização de passeios, festas, bazares, encontros e eventos culturais no serviço e na comunidade; iniciativas e atividades intersetoriais que envolviam a inserção das crianças e adolescentes portadores de deficiência e/ou necessidades especiais nas escolas, o transporte das pessoas portadoras de

deficiência, etc. Além disso, um outro conjunto de intervenções se tornou imperativo, para a equipe dos CeCCos: a orientação, o acolhimento e a convivência com as mães/familiares de pessoas portadoras de deficiência e suas necessidades, bem como o atendimento e o suporte individual eventual, quando não fosse possível a articulação da assistência ao usuário do CeCCo com outros serviços da rede.

Um outro aspecto apontado diferenciadamente pelas terapeutas ocupacionais entrevistadas relacionava-se às dificuldades de implementação dos núcleos de trabalho/ cooperativas nos CeCCos. Tendo participado ativamente dessa experiência, acreditam que aí residia a grande falta de referências, em termos teóricos e práticos, para o desenvolvimento da proposta.

Finalmente, indicaram, como ponto de partida para sua atuação, aqueles subsídios já elencados nos serviços acima, mas compreendem como tendo sido a prática diária e a reflexão constante sobre ela, sobre seus erros e acertos, limites e possibilidades descortinados, a maior fonte de capacitação para o trabalho no CeCCo.

Os terapeutas ocupacionais como gestores

Uma outra inovação trazida pela gestão 89/92 foi a incorporação de um número significativo de terapeutas ocupacionais como gestores regionais, distritais e locais da SMS. Na ARS-6 isto aconteceu com cerca de 15% dos terapeutas ocupacionais que lá estiveram. Nos casos em análise, isto se deveu apenas em parte ao fato de ter havido dificuldades para se levar médicos, tradicionalmente ocupantes dos cargos de direção dos serviços e programas de saúde, para a região. Os assessores regionais e distritais foram escolhidos entre técnicos, inclusive terapeutas ocupacionais, que tinham experiência de trabalho na área de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, que compartilhavam dos marcos das propostas da gestão, que tinham alguma militância nos movimentos de saúde, gerais e específicos, e que eram simpatizantes do Partido dos Trabalhadores. Além disso, formar uma equipe de gestores multiprofissional foi parte da proposta das direções da ARS-6 e dos seus Distritos de Saúde.

> *"Acredito que a ida de terapeutas ocupacionais pras assessorias se expliquem por dois motivos. Um é o próprio engajamento ideológico, a forma como nos dispusemos a estar contribuindo para a formação de uma mudança. Acho que*

> *isso influenciou a visão das categorias mais tradicionais em relação às novas categorias que estavam chegando. O pessoal do COAS, das coordenações dos programas, tinha um conhecimento técnico importante de nossas possíveis contribuições. Já o pessoal que estava nas direções, muitas vezes não sabia muito bem o que fazíamos, mas tinha uma identidade ideológica, pelas vivências nos movimentos de saúde, do núcleo de saúde mental do PT. Outro é a carência da região. Administrar uma cidade como São Paulo é muito complicado, se tem muita dificuldade de se levar recurso de todo tipo para a periferia. As pessoas se tornaram mais flexíveis, inclusive para aceitar outras categorias em cargos de assessoria, de direção. Flexíveis também para nos ouvir e utilizar nossas experiências em áreas [em] que elas estavam começando. (...) Eu fui chamada para desenvolver um trabalho específico em saúde mental. Sabia-se que eu já tinha tido um certo nível de experiência na área. (...) Talvez, em momentos políticos mais rígidos, [em] que a carência não fosse tão grande, eles não dessem atenção pra um profissional como eu. Colocariam um médico ali, se ele estivesse à disposição e tivesse formação e experiência pra isso." (Ana Galluzzi, p. 1-2)*

Dessa forma, os terapeutas ocupacionais que se envolveram nessa tarefa tiveram que fazer cursos para formação de gestores para o serviço público de saúde, pois essa era uma exigência anterior da SMS. Foi uma experiência nova para a categoria.

> *"Em relação a isso eu sentia que, por um lado, uma preparação mais específica poderia ter ajudado na questão do gerenciamento, da administração. Muitas vezes foi angustiante e difícil, principalmente no começo. (...) Ao mesmo tempo em que a gente ia vendo as dificuldades e a nossa impotência, víamos que a carência era muito, muito, muito maior. Por outro lado, eu não tive uma formação restrita aos aspectos técnicos, e tinha alguma possibilidade de conseguir avaliar e discernir alguns elementos. E saber por onde não ir. Talvez fosse difícil o caminho que a gente queria, mas sabíamos o que não queríamos. Então a gente ia tentando se equilibrar. E eu acho que isso aconteceu com a maior parte das pessoas na gestão do Distrito. (...) Tínhamos clareza que queríamos construir novas práticas no serviço público, inclusive em termos de gestão. (...) Penso que os T.O.s que assumiram assessorias e cargos acabaram conseguindo lidar bastante razoavelmente com as situações, até porque tinham uma maior abertura, pelo menos para entender o contexto e se situar politicamente." (Sandra Taglieri, p. 36)*

Por último, uma necessária ponte entre este tópico e o seguinte. Vimos aqui o impacto que a contratação dos terapeutas ocupacionais ocasionou nos serviços específicos que estamos estudando, através de um processo de progressiva compreensão de seus papéis, de reflexão e criação críticos de novas ações e intervenções - em conjunto com os demais técnicos, de forma a buscar implementar e consolidar as políticas propostas pela gestão 89/92, com as quais concordavam e se identificavam.

Os terapeutas ocupacionais, ao longo desse tempo, foram aos poucos incorporando e internalizando as novas práticas - o que se constituiria, no futuro, como um dos fatores de resistência à tentativa de desmantelamento do que havia sido implantado; mas isso tudo se deu a partir de um cabedal inicial de conhecimentos e práticas, ponto de origem para a construção do novo repertório. O próximo item se debruça com mais detalhes sobre essa origem: sua formação profissional pregressa.

8.3 A formação profissional e as demandas de trabalho na ARS-6

As terapeutas ocupacionais entrevistadas formaram-se em 06 escolas diferentes - 05 no Brasil e 01 em Lisboa, Portugal. Dentre as (escolas) brasileiras, 02 são públicas e paulistas - Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); 03 são privadas e de três estados diferentes - Pontifícia Universidade Católica de Campinas/SP (PUCCamp), Faculdade de Reabilitação da Associação de Solidariedade à Criança Excepcional/RJ (FRASCE) e Universidade de Fortaleza/CE (UNIFOR).

QUADRO 19

Escolas de origem dos terapeutas ocupacionais entrevistados

Escola de origem	Número de terapeutas ocupacionais	%
USP	03	17.6
UFSCar	03	17.6
PUCCamp	07	41.2
FRASCE	02	11.8
UNIFOR	01	5.9
Centro de Reabilitação de Lisboa	01	5.9
Total	**17**	**100.0**

Como mostrado pelo quadro acima, as Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras privadas foram responsáveis pela formação de 62.5% das 16 terapeutas ocupacionais brasileiras, enquanto que 37.5% destas graduaram-se em IES públicas.

A PUCCamp teve absoluto destaque dentre as escolas, tendo formado 41.2% das profissionais entrevistadas. Os anos de conclusão do curso de graduação situaram-se entre 1977 (01) e 1991 (02), mas a absoluta maioria, 82.4%, formou-se nos anos 80.

Como exposto e analisado no Capítulo 4, o currículo mínimo para os cursos de graduação em terapia ocupacional no Brasil, que vigorava até antes da promulgação da atual LDB, começou a ser implantado em 1984 e em 1988 formaram-se os primeiros profissionais com currículos plenos que continham o novo mínimo estabelecido.

Levando-se em conta apenas as terapeutas ocupacionais formadas no Brasil (16), no caso da ARS-6, o grupo integrado pelas que iniciaram a graduação a partir de 1984 (7) representou 43.7% do total; 31.3% (5) tiveram um currículo misto, iniciando sua graduação antes de 1984 e terminando-a em 1986, tendo portanto referido adaptações curriculares durante o curso; finalmente, outros 25.0% (4) formaram-se antes de 1984. Dessa forma, as considerações por elas feitas sobre sua formação, em nível de graduação, refletem, em sua maior parte, aspectos relativos a mudanças resultantes da alteração do currículo mínimo de terapia ocupacional, conforme aprovado em 1983 e progressivamente implementado nas diversas escolas
.

8.3.1 A graduação em terapia ocupacional e a atenção em saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência

Solicitamos aos técnicos que fizessem uma análise da preparação profissional recebida na graduação, em relação às necessidades do trabalho na área de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência nos diferentes serviços e ações propostos pela gestão 89/92. A maior parte desses dados já foi discutida em cada um dos equipamentos, no Capítulo 6.

Quanto às terapeutas ocupacionais, particularmente, elas consideraram, de maneira geral, ter tido uma formação que lhes permitiu atuar com as populações em questão.

Aquelas que completaram os estudos de graduação antes de 1984 (na USP e na PUCCamp), entretanto, apresentaram críticas mais uniformes ao currículo de seus cursos, considerando que dele resultava, para o aluno, um nível superficial de

informações, dando-se pouca ênfase tanto à formação geral quanto à específica. Unanimemente, afirmaram que a área de saúde mental era muito pouco enfocada, em termos das possíveis intervenções da terapia ocupacional. Isto só era corrigido a partir do estágio supervisionado, no último ano, e mesmo assim apenas se este fosse feito num 'bom' local (que aliasse informação clínica geral à articulação teórico/prática em terapia ocupacional, no contexto da equipe multiprofissional, do serviço e do paciente) - o que dependia da priorização dessa escolha pelo aluno, no momento de pleitear os locais disponíveis entre toda a turma.

Já em relação área de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência a avaliação feita por esse grupo foi mais positiva. As alunos da USP consideraram que os profissionais do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e do Lar Escola São Francisco (LESF), que eram os responsáveis pelo ensino teórico e prático de terapia ocupacional em deficiência física, contribuíram para que os alunos tivessem uma boa formação nessa área. Quanto à PUCCamp, a análise foi que os professores que ali atuavam tinham maior experiência nessa área, o que, aliado ao conteúdo satisfatório das disciplinas de clínica médica relacionadas ao tema, resultou em uma formação específica de boa qualidade.

> *"Eu não acho que tive preparo em relação à saúde mental na minha formação. Me formei em 1981, na PUC. (...) Era muita informação num período muito curto. Era T.O. em ginecologia, em pediatria, em geriatria, em psiquiatria, mas eram pinceladas de coisas. Eu já devia ter um pé na saúde mental e escolhi fazer estágio num hospital psiquiátrico, mas ele era horroroso, fechado, tradicional. Conhecer, ler textos da área, eu não tive oportunidade, durante a formação. (...) Na área física foi um pouco melhor, até pela história da profissão e pela formação médica e biológica que se tinha: anatomia, neurologia. Enfim, teve mais toques." (Rosane Gasparini, p. 34-35)*

> *"Na época que eu estudei [formada em 1981], a minha escola [USP] deixava muito a desejar em termos de formação na área de saúde e deficiência mental, com exceção do estágio, e aí dependia do lugar para o qual se ia. (...) Conteúdo teórico em saúde mental e psiquiatria, eu não tive quase nada. Já na área física a gente contou com o pessoal do HC, do LESF, nas disciplinas teóricas e depois, nos estágios, teve também o pessoal da AACD e do Centro de Reabilitação da Santa Casa. Então a gente pôde ver muita coisa, principalmente em termos de recursos para atuar com a população portadora de deficiência física." (Marlene E. Buceroni, p. 13-14)*

De toda forma, essas profissionais entenderam que, se de um lado, a graduação teve falhas importantes no contexto geral e específico relativos à atuação do terapeuta ocupacional em saúde, sendo por si só bastante limitada (o que poderia e deveria ser minorado, pelos alunos recém-formados, através de especialização na área de sua preferência, para consolidação e aprofundamento dos conhecimentos adquiridos), de outro lado, por conta, em parte, dessa mesma formação, os graduandos se tornaram, em geral, profissionais flexíveis, com uma postura aberta e disponível para o trabalho.

> *"Acho que advém da nossa formação mais aberta, ampla, pouco fechada tecnicamente, a nossa maior possibilidade em relação a outros técnicos, em lidar com a construção do trabalho em equipe e com a falta de previsibilidade do trabalhar em saúde mental. (...) Uma coisa importante que eu aprendi com meus professores na PUC foi não restringir o indivíduo a este ou aquele aspecto. Isso ajuda muito no trabalho em equipe." (Maria Tereza C. Preto, p. 21-22)*

A terapeuta ocupacional formada em Lisboa (1977) considerou que as deficiências e possibilidades que ela percebeu em sua formação não eram diferentes, na essência, das apontadas por suas colegas brasileiras.

Mais política e menos técnica

Dentre aquelas graduadas depois de 1984 e antes de 1988, todas em 1986 (na UFSCar e na PUCCamp), a graduação foi avaliada de forma mais positiva, em relação às necessidades do trabalho, do que o grupo anterior. Consideraram, quase unanimemente, que o básico requerido, em termos gerais e específicos, para a atuação do terapeuta ocupacional em saúde, foi oferecido, e entenderam, igualmente, que isto é o que pôde ser feito na graduação. As ex-alunas da PUCCamp referem ter vivenciado dois momentos: no início de sua formação, o curso se voltava mais para a área de atuação em deficiência física; depois, houve uma certa radicalização, em direção à área social (fundamentalmente trabalhos com crianças e adolescentes em situação de risco social) e à de saúde mental. Os alunos tiveram oportunidade de apontar essa questão, durante esse período, para a direção do curso, que buscava, segundo essas ex-alunas, melhores soluções. Somente uma dessas ex-alunas faz críticas severas à formação recebida, em termos de preparo para atuação com a população portadora de deficiência:

> *"Atuando na área de atenção à pessoa portadora de deficiência, aqui na UBS, eu pude perceber as falhas que tive na formação, nessa área. Eu não tinha técnica nenhuma, tive que buscar. Eu acho que a faculdade deve oferecer isso. (...) Naquele momento, o curso da PUC parece que tinha muito receio em estar passando algo rígido, muito restrito à técnica; parece que tinham medo de dar um modelo pronto e limitar o profissional. Mas aí não se deu nada, ou se deu muito pouco. (...)Houve um enfoque muito grande no social e no emocional. Na hora da prática se deve entender tudo isso, mas a técnica é também fundamental: como manipular o paciente?, o que se pode e se deve fazer? (...) Tivemos uma lacuna enorme na área física na PUC; parecia que havia uma desvalorização do profissional que trabalhava nessa área. O aluno tem que ter um ponto de partida nas principais áreas de atuação, não importa se ele, quando se formar, vai ou não trabalhar naquela área. Depois ele se especializa, busca outras coisas." (Renata G. Galvão, p. 2 e 9)*

Com exceção das terapeutas ocupacionais que se graduaram na FRASCE, em 1991, e que referiram lacunas importantes para uma atuação em saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, as demais profissionais entrevistadas que se formaram a partir de 1988 fizeram uma avaliação bastante positiva de seus cursos de graduação, em relação às necessidades do trabalho na ARS-6. Opinaram, assim, que a graduação ofereceu instrumental geral - de saúde/doença, humanístico e político, para compreender as questões nas quais se inserem as problemáticas das populações que chegaram até os serviços. Consideraram que se trabalhou, nos diferentes cursos, com uma visão histórica e social que possibilitou a formulação de linhas alternativas de atuação com populações sempre colocadas à margem das diferentes instituições sociais.

Apesar desse balanço positivo, foram apontados uma série de problemas: a predominância de questões da área de deficiência física e a falta de estímulo à pesquisa (UNIFOR, 1989); a falta de maior embasamento para a atuação em saúde mental e com problemáticas sempre presentes para o terapeuta ocupacional, como a deficiência mental, a falta de uma maior articulação teórico/prática e a restrição do conhecimento clínico médico em algumas disciplinas (UFSCar, 1989); a necessidade de uma maior vinculação com a realidade concreta dos serviços de saúde (PUCCamp, 1989) e a falta de conhecimentos técnicos específicos (USP, 1988).

As diversas entrevistas, entretanto, revelaram uma grande riqueza de enfoques: mesmo as falhas assinaladas, como as lacunas no conhecimento técnico

que ocorreram, foram objeto de diferentes e relativizadores olhares e pontos de vista. Os seguintes depoimentos são ilustrativos:

> *"Eu gostei muito da minha formação. Não acho que foi uma formação ruim. Foi uma formação que deu uma parte que é mais difícil de se buscar fora. Por exemplo, os aspectos culturais, sociais, históricos da loucura - ler Foucault - era uma coisa que a USP priorizava. Tecnicamente, houve faltas: uma abordagem mais específica como teoria de grupos, ou as teorias psicológicas. Mas eu acho que isso é mais fácil de se buscar; é conseqüência de uma formação maior. Eu acho que pra mim foi importante essa formação realmente mais ampla e universitária e menos técnica e específica. Um técnico não é meramente um 'técnico'. Nós temos um papel muito mais amplo de formadores de opinião, de consenso - ou não - como discute o Basaglia, por exemplo. O técnico pode ser aquele que reproduz o que está aí ou um agente de mudanças, tem que se parar pra pensar sobre isso. Qual o papel social que a gente vai assumir? A universidade me fez pensar sobre isso (...) direcionou o meu olhar para o mundo de outro jeito. Eu não sabia de muitas coisas a respeito da sociedade em que estava e na qual eu iria atuar; entendê-la foi fundamental. O curso de graduação me deu instrumentos para entender o mundo no qual eu e essa população que a gente tenta ajudar estamos. As coisas que faltaram, e faltaram em termos de terapia ocupacional especificamente, eu encontrei depois." (Stella Maris Nicolau, Entrevista 2, p. 15-16)*

> *"Na PUCCamp tínhamos uma boa formação em termos de visão social, histórica, dos problemas da população com a qual a gente trabalha, especialmente na saúde mental. Isso é fundamental. Agora, não pode ficar restrita a isso e a PUCCamp trabalhou nesse sentido. É necessário uma maior vinculação com os serviços que atendem essa população, que é o serviço público." (Márcia Novaes, p. 12)*

A necessidade de formação para a prática clínica no serviço público de saúde

Quanto às sugestões feitas pelos terapeutas ocupacionais para os cursos de graduação, tendo como referência sua experiência nos serviços de saúde da ARS-6, elas vão na direção da superação dos problemas apontados acima, de forma a propiciar ao aluno melhor compreensão das necessidades da população assistida, para que possa, no futuro, atendê-las no âmbito das práticas territoriais em saúde e do trabalho multiprofissional/interdisciplinar nos serviços públicos de saúde, favorecendo a autonomia e a inserção social desses grupos populacionais.

Uma estratégia importante para a graduação, que facilitaria uma melhor articulação teórica e prática entre conhecimentos gerais e específicos, seria a observação e vivência, por parte do aluno, de situações de assistência concreta, nos quatro anos do curso e não apenas no último. Para isso seria necessário um maior

intercâmbio entre os serviços e as IES, de forma a direcionar a formação de recursos humanos para as demandas próprias do sistema público de saúde.

Algo que deve ser também pontuado, embora anteriormente já comentado com relação aos técnicos em geral, é o necessário aprofundamento da discussão da atividade como fator de possível obtenção efetiva de renda e de conquista real de autonomia, para os grupos populacionais em estudo. Este aspecto, que já foi denominado, embora num contexto muito diferente, de "Reabilitação ou Habilitação Profissional", precisaria ser retomado, em termos da formação dos terapeutas ocupacionais, de maneira a capacitá-los mais adequadamente para o desenvolvimento de propostas como a dos núcleos de trabalho e cooperativas do CeCCo.

Para finalizar, destacamos uma última questão.

Os diversos depoimentos descrevem, em vários momentos, a dicotomia entre o geral e o específico, o técnico e o político, no que respeita à formação acadêmica dos terapeutas ocupacionais, o que nos remete necessariamente ao debate sobre a questão curricular e suas transformações recentes no país - como a eliminação, por exemplo, dos currículos mínimos profissionais - e perspectivas futuras.

Estas referências são claras: são comentadas as diferentes deficiências técnicas observadas; mencionam-se também lacunas na formação teórica e, em contrapartida, há entrevistas que enfatizam a importância do conhecimento político apreendido na graduação, que teria permitido aos profissionais formados, apesar das falhas existentes, compreender os aspectos sociais e econômicos mais amplos, pano de fundo para sua atuação, relacionando-os criticamente com os métodos, técnicas e ações por eles utilizados, ainda que manejados sem a desejável destreza e carentes de aperfeiçoamentos futuros.

A definição de objetivos dos cursos de terapia ocupacional (como os de tantos outros) e de correspondente estrutura curricular, compatíveis com uma atuação do formando forjada em um entendimento sólido da realidade em que se move, são portanto, desse ângulo de visão, pré-requisitos essenciais à geração de profissionais capazes de atuar e efetivar as transformações que eventualmente aflorem no horizonte do possível, caso a correlação de forças político-sociais o

permita, uma vez traduzida eleitoralmente em governos do campo democrático-popular.

Embora os currículos existentes em terapia ocupacional estejam longe de conjugar o técnico e o político, no sentido gramsciano (Lopes, 1996), o específico e o genérico, há um elemento recorrente na fala das entrevistadas - cuja veracidade foi prévia e intuitivamente percebida e utilizada politicamente, com eficácia, pela gestão 89/92: para além do conhecimento técnico (com todos os problemas apontados), há, na formação dos terapeutas ocupacionais, um certo caráter libertário, aberto e relativamente despido dos preconceitos, amarras, conservadorismo e dogmas presentes na formação de outros profissionais da área de saúde. Essa característica foi relevante para o sucesso da aposta política do governo em questão na contratação de um contingente substancial de terapeutas ocupacionais. Este fato evidencia claramente a relação entre a formação de recursos humanos - não como meros reprodutores do 'status quo', visando puramente a inserção da respectiva força de trabalho no mercado e sim como cidadãos político-técnicos/competentes - e o potencial concreto de efetivação de transformações e inovações políticas como as que aqui estudamos; estas podem ser enunciadas em dias, a nível de propostas, mas sua realização demanda pessoas reais, cuja formação requer décadas. Estas reflexões, cremos, dão uma medida da importância dos debates acerca da questão curricular na graduação.

8.3.2 A pós-graduação e a capacitação para o trabalho

Todos os entrevistados, mesmo considerando as potenciais melhoras na graduação, julgaram necessário, para o desenvolvimento da assistência prestada, diversas formas de pós-graduação - do estágio/residência na área escolhida para atuação à supervisão clínica e institucional, passando por cursos de aperfeiçoamento, especialização e reciclagem profissional. Consideraram ainda a possibilidade de cursar mestrado e doutorado em terapia ocupacional, como uma forma de sistematizar, refletir sobre, rever e aprofundar o conhecimento produzido no cotidiano prático dos serviços.

A trajetória de buscas de capacitação para o trabalho, por parte do terapeutas ocupacionais da ARS-6, revela também as possibilidades oferecidas nesse âmbito.

A absoluta maioria, 88%, refere a supervisão clínica e institucional, nos moldes já discutidos no Capítulo 6, como tendo oferecido recursos imprescindíveis ao trabalho nos diferentes equipamentos. Essa é a principal forma de sistematização e reflexão sobre as práticas profissionais, da ótica dos terapeutas ocupacionais entrevistados (acreditamos que esta afirmação seja verdadeira para a terapia ocupacional brasileira como um todo). A escolha do supervisor, não necessariamente um terapeuta ocupacional, dentre os disponíveis que satisfizessem as condições mínimas necessárias - ter experiência clínica na área e conhecimento teórico de um referencial com o qual se concorde e se compartilhe experimentações práticas -, foi sempre parametrizada pelo preço da hora de supervisão (em geral se contrata: uma hora semanal; uma ou duas quinzenais e encontros mensais de mais tempo) e a disponibilidade de recursos do profissional. Permitir arranjos bastante flexíveis, em termos de investimento financeiro e de tempo, parece portanto ter sido uma das razões para essa escolha; outra seria aquela possibilidade de ter acesso a um profissional mais experiente, com quem comentar e discutir o dia-a-dia - como já vimos, havia sérios óbices a que este intercâmbio pudesse ser feito entre colegas da equipe no próprio serviço, de forma produtiva e tranqüila. Importa relembrar que a supervisão clínica e institucional foi uma das principais reivindicações por parte dos técnicos da área de saúde mental do município, para o melhor desenvolvimento da assistência prestada pelos serviços, à qual a gestão 89/92 tentou responder , embora enfrentando não poucas dificuldades.

Segue-se à supervisão a referência à necessidade dos profissionais em saúde mental buscarem o auto-conhecimento através da realização de terapias ‘psi’, inclusive aquelas que se propõem a articular ‘corpo/mente’.

Entre os terapeutas ocupacionais da ARS-6, 47% fizeram ou faziam ‘terapia’. As mais citadas foram aquelas que têm como matriz a psicanálise e a psicologia junguiana, aliada a técnicas de abordagem corporal, como a calatonia e a bioenergética.

Outros 47% avaliaram como extremamente importante, para o trabalho no serviço público de saúde, a capacitação profissional proposta e realizada pela Prefeitura através do CEFOR em convênio com a USP e a UNICAMP. Dentre os profissionais que fazem essa avaliação são bastante presentes (mas não

exclusivamente) aqueles que estavam nas UBSs e também aqueles que assumiram a gestão distrital e/ou local de serviços. Essa formação foi considerada inexistente ou muito superficial na graduação - o que constitui um elemento para sua revisão; julgou-se, porém, que ela deve acontecer também depois, como uma especialização necessária a todos os profissionais que atuam no setor público. Uma das terapeutas ocupacionais já havia feito essa especialização através de curso de aprimoramento da FUNDAP (Fundação do Desenvolvimento Administrativo).

Se a iniciativa da gestão 89/92 em promover esses cursos foi positiva e necessária, o acesso a eles não foi suficientemente amplo, deixando de atingir todos os profissionais. Uma profissional relata ter tentando e não ter conseguido vaga para realizá-lo. A razão alegada foi que os técnicos que ocupavam cargos na gestão tinham prioridade, devido a esse tipo de formação ser uma exigência para isso; o número de profissionais sem esse recurso foi grande, nos anos iniciais da gestão. Muitos técnicos vieram a participar desses cursos em 1993 e 1994.

Como vimos anteriormente, o conhecimento das dinâmicas individuais e grupais das pessoas e das atividades, bem como a capacidade de articulá-las - a partir do que podia ser explorado o potencial comunicativo e terapêutico do 'fazer' na terapia ocupacional - foram elementos importantes que subsidiaram boa parte das experiências dos profissionais da ARS-6. Proposta de formação nessa linha vem sendo desenvolvida pelo Centro de Estudos em Terapia Ocupacional (CETO) desde o final dos anos 70, na cidade de São Paulo; em termos da especialização do terapeuta ocupacional na área de saúde mental, o CETO tem sido uma grande (embora não exclusiva) referência buscada - 41,2% (7) dos profissionais entrevistados o cursaram. Entretanto, apenas uma terapeuta ocupacional afirma ter conseguido concluir essa formação e uma outra disse estar terminando; 71,4% (5) disseram ter tido que parar de freqüentar o curso em função de seu custo, considerado bastante elevado, em relação ao salário recebido; aquela que concluiu, disse tê-lo feito com dificuldades dessa ordem.

Na área de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência, a especialização no método neuroevolutivo Bobath foi a mais citada entre as terapeutas ocupacionais que atuaram com essa população. Nenhuma delas, contudo, tinha o certificado do curso; alegaram que pagar o preço cobrado para a obtenção de

tal certificado implicava dar a este uma grande prioridade, face ao desembolso necessário, também julgado excessivo, se comparado aos rendimentos do profissional.

Outros cursos de especialização referidos como tendo trazido muitos subsídios para o trabalho e nos quais a questão dos recursos financeiros envolvidos não foi citada como um sério entrave reportavam-se: à teoria socioterápica de Pichon Rivière e os grupos operativos (para 30% dos terapeutas ocupacionais); à psicomotricidade (18%); a outros métodos de abordagem cinesiológica (12%); à formação para acompanhante terapêutico (12%).

Quanto aos cursos já existentes em instituições públicas podemos citar os da FUNDAP - tanto o já mencionado, na área de saúde pública, quanto os das áreas de saúde mental e gerontologia, nos quais se envolveram 24% das terapeutas ocupacionais entrevistadas e a especialização em questões de "queixa escolar", da Faculdade de Educação da USP (cursado por uma das terapeutas ocupacionais que atuava em UBS).

Um problema, contudo, levantado em relação às propostas públicas de especialização é que estas muitas vezes não consideram a realidade do profissional que já está no mercado de trabalho e tem, portanto, menor disponibilidade de tempo - uma problemática que, se não equacionada, inviabiliza a participação de muitos e acaba por restringir a clientela aos formandos recentes.

De toda forma considerou-se bastante insuficiente a oferta de cursos de pós-graduação de interesse dos terapeutas ocupacionais, em IES públicas, o mesmo ocorrendo em relação a atividades de extensão/reciclagem profissional. Constituíram-se em importantes referências, neste último caso, alguns cursos breves oferecidos pelo Instituto Sedes Sapientiae e outros organizados pela própria Prefeitura.

Para os terapeutas ocupacionais as IES deveriam preocupar-se em buscar oferecer cursos de extensão, especialização, mestrado e doutorado direcionados ao terapeuta ocupacional e às populações e problemáticas com as quais lida, na assistência. Muitos, para além das considerações acima expostas, sugeriram também iniciativas no campo das cooperativas de trabalho, do lazer, da arte e cultura, e da

inserção social, enquanto áreas importantes para o desenvolvimento do conhecimento em terapia ocupacional.

Em síntese, os dados disponíveis apontam para uma forte contradição: os terapeutas percebem como relevante e mesmo, em certos casos, essencial, a continuidade de sua formação, após concluída a graduação; ao mesmo tempo, para tal devem reservar, no caso de cursos pagos, uma quantidade de recursos muitas vezes proibitiva. Embora não seja nosso objetivo (nem pretensão) aqui esgotar o assunto, vale observar que diversas alternativas poderiam ajudar a minorar o problema: a curto prazo, a realização de convênios entre o setor público e as instituições privadas que oferecem esses cursos; e, como solução desejável e mais definitiva, a abertura sistemática e diversificada de pós-graduação 'latu' e 'strictu' senso nas IES públicas.

8.4 A avaliação da contribuição do terapeuta ocupacional na ARS-6

8.4.1 A ótica dos terapeutas ocupacionais: lições aprendidas

As terapeutas ocupacionais entrevistadas fizeram uma avaliação bastante positiva da contribuição trazida por elas para a assistência em saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, nos serviços de saúde do município em geral e na ARS-6, nos marcos das propostas definidas e implementadas pela gestão 89/92.

Consideraram que a experiência acumulada pela terapia ocupacional, que vem tradicionalmente atuando junto aos grupos populacionais aqui focalizados, pôde ajudar a definir e a conformar as práticas implementadas nos diferentes equipamentos. Algumas das categorias profissionais que compuseram as equipes que neles trabalharam, além de não terem, via de regra, qualquer experiência prática no lidar com esses segmentos de usuários, em especial no tocante aos portadores de transtorno mental e/ou deficiência grave, de certa forma partilhavam (exceções à parte, é claro) alguns dos preconceitos 'comuns' em relação a eles; assim, acreditam as terapeutas terem contribuído de forma relevante, também no sentido da desconstrução desses preconceitos.

> *"Acho que o terapeuta ocupacional foi um técnico importante para o desenvolvimento da proposta de saúde mental. É um técnico que tem na sua formação, na sua própria história profissional, a experiência asilar. Então tínhamos, éramos, referências importantes. [Buscávamos] discutir o que significava a internação, o porque não internar [e] as possibilidades de*

> *comunicação de uma pessoa em crise, num surto psicótico. A função social do aparato manicomial, dos técnicos, a segregação da loucura, enfim, não eram coisas novas para mim, para alguns outros técnicos eram. Então eu pude colaborar com a equipe, discutindo, relativizando algumas questões que se repetiam, de preconceito, medo e insegurança frente ao paciente psiquiátrico, por exemplo." (Stella Maris Nicolau, Entrevista 1, p. 6)*

> *"Eu penso que o terapeuta ocupacional se dispõe a trabalhar com uma população que outras categorias profissionais não se dispõem. A gente não acha que não temos formação/experiência para atender os pacientes graves, crônicos; achamos que eles precisam da gente. Dizemos que não trabalhamos 'só' com essa população e não que não trabalhamos com ela, como fazem outras categorias. Acho que isso vem da nossa formação específica: a disponibilidade de trabalhar com esses caras que estão 'babando' e que você sabe que têm coisas pra fazer. É um outro olhar. Nossos modelos não são tão fechados, como de muitos psicólogos e psiquiatras, por exemplo. A gente se dispõe mais a buscar alternativas de atenção. (...) A proposta era essa também, atender a população 'babenta' fora do hospital e pra isso foi importante a incorporação do terapeuta ocupacional." (Márcia Novaes, p. 15-16)*

O terapeuta ocupacional é um técnico com maior disponibilidade, advinda de sua formação e experiência profissional, para a concretização do acolhimento, da assistência e da convivência com pessoas quase sempre excluídas socialmente. Em função dessa disponibilidade, conjugada à busca cotidiana do trabalho em equipe, ele pôde testar, criar, propiciar vivências individuais e coletivas que trouxessem melhores resultados, do ponto de vista dos técnicos e dos usuários dos serviços. Fundamentalmente, evidenciaram as entrevistadas o fato de que esse profissional trouxe novos recursos para a assistência prestada pelo município à população em geral e, particularmente, para as pessoas que sofrem psiquicamente e/ou que portam alguma deficiência e para seus familiares. Consideram, porém, que a importância da contribuição aportada por esses novos recursos foi modulada pelo grau de sua articulação com os demais, tanto os igualmente novos - fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos, oficineiros e educadores - quanto os tradicionais - médicos, enfermeiros e pessoal auxiliar das ações de saúde.

> *"Eu penso que a terapia ocupacional passou a se fazer presente e a mostrar que pode contribuir nas várias áreas de atenção na saúde, embora na saúde mental isso fique muito mais evidente. (...) As pessoas, técnicos da equipe e usuários, apesar de às vezes não entenderem muito bem como trabalhamos, percebem o trabalho e sua importância, falavam disso comigo, tanto na UBS, quanto no HD. (...) Assim como uma medicação não cura, a atividade também não, a terapia verbal também não, mas é a união desses recursos de cada profissional utiliza e*

> *compartilha na equipe que realmente fortalece e ajuda o paciente." (Francisca M. de Queiroz, p. 32 e 6)*

> *"Acho que o terapeuta ocupacional traz uma contribuição, como traz qualquer outro profissional do serviço. O trabalho em equipe é fundamental, apesar das dificuldades. É isso que possibilita uma melhor assistência. O T.O. contribue tanto quanto o fisio ou o neuro, ou a fono. As tarefas precisam ser divididas e todas são necessárias. (...) A contribuição específica vai variar conforme o equipamento ou programa em que se está trabalhando. Por exemplo, no programa de puericultura da UBS, minha contribuição era a questão do desenvolvimento neuro-psico-motor, no grupo de pediculose e escabiose; não era uma contribuição específica, de terapia ocupacional - era de educação e saúde pública, para o que eu fiz formação. Já na questão da saúde mental e da exclusão social, eu parto para a questão de buscas de reinserção social, de convivência na família, na comunidade. Vamos pra rua [e] tento ajudar a organização do cotidiano das pessoas, a independência nas atividades de vida diária, até como uma questão de cidadania, de poder ir e vir, passear, ir no cinema, ir no supermercado, lidar com dinheiro, andar de ônibus e de metrô; depende da necessidade de cada um. (...) Penso que a terapia ocupacional pode contribuir e contribuiu de várias formas." (Cecília Konishi, p. 11)*

O terapeuta ocupacional seria o profissional que de forma mais específica lidaria com a questão da convivência, da autonomia e da inserção social dos grupos populacionais em estudo.

> *"O T.O. não atua de uma forma isolada; os outros profissionais são fundamentais. Mas penso que era uma necessidade do serviço ter um profissional que tivesse uma visão mais ampla. O T.O. consegue desenvolver um trabalho que articula aspectos sociais, físicos, mentais. Com isso o próprio serviço passa a ter um trabalho mais integrado para o usuário. O T.O. vai tentando direcionar as potencialidades/ possibilidades da pessoa para o cotidiano dela, tentando viabilizar uma melhor inserção dela na sociedade." (Marlene. E. Buceroni, p. 7)*

Todas consideraram que, com a ampliação da assistência advinda das novas ações dos novos profissionais, dentre eles o terapeuta ocupacional, incorporados pelos serviços municipais de saúde, vários programas de saúde puderam ser realizados, passando a acontecer de uma forma mais completa. Uma população que não era assistida passou a sê-lo, e, embora isto não tenha acontecido da forma abrangente, como desejável, pelos inúmeros motivos já discutidos, passos importantes foram dados e o terapeuta ocupacional contribuiu e vem contribuindo nessa direção.

Julgaram ainda que esse profissional tem participado de forma relevante e diferenciada da resistência ao que se muitos denominaram, como já vimos no capítulo anterior, 'desmonte' da saúde municipal pela gestão 93/96.

O terapeuta ocupacional viveu singularmente, durante a gestão 89/92, no município de São Paulo, uma incorporação sem precedentes, em termos nacionais, ao serviço público de saúde. Compreendeu, majoritariamente, que essa incorporação se deu devido ao interesse real dessa gestão em incluir as pessoas portadoras de transtorno mental e as pessoas portadoras de deficiência nesses serviços e nas suas ações, bem como em prestar uma melhor assistência à saúde em geral, tanto em termos quantitativos, quanto qualitativos. Decorre daí sua grande desaprovação à gestão 93/96 e ao sistema PAS que, em sua opinião, pretendia restringir novamente a assistência municipal e poderia, conseqüentemente, vir também a dispensar sua contribuição profissional específica.

8.4.2 A ótica dos demais atores sobre a contribuição do terapeuta ocupacional

Os gestores centrais, regionais e distritais

A política de recursos humanos foi, como já vimos, um pilar extremamente importante para a SMS em geral e para o programa de atenção à saúde mental e à saúde da pessoa portadora de deficiência em particular, segundo seus gestores.

A incorporação do terapeuta ocupacional aos serviços municipais de saúde fez parte da proposta mais global de implantação do SUS na cidade de São Paulo, sobre a qual se assentavam todas as demais, da gestão eleita em 1988, na área de saúde: importava efetivamente tornar realidade uma assistência universal com qualidade, capaz de promover a eqüidade, a participação e o controle popular em saúde. Para tanto seriam, também, necessários novos serviços e ações profissionais, desde a 'porta de entrada' - as UBSs, passando por todos os equipamentos existentes e por aqueles a serem implantados, até as ações intersetoriais, em todos os distritos/ territórios da cidade. Antigos profissionais e serviços foram chamados à tarefa; novos recursos, materiais e humanos, foram buscados e incorporados. Trataremos aqui somente das particularidades referentes à compreensão expressa pelos gestores centrais, regionais e distritais da ARS-6, a respeito da contribuição trazida pelos

terapeutas ocupacionais, no que respeita à consecução daqueles objetivos e proposições.

As expectativas: promover a inclusão de 'loucos' e 'deficientes'

Para criar a assistência à saúde mental no município, nos parâmetros da reforma psiquiátrica almejada, eram fundamentais:

> *"os atores, que se comprometeriam diretamente com as ações requeridas; eram as pessoas, os recursos humanos, do ponto de vista da capacitação, da formação, da postura técnica e ideológica. Quantas dessas pessoas entraram para os serviços por uma questão de mercado de trabalho aberto e não por uma opção pelo trabalho em saúde mental nos marcos propostos? Parte delas optou e parte não. Isso aconteceu com os terapeutas ocupacionais que entraram pela saúde mental e foram - um número razoável - para a área de atenção ao portador de deficiência e para a área de atenção à criança. Diferentemente do psicólogo, o terapeuta ocupacional tinha uma formação e uma experiência importante na saúde mental. (...) Tínhamos uma história compartilhada na prática com esse técnico; percebíamos diferenciadores importantes entre o psicólogo e o terapeuta ocupacional, por exemplo. O terapeuta ocupacional poderia entrar, não só como um facilitador do trabalho multiprofissional com essa demanda de risco [psicótico], mas também como tensionador dessa proposta. A gente acreditava muito nisso. Em alguns casos nos decepcionamos; mas acreditávamos que o terapeuta ocupacional era um aliado nessa proposta e ia ser um aliado em relação às resistências, que principalmente o psicólogo e o psiquiatra iriam desenvolver ou estavam desenvolvendo. Então investimos muito na contratação desse profissional. (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p. 18 e 48)*

> *"Quanto à equipe multiprofissional, o T.O. era um passo, um passo no campo técnico, no campo tradicional. Quer dizer, ele tinha esse papel de trazer uma experiência acumulada e de ser um incentivador dessas práticas. Foram para os serviços com muito mais discussão que o psicólogo, o que poderia fazer um contrapeso a uma visão também atrasada do psiquiatra. Estabeleceu-se uma correlação de forças diferenciada. A incorporação de novos técnicos também tinha esse intuito - diluir o poder médico, ampliando a equipe técnica." (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p. 48-49)*

Isto foi bastante possível nos CeCCos e HDs, como visto, nos quais o terapeuta ocupacional contribuiu de forma importante, segundo esse gestor.

> *"Nos Centros de Convivência os T.O.s foram pessoas muito mais sintonizadas com a proposta, até por conta dos perfis e pré-requisitos definidos para as vagas nesses serviços." (Nacile Daud Jr., p. 54)*

Já nas UBS, a realidade foi distinta.

> *"Na Prefeitura existiam muitas demandas concomitantes. Então, embora tenha sido a saúde mental quem buscou viabilizar a incorporação do terapeuta ocupacional, na medida em que essa possibilidade foi se concretizando na Prefeitura outros programas passaram a concorrer, no sentido de estar inserindo o terapeuta ocupacional nas suas ações. Isso no Hospital Geral e nas UBS, quando se fala das programações pras pessoas portadoras de deficiência, pros idosos, etc. (...) Eram demandas que partiam da possibilidade de contar com aquele profissional, mas não a partir do papel que aquele profissional realmente teria. Isso despertou, numa parcela significativa de terapeutas ocupacionais, o interesse por atuar em outras áreas de sua formação e experiência, que não a saúde mental. Em alguns casos eles foram contratados para atuar em mental e na prática se desviaram, mudaram de serviço inclusive, indo desenvolver outras práticas. A construção do modelo foi permanente; não se tinha nada prontinho, pra pessoa vir e se encaixar. A pessoa precisava vir e construir junto. Então aquele 'arquétipo' (risos) de T.O. que tínhamos se diluiu bastante. Ele passa a ser cooptado para outras práticas que eram mais tranqüilas, que tinham menos exigências, do ponto de vista da inserção no serviço público. Acho que a questão principal talvez tenha sido essas outras demandas, que vieram se sobrepor, começando a cativar e seduzir o profissional pras outras práticas." (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental da SMS, p. 53-54)*

Isso de um lado. De outro:

> *"Uma coisa é eu ter crítica à prática medicalizadora ou à clínica mais tradicional do psiquiatra e outra coisa é eu enfrentar, principalmente em momentos em que às vezes eu não conto com uma correlação de forças favoráveis, ou se estou sozinho nessa proposta. Se tem uma equipe com psicólogo, auxiliar de enfermagem etc., mas é só o T.O. que pensa diferente, fica difícil fazer o embate. (...) Penso que são duas possíveis explicações sobre o impacto dos terapeutas ocupacionais nas UBS." (Nacile Daud Jr., Assessor de Saúde Mental, p. 54)*

Para a Assessora do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Deficiente do COAS/SMS, a Assessoria de Saúde Mental fez um grande esforço e trouxe grandes benefícios para a assistência, ao levar esse profissional para as UBSs. Não poderia, entretanto, querer limitar suas ações à área de saúde mental.

> *"Na medida em que abria a UBS para o psicótico, o terapeuta ocupacional tinha contribuições muito importantes para dar. Quanto a isso não havia dúvidas. Agora, as contratações no serviço público não são para este ou aquele programa. O profissional vai se colocar nos serviços e atender a demanda local. O programa de saúde mental queria que esse profissional ficasse só nessa área e isto não era possível. (...) Foi um embate. Nós problematizamos muito isso. O profissional estava na UBS para trabalhar em vários programas." (Rosa de Lurdes, Entrevista 1, p. 4-5)*

Para essa gestora, a contribuição trazida pelos terapeutas ocupacionais, assim como a de outros técnicos, não estava restrita a uma visão técnica específica. Importava uma visão abrangente do trabalho em saúde, que privilegiasse o atendimento da pessoa portadora de deficiência no seu cotidiano, na comunidade, que não se restringisse apenas à reabilitação funcional. Isto dependeu bastante da motivação, iniciativa e criatividade para enfrentar dificuldades e restrições de recursos físicos e materiais nas UBSs. Vários desses técnicos, na sua opinião, conseguiram isso.

A questão dos recursos humanos na ARS-6, a grande dificuldade no processo de implementação das propostas, na visão de seus gestores, foi já amplamente analisada. Os pontos então levantados quanto aos problemas dos técnicos em saúde em geral e dos 'novos' em particular, são bastante concernentes ao terapeuta ocupacional, especialmente no que se refere à real ampliação da assistência nas UBSs aos grupos populacionais em estudo.

Novos e desconhecidos técnicos

Para o Diretor da ARS-6, na gestão 89/92, um problema específico do terapeuta ocupacional, naquele equipamento, era o desconhecimento por parte dos demais profissionais de suas possíveis contribuições, o que potencializou as dificuldades iniciais encontradas.

> *"Nunca houve uma discussão anterior sobre as possibilidades de trabalho dos T.O.s na rede básica. (...) Na área de São Miguel, as equipes tradicionais de saúde mental que estavam nos Centros de Saúde do Estado nunca tiveram T.O.. Era um profissional desconhecido.(...) Era também comum termos equipes incompletas nas UBSs e com isso o profissional ficava 'solto' e tinha dificuldades para a realização do trabalho. (...) Já nos equipamentos específicos a contribuição especializada dos novos profissionais era bem mais visível e demandada." (Jorge Kayano, p. 21-22)*

Kayano avalia, no entanto, de forma positiva o impacto trazido pelo terapeuta ocupacional na assistência em geral na ARS-6. Fez parte, dentre outros técnicos, da ampliação quantitativa e qualitativa na assistência à demanda tradicional e àquela que passou a ser incorporada pelo município, a partir da gestão 89/92. Foi um profissional fundamental nos novos serviços, especialmente nos CeCCos e HDs, os quais representaram avanços concretos na proposta defendida pela gestão, no

sentido de caminhar na direção da consolidação de uma rede pública voltada à questão da assistência universal.

Para a Interlocutora de Saúde Mental na ARS-6 as expectativas em relação ao terapeuta ocupacional eram muito grandes e, em parte, se concretizaram em sua atuação concreta.

> *"O T.O. tinha uma certa aura de 'indivíduo especial', uma coisa nossa de achar que era o profissional que tinha uma qualidade menos contaminada, talvez pela formação, talvez por poder ver com um olhar que não é do modelo médico clássico. (...) Porém no dia-a-dia os profissionais vêm de uma mesma Universidade, que tem uma mesma cara e que não prepara para o serviço público. Ele tinha dificuldades comuns nos profissionais de saúde. Mas, mesmo assim, o T.O. tem uma coisa que o torna diferente, que é uma especificidade que lida com uma outra linguagem que não é só a verbal. Isso, pra mim, era uma diferença bastante importante e isso se comprovou com sua atuação prática. (...) É um profissional que faz muita diferença, positivamente. É um profissional que alterou a dinâmica de muitas equipes. Na ARS-6, vieram profissionais dessa categoria que colaboraram muito. Pessoas que questionavam esse jeito [tradicional] de fazer saúde, que estavam muito sensíveis para pensar o fenômeno do sofrimento mental. Ele entrava de um outro jeito, não sei se porque não tinha tido uma oportunidade como a que se apresentou nessa gestão. Parece que existia uma sede pra trabalhar no serviço público de saúde. E isso era uma diferença pros outros. (...) Foi muito legal contar com eles. Não senti problemas; era a categoria aliada." (Isabel C. Lopes, p. 28)*

Para essa gestora, o terapeuta ocupacional parecia encarar o trabalho como parte de seu projeto de vida; não era apenas um trabalho. Havia uma certa militância comum nesses profissionais, com a qual ela se identificava.

Isabel C. Lopes, que também era a Coordenadora do Grupo de Trabalho sobre CeCCo no COAS, avaliou o terapeuta ocupacional como fundamental para esse equipamento, na medida em que esse projeto propôs outras formas de lidar com os problemas da população alvo, formas mais sedimentadas entre os terapeutas ocupacionais. Relata, ainda, a expectativa de que esse profissional pudesse trazer maior contribuição em relação ao desenvolvimento dos núcleos de trabalho/cooperativas nos CeCCos, o que não ocorreu, pelo menos de uma forma diferenciada, em relação aos demais profissionais. Acredita, entretanto, que essa discussão não está feita em lugar nenhum; é, segundo ela, um referencial que está sendo testado, construído.

Para outros gestores distritais do período 89/92 entrevistados, o terapeuta ocupacional teve importância fundamental para a implantação dos programas

propostos, especialmente o de saúde mental, que dispôs de maior tempo para sua consecução, durante a gestão. Destacaram sua capacidade de promover o trabalho em equipe e efetivá-lo em suas práticas; sua formação mais ampla, que possibilitava uma melhor apreensão das problemáticas dos usuários dos serviços - tanto em termos clínicos, físicos e emocionais, quanto sociais - e, ainda, um maior direcionamento para ações que visavam a ampliação/busca de inserção social ou reabilitação dos grupos populacionais em geral excluídos. Os problemas e dificuldades apontados não são diferentes daqueles já arrolados para os recursos humanos em geral, com destaque para a questão das novas ações nas UBSs.

Os gestores regionais e distritais do período 93/96 entrevistados, relataram terem tido a oportunidade de conhecer as possíveis contribuições desse profissional, durante sua gestão (com exceção daqueles que eram interlocutores para as áreas específicas). Avaliaram essas contribuições como importantes e necessárias à assistência em geral, assim como na ARS-6. Referiram a manutenção desse profissional nas cooperativas do sistema PAS, inclusive naquelas correspondentes à região, embora tenham também relatado a grande dificuldade que vinham encontrando para contratar esse técnico e preencher as vagas oferecidas, apesar do salário bastante competitivo no mercado de trabalho.

Finalmente, gostaríamos de apresentar a visão daquelas terapeutas ocupacionais que também foram gestoras distritais no período 89/92. Isto não se dá por julgarmos terem elas feito uma avaliação diferente daquela dos demais gestores, aqui apresentada, e sim porque, desse lugar e pelo seu interesse particular na atuação da terapia ocupacional, podem trazer dados que ampliem essa avaliação.

> *"Em minha experiência clínica numa equipe de saúde mental num Centro de Saúde do Estado, o trabalho do T.O. era fundamental para aglutinar os outros técnicos da equipe. Assim, eu tinha a expectativa que o T.O., também nas unidades da Prefeitura, poderia estar ajudando nesse sentido: articulando a demanda específica da saúde mental, os doentes mentais, e as pessoas portadoras de deficiência, bem como sendo um espaço que fornece elementos, fornece informações para os outros profissionais, afim de dar continuidade ao trabalho. (...) Acredito que, de um modo geral, o T.O., pelo tipo de atendimento que faz, deu um caráter muito diferente ao trabalho nas unidades. Dependeu, entretanto, em alguns locais, muito dos profissionais, [para] isso acontecer de uma forma efetiva. Teve serviços que efetivamente ajudaram muito a dinâmica como um todo, na Enfermaria [de Saúde Mental] eu acho que isso aconteceu, em algumas UBSs também; em outras, apesar do T.O. acabar sempre dando um perfil diferente para a população que é atendida, para alguns profissionais foi*

muito difícil definir-se nesse papel - estar na rede básica, na saúde pública, poder fazer aquela articulação de demandas, ampliar as possibilidades do próprio trabalho -, não aconteceu. (...) A gente tentava trabalhar isso historicamente, dentro do papel que a saúde pública vem assumindo e que isso - por exemplo ter espaço físico adequado para trabalho grupal - fazia parte de um processo onde mudanças devem ser buscadas. (...) Muitos profissionais conseguiram ir se situando e começaram a caminhar juntos. Outros não. Ficou uma impressão de que aquele tipo de dificuldade deveria ter sido resolvida antes dos profissionais terem sido chamados. Eu sentia essa cobrança. Acho que houve e há muitos conflitos que têm a ver com a expectativa do profissional e da forma como ele chega. Alguns chegaram e foram somando; tinham mais clareza das dificuldades, da realidade e das possibilidades de mudança que havia e aí ajudaram bastante, foram pessoas que foram fundamentais, da T.O. e de outras áreas." (Sandra Taglieri, p. 16-18)

"Eu, enquanto assessora, gostaria de ter trabalhado melhor as demandas dos profissionais [terapeutas ocupacionais] que chegaram aqui. Até para eles se sentirem mais à vontade, mais centrados na nossa proposta e mais à vontade para ser o que normalmente eles têm sido - eles têm sido bons profissionais. (...) Na prática eles conseguiram mostrar pros outros profissionais a que veio a terapia ocupacional, para que ela serve e para que ela contribui. (...) Outros profissionais referem a importância da abordagem do terapeuta ocupacional no trabalho, uma coisa que desconheciam. Os usuários e suas famílias, de um jeito ou de outro, também trazem retornos dessa atuação. (...) Alguns profissionais são mais vacilantes, não tiveram formação, não tiveram experiências, não conseguem fazer uma boa discussão política, mas isso não é só um problema dos terapeutas ocupacionais. (...) É uma categoria com poucos vícios corporativos, ainda. É mais flexível, aberto, disponível a tentar superar algumas situações que emperram os serviços. Em algumas UBSs, vi propostas muito interessantes de terapeutas ocupacionais. Nos serviços específicos de saúde mental, Enfermaria, HD, a contribuição é indiscutível. Nos CeCCos, onde está havendo uma grande resistência ao PAS, acredito que muito se deve aos T.O.s. De forma geral, acredito que os terapeutas ocupacionais têm sido uma das categorias que mais têm resistido ao desmonte da atual gestão. (...) Enquanto terapeuta ocupacional, acredito que a tarefa é pensarmos o que podemos trazer de nossas experiências anteriores e o que podemos criar de novo na saúde pública." (Ana Galluzzi, p. 63-64 e 62)

Os outros técnicos e gestores nos serviços:

Nas Unidades Básicas de Saúde

O terapeuta ocupacional era um profissional relativamente desconhecido por seus colegas nas UBSs, ou até mesmo desvalorizado, em termos de suas possibilidades de intervenção terapêutica. O processo de trabalho, entretanto, fez com que suas ações e possíveis contribuições passassem a ser apreendidas e demandadas pelos demais profissionais desse equipamento.

"Eu tive uma mudança muito grande do que eu pensava e do que eu agora penso, do que eu senti e do que agora eu sinto a respeito da contribuição do terapeuta

> *ocupacional. No começo era um estranho para mim. Eu pensava: 'Mas o que você está fazendo não é psicoterapia? Mas como é que você vai trabalhar isso daí?' Eu acho que eu não acreditava tanto. Aí, aos poucos, vendo o trabalho, é que eu comecei a ver como o negócio funciona legal, como é uma técnica lá que ela [a terapeuta ocupacional] consegue usar, na ação, que mexe mesmo lá no pensamento e que consegue promover mudanças. Hoje as minhas conversas e trocas com ela são de igual para igual. (...) A T.O. tem ajudado muito. Iniciamos um trabalho em co-terapia. Quando dá, nós atuamos juntas; quando não dá, a gente atende separadamente e discute conjuntamente os casos. Ampliamos assim nossa capacidade de compreensão e de ajuda aos pacientes." (Maria Aparecida Perroni, psicóloga, p. 11 e 13)*

Na UBS, o terapeuta ocupacional desenvolveu trabalhos conjuntos com psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, enfermeiros, educadores sanitários e médicos de outras especialidades, especialmente pediatras. Todos os técnicos entrevistados referiram que a contribuição do terapeuta ocupacional, como a deles próprios, encontrava-se na sua intervenção específica conjugada às demais, numa somatória de esforços que colocava num novo patamar de qualidade a assistência prestada ao usuário da UBS em geral, principalmente àquele pertencente aos grupos populacionais em estudo. Uma outra característica apontada foi sua capacidade de facilitar o trabalho em equipe.

Os gestores desses serviços, que contaram com esse profissional, corroboraram essa avaliação e destacaram sua visão (a do terapeuta ocupacional) mais abrangente dos problemas de saúde e sua participação na dinâmica de trabalho da unidade. Concordaram com as restrições em termos de espaço, mas relativizaram, entretanto, os problemas relacionados aos materiais solicitados.

> *"Eu não tive que fazer um investimento grande no terapeuta ocupacional em termos de sua adequação ao serviço, como aconteceu com outros profissionais. Houve dificuldades nessa área e na de fisioterapia, em termos de desconhecimento, de um certo isolamento, de problemas importantes de espaço para a assistência, foram áreas que tiveram certa dificuldade de serem assimiladas pela UBS. Mas nesta unidade, o T.O. (...) foi um profissional que conseguia se adequar, conseguia trabalhar em grupo, conseguia ter uma visão que eu considero boa dos problemas e ações de saúde. Foi um técnico que me deu menos trabalho. (...) Ele foi se adequando à proposta e tinha uma participação boa." (Sandra Tavares, enfermeira e gestora local, p. 21)*

Na Enfermaria de Saúde Mental

Para os técnicos e gestores desses serviços, a contribuição do terapeuta ocupacional era prevista pela nova proposta de atenção em saúde mental implementada pela gestão 89/92 e inseria-se num contexto de ampliação das intervenções e ações nesse âmbito, quase sempre restritas aos psiquiatras, enfermeiros e auxiliares.

Consideraram que o terapeuta ocupacional, através de sua prática cotidiana, ampliou, na equipe de saúde mental que se formava no Hospital Municipal "Prof. Dr. Alípio Corrêa Filho", a visão que se tinha da atuação desse profissional e colaborou de forma importante na assistência prestada.

> *"Na equipe não se tinha a percepção, ou, o que é pior, muitas vezes não se tinha a aceitação de que o terapeuta ocupacional funcionasse como terapeuta mesmo. Quer dizer, para muitos esse profissional era um recreacionista, aquele que busca alguma ocupação para os momentos ociosos da internação. A questão era inserir mais um trabalho terapêutico na equipe, onde o papel do terapeuta ocupacional nas atividades, individualmente ou em grupos, seria estar intervindo, observando, coletando material e trocando idéias com a equipe. Intervindo objetivamente, através dessa outra linguagem que é a atividade, contextualizando o paciente no seu 'fazer' e produzindo uma intervenção terapêutica. No início houve atritos, psiquiatras mais tradicionais (...) que pretendiam deter para si a execução do tratar, que achavam que quem trata é o médico, ou coisas do gênero. Mas isso foi superado no dia-a-dia.(...) Aqui na Enfermaria, o trabalho em equipe, com a contribuição de vários profissionais e terapeutas, mais do que assimilado, é rotina. As contribuições da T.O., suas intervenções terapêuticas, suas abordagens e percepção diferenciadas e sua capacidade de trazer e mostrar isso para a equipe, são fundamentais para uma melhor compreensão dos problemas dos usuários." (João Coimbra, psiquiatra e gestor local, p. 13-14).*

Nos Hospitais-Dia

Já pontuamos anteriormente (Capítulo 6) a relevância com que foi apontada a contribuição do terapeuta ocupacional nos HDs da região.

Para seus profissionais e gestores, a terapia ocupacional e suas formas de intervenção, através de atividades e suas possibilidades comunicacionais objetivas e subjetivas, da organização da convivência, e das experimentações concretas de novas relações e enquadres terapêuticos, traz recursos assistenciais inestimáveis para a superação da crise psiquiátrica do indivíduo que porta um transtorno mental.

Alguns gestores referiram, ainda, a disponibilidade diferenciada do terapeuta ocupacional, tanto pessoal como profissionalmente, em termos do empenho necessário à consecução da implantação desse equipamento na região, bem como dos esforços requeridos no sentido de facilitar e articular a ação em equipe.

Nos Centros de Convivência e Cooperativas

Novamente, ao indagarmos aos técnicos e gestores dos CeCCos sobre sua avaliação a respeito da contribuição do terapeuta ocupacional nesse serviço, deparamo-nos com as discussões sobre especificidade e interdisciplinaridade das ações no CeCCo, que já abordamos.

Para alguns técnicos e gestores as proposições para esse equipamento implicaram uma indiferenciação profissional, que ia na direção da especificidade do terapeuta ocupacional - o desenvolvimento de novas formas de convivência e cooperação através de variadas atividades - de maneira potencialmente, mas não necessariamente, terapêutica. Para outros, por essas características do CeCCo, o terapeuta ocupacional foi apontado como profissional a ser priorizado.

De forma geral, foi destacada, em relação à contribuição desse técnico, no caso dos CeCCos, sua maior formação e preparo para compreender e mostrar aos usuários e à equipe as dinâmicas psíquicas e sociais das pessoas e grupos em atividade e, a partir daí, estabelecer articulações que potencializassem a inserção social e a autonomia dos indivíduos.

Na Unidade de Reabilitação do Hospital "Prof. Dr. Alípio Corrêa Neto"

Esse equipamento contou por pouquíssimo tempo com uma terapeuta ocupacional, entre meados de 1992 e 1993, quando a mesma obteve sua transferência para um outro serviço municipal numa região mais central. Apesar dos esforços feitos, não se conseguiu contratar outro profissional dessa categoria, avaliado como imprescindível nesse equipamento.

Os técnicos e gestores entrevistados referiram ter tido um contato bastante restrito com aquela terapeuta ocupacional e mesmo alguns problemas de ordem disciplinar advindos da sua insatisfação em estar na região. Foi uma experiência avaliada como ruim, mas sempre compreendida como uma questão individual. Isto

deveu-se a uma articulação, considerada boa, com terapeutas ocupacionais das UBSs do Distrito e da região, para onde eram encaminhados aqueles usuários que necessitavam da ações específicas desse profissional na área das pessoas portadoras de deficiência física e sensorial que passavam ou chegavam até a Unidade de Reabilitação.

As contribuições percebidas como resultantes das ações dos terapeutas ocupacionais foram as mesmas que as apontadas pelos técnicos das UBSs.

Os usuários

Os usuários entrevistados apresentaram uma avaliação bastante positiva dos serviços e de seus profissionais, frente às suas expectativas e/ou de seus familiares.

A assistência recebida foi, na maioria das vezes, considerada como um todo, isto é, a avaliação feita referiu-se via de regra ao conjunto das ações dos profissionais de saúde disponíveis; portanto, como já argumentado anteriormente em situação semelhante, não nos parece necessário repetir as ponderações gerais já feitas, que incluíram pois, implicitamente, referências ao trabalho do terapeuta ocupacional. Importa frisar que, embora o usuário muitas vezes não tenha, nas entrevistas, distinguido as atuações dos vários profissionais nas diferentes ações de assistência, foi capaz de pontuar com clareza dificuldades e avanços percebidos em relação às suas necessidades. As distinções profissionais, quando feitas, foram lá comentadas.

Se a discriminação por categoria na maioria das vezes não ocorreu, deve ser frisado que quase sempre os usuários e/ou seus familiares referiam-se aos vários 'terapeutas' (o que aconteceu também com os terapeutas ocupacionais) por seus nomes - a lembrança, positiva ou negativa, vinculava-se à percepção do acolhimento recebido numa relação tanto melhor, quanto fosse mais próxima, efetiva e pessoal.

Com relação aos terapeutas ocupacionais, podemos evidenciar aqui que foi a utilização de um de seus principais instrumentos de trabalho - a atividade - que apareceu marcadamente para os usuários e/ou seus familiares, fosse como exercício, principalmente em alguns casos de pessoas portadoras de deficiência; como forma de ocupar o longo tempo ou fazer algo útil, durante o dia de internação ou de

convivência intensiva no hospital-dia; como forma de aprender o necessário para a escola; como um jeito de estar junto e, finalmente, como possibilidade de trabalho.

O trabalho grupal realizado por diferentes profissionais, inclusive pelos terapeutas ocupacionais, era relatado como um momento de troca de experiências, de conhecimento, e como fazendo parte de certo 'ritual' próprio do serviço, muitas vezes não compreendido e não percebido como forma de tratamento.

As oficinas dos CeCCos foram referidas como lugar de convivência, aprendizagem e tratamento.

As organizações/movimentos da sociedade civil na área da saúde na ARS-6

Embora não tenham feito, na maioria das entrevistas, referências especiais ao terapeuta ocupacional, podemos dizer que esse profissional, para os representantes do Movimento Popular de Saúde, é incluído entre os técnicos que vieram melhorar a qualidade da assistência prestada pelos serviços públicos e que são fundamentais no processo de definição das necessidades e conseqüentes reivindicações, respaldadas tecnicamente, do Movimento.

Entre os representantes dos movimentos específicos de saúde mental e pelos direitos das pessoas portadoras de deficiência aparece mais claramente a necessidade de diversidade de recursos humanos especializados, dentre eles o terapeuta ocupacional.

A contribuição trazida por esses profissionais foi conhecida e valorizada, passando a ser reivindicada pelo Movimento Popular de Saúde da região durante a gestão 93/96, especialmente na fase de implantação do sistema PAS na cidade de São Paulo, que, como vimos, manteve, como suas atribuições, os novos serviços e, nos seus quadros, os novos técnicos, inclusive o terapeuta ocupacional.

8.5 Trilhas percorridas, caminhos construídos

Voltamos inicialmente ao debate sobre as razões da escolha do terapeuta ocupacional, enquanto recurso humano a ser visto de forma especial, neste trabalho.

Os itens 8.1 a 8.4 mostraram que a opção da gestão 89/92 por esse tipo de profissional não se deu ao acaso, do ponto de vista técnico, e menos ainda do ponto de vista político.

Muito pelo contrário, as inovações políticas pretendidas, na área da saúde - e que eram uma das várias facetas de um projeto global de resgate da cidadania da população, de um lançar de alicerces à eqüidade e à justiça social, passavam necessariamente por um processo de rompimento, ainda que medido e ponderado, com as formas tradicionais de assistência vigentes, firmadas em um conservadorismo estruturado verticalmente, a partir inclusive de um conjunto de relações de poder corporativamente consolidado em torno da categoria médica, que historicamente - como vimos, tem 'ditado as regras do jogo'. Assim como vimos também que a terapia ocupacional teve, de forma compreensível e até 'natural', uma dependência técnica, científica e mesmo política, em relação à medicina, fruto de sua trajetória; mas que, ao mesmo tempo, teve, até por ser 'periferia' da área médica, uma formação e uma prática mais abertas e livres, relativamente isentas dos preconceitos e vícios inevitavelmente cristalizados naqueles que representavam o centro de gravidade do sistema, na área.

Portanto, aquele processo de rompimento podia ser planejado e pensado a partir da incorporação relativamente maciça desses profissionais, muitos dos quais politicamente conscientes e militantemente convencidos - até por razões humanísticas e emocionais, a partir de suas vivências, de seu dia-a-dia de contato próximo com o sofrimento, com os oprimidos, com os sem cidadania - da justeza da implementação de profundas e imediatas transformações de cunho democrático-popular, no âmbito das políticas municipais em geral e nas da saúde em particular.

Mais que isso, a contratação dos terapeutas ocupacionais, fundamental do ponto de vista de buscar um novo ponto de equilíbrio no potencial de reflexão e de ação dos recursos humanos na área, podia e devia ser taticamente conjugada à implantação de uma nova dinâmica de decisões no setor, a ser estabelecida a partir do questionamento e da superação do verticalismo citado, centrado na figura do médico, em prol de um trabalho de equipe, em que decisões e métodos de trabalho fossem discutidos ampla e democraticamente, e mediados os conflitos e contradições internas que naturalmente viessem a surgir; neste aspecto, os terapeutas

ocupacionais tinham também uma experiência diferenciada, a ser aproveitada - como de fato foi.

A aposta da gestão 89/92 na contratação dos terapeutas ocupacionais representou, pois, o reflexo de uma análise focalizada, detalhada, da correlação interna de forças no setor recursos humanos, na área da saúde, a partir da saúde mental, e portanto o papel que lhes foi reservado - e em parte cumprido, como este trabalho demonstra - foi o de co-artífices de uma filtragem (no sentido de Offe, 1984) dos espaços de eventos, de uma reconstrução estrutural, ideológica e processual das instituições políticas do Estado, no respectivo âmbito e escopo, rumo às novas propostas de gestão em curso, democraticamente referendadas.

O olhar diferenciado que nesta tese voltamos ao terapeuta ocupacional tem assim sua gênese fundada nos desdobramentos concretos que então ocorreram, tanto do ponto de vista político quanto do técnico-profissional.

Além disso, esta abordagem tem como conseqüência, embora não como origem, a possibilidade de conhecer mais profundamente as necessidades da população assistida, do ponto de vista do trabalho do terapeuta ocupacional, levando a reflexões que podem contribuir para a propositura de modificações relevantes na formação e capacitação destes profissionais, bem como na caracterização mais precisa da estrutura curricular que poderia, técnica e politicamente, embasar uma capacidade de intervenção de terapeutas ocupacionais mais ainda condizente com o que deles foi requerido na experiência à qual aqui nos reportamos. E este é um campo em que temos também interesse particular, em termos de nosso trabalho concreto no ensino cotidiano de terapeutas ocupacionais e de pesquisa que vimos realizando (Lopes, 1991; 1996b); no caso específico, o estudo dos fatores que influíram na complexa dinâmica que aqui descrevemos e analisamos é fundamental para que se possa ter uma melhor compreensão do processo de interação entre condições objetivas, demandas de caráter político-social e aspectos educacionais, tanto práticos quanto acadêmico-formais.

Cremos que os itens acima - que desenharam, com pormenores, um quadro do trabalho realizado pelos terapeutas ocupacionais nos diversos equipamentos, relacionando-o não só com a formação destes, como também com a dinâmica da implementação das inovações do governo nas áreas em estudo e das relações entre

os vários segmentos envolvidos (gestores, outros técnicos, usuários, organizações e movimentos da sociedade civil) - mostraram, com suficiente clareza, o por que e as vantagens, da perspectiva da compreensão dos fenômenos que aqui abordamos, de nosso enfoque mais próximo no terapeuta ocupacional.

Comentaremos, por último, a dinâmica da interação dos terapeutas ocupacionais com o conjunto dos demais atores, no concreto, e, no abstrato, com as propostas em implementação.

É patente que, da perspectiva da gestão 89/92, a opção pela contratação de um número substantivo de terapeutas ocupacionais foi um acerto.

Mas, na verdade, o que nos parece mais relevante é que as conseqüências dessa opção extrapolaram o curto e médio prazo de duração da gestão. Em outras palavras, incorporou-se um profissional que trouxe métodos, idéias e contribuições novas, que, como é o caso, quando se trata de recursos humanos, tardaram a ser maturados e integrados às ações próprias e às dos demais - os diversos depoimentos que acabamos de transcrever e comentar são um testemunho das idas e vindas e dos diferentes percalços que precisaram ser superados (e alguns não o foram); mas, uma vez vencido esse processo, com um sucesso relativo, fruto das características e peculiaridades que relatamos, consolidaram-se novas práticas, novas dinâmicas, que permearam e influenciaram de forma marcante e duradoura a atuação do conjunto dos profissionais da saúde, nas áreas em questão. Como resultado, os terapeutas ocupacionais forjaram, ao longo dos anos, uma identidade menos difusa, consolidando um repertório de ações e intervenções que ganhou visibilidade, não só para si próprios como para todos os demais, em especial para a população de usuários. Criou-se assim um nicho, uma trincheira de resistência a retrocessos. É esse, cremos, um dos principais avanços a serem relatados, em relação à incorporação dos terapeutas ocupacionais.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

9.1 A cidadania de 'loucos' e 'deficientes'

No município de São Paulo, entre 1989 e 1992, esteve à frente do executivo um governo comprometido com as lutas pela conquista da cidadania para todos, não só no discurso mas em função de toda uma prática política dos integrantes que o compunham, de suas propostas de ação nas várias áreas e de seu esforço efetivo no sentido de tentar implementá-las.

O problema que nos motivou foi uma questão muito particular, relativa a populações específicas – a das pessoas portadoras de sofrimento psíquico e a das pessoas portadoras de deficiência, cujos direitos se buscou resgatar, naquele local e período histórico, inclusive e especialmente através da adoção de políticas públicas inovadoras, nas respectivas áreas. As perguntas que nortearam nossa pesquisa foram bastante concretas: como se deu a construção dessas políticas e quais as estratégias, a dinâmica e os efeitos de sua implantação?; o que foi de fato possível fazer em prol da saúde dessas populações?; qual o legado real que se logrou incorporar, ao fim da gestão, ao seu dia-a-dia?; o que se conseguiu consolidar de forma mais permanente, persistindo – até o presente momento – como uma conquista efetiva?; qual o papel desempenhado pelos recursos humanos, em especial o terapeuta ocupacional, em todo esse processo?

Há um fator que perpassa todo nosso trabalho: é a dramática realidade concreta das regiões periféricas que estudamos, assoladas por uma perversa desigualdade social, construída há muitas décadas, que agudiza extraordinariamente os problemas que aqui tratamos. As carências são múltiplas. Tanto na área da saúde, como nas demais, há reivindicações vitais, ligadas à própria sobrevivência da população, cuja necessidade de satisfação urgente às vezes tornam difícil que problemáticas como as que relatamos em nossa tese possam ter a prioridade que deveriam. Daí resultam os conflitos, presentes em tantos depoimentos, entre a implantação dos vários programas novos e a solução de questões prementes e inadiáveis (bom funcionamento de um pronto socorro, por exemplo); entre o atendimento a grandes quantitativos de indivíduos e o nível de qualidade que se quer

imprimir aos serviços – quanto melhores estes, mais gente virá procurá-los, o que certamente impactará negativamente naquela qualidade.

Essa realidade drasticamente desfavorável não tem, no nosso caso, origem apenas geo-sócio-política. O elemento temporal, do ponto de vista histórico, exerce também uma influência negativa singular. O período da gestão (89/92) coincide, em boa parte, com a "Era Collor", um momento de retração do Estado, de transição das políticas públicas, em nível nacional, em direção a uma gerência cada vez mais selvagem do capitalismo, no Brasil. Assim, enquanto o governo local, no município de São Paulo, luta por ampliar a assistência às classes populares, às populações alijadas de seus direitos, buscando consolidar o SUS e aprofundar as conquistas da Constituição de 1988, o governo federal trabalha no sentido inverso, apostando na construção de um progressivo descompromisso do Estado, nas áreas sociais. Este quadro é acirrado a partir de 1993, com a mudança de orientação política municipal e, depois, com a eleição de Fernando Henrique Cardoso, apoiado por um arco de forças políticas nitidamente conservador, privatista e neoliberal. Em conseqüência, todo o processo que aqui descrevemos é pontuado, para além das duras condições periféricas, por um grande isolamento político do quadro local, em relação ao nacional, durante todo o período. As conquistas e avanços obtidos, as transformações resultantes da incorporação de novos grupos populacionais como usuários dos serviços do Estado, e de profissionais como o terapeuta ocupacional, têm que ser positivamente relativizados, portanto, frente a esse conjunto de fatores adversos

As conclusões a que chegamos estão expressas nas muitas páginas precedentes, e portanto os pontos que aqui destacamos certamente não têm a pretensão de apresentar um elenco exaustivo daquelas. Apesar disso, frisaremos algumas idéias.

Estudar a fundo o processo de implantação das inovações políticas na área da saúde pela gestão 89/92 revelou, com riqueza de detalhes, as contradições, as conquistas e as problemáticas dessa tentativa de caminhar na direção da utopia sanitarista, segundo a qual o Estado deve responsabilizar-se por conhecer e resolver os problemas de saúde de cada comunidade, disponibilizando, com proximidade máxima e qualidade, os serviços necessários.

Nesse processo, objeto de construção coletiva e democrática, havia grande expectativa em relação ao papel das UBSs, que deveriam, a partir da ação de equipes multiprofissionais, não só desenvolver as ações básicas de saúde coletiva como também ser 'porta de entrada' para o atendimento individual, assegurando amplo acesso de usuários (universalidade), intervenção personalizada com projetos terapêuticos singulares (eqüidade) e alta resolutividade, garantindo assim os princípios previstos pelo SUS. Aqui, a conclusão é que houve, sem dúvida, avanços importantes, em relação à situação anterior; mas que é igualmente necessário relativizá-los, frente aos limitadores objetivos existentes – em outras palavras, é preciso ressaltar que um longo caminho deixou de ser percorrido, dado que resolver os problemas encontrados – ficou demonstrado – exigiria um investimento muito acima daquele que foi possível. Não se pôde, portanto, capacitar as UBSs, em sua plenitude, para o desempenho dos múltiplos papéis que segundo a proposta lhes cabiam. Ao mesmo tempo, ocorreram inevitavelmente, ao longo do tempo e face à carência geral, disputas e divergências quanto à priorização que se deveria dar a cada um daqueles papéis, nas UBSs.

Conclusões similares podem ser traçadas em relação a outros equipamentos, no tocante à caracterização de seu relativo sucesso.

Os Hospitais-Dia, por exemplo, constituíram-se em alternativa da maior relevância no atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental, mas não conseguiram superar um certo isolamento, fruto da falta de articulação desses equipamentos com o conjunto dos demais previstos pelo modelo adotado, das dificuldades intrínsecas da própria proposta e das discordâncias internas quanto a certos parâmetros estabelecidos.

Já os CeCCos foram uma iniciativa muito bem sucedida, mas que sofreu todos os percalços decorrentes de ser uma absoluta inovação: incompreensão de alguns, oposição conservadora de outros e insegurança dos próprios proponentes acerca dos caminhos a percorrer.

Em um plano mais geral, a experiência na Prefeitura de São Paulo revelou, de forma muito dura e direta, a magnitude e a complexidade das tarefas envolvidas na luta pela cidadania da maioria da população, da qual a implantação e a

consolidação de políticas no campo da saúde mental e da pessoa portadora de deficiência era um pequeno fragmento.

Ficou evidente o enorme esforço necessário à implementação de quaisquer projetos nesse sentido, ainda que parcialmente, e a impossibilidade de se concretizar avanços substanciais em uma única gestão, mais ainda se circunscrita a apenas um município, sem amplitude e/ou apoio em nível nacional. Acresça-se a isso a falta de experiência de gestores do campo democrático-popular, a forte (e, às vezes, não fundada na realidade) expectativa gerada na população, que anseia por decisivos e imediatos avanços no campo social, e o tempo necessário à maturação do novo. A máquina do Estado não está organizada nem ajustada para tarefas e ações que, embora possíveis do ponto de vista dos filtros existentes, são diversas das anteriormente empreendidas – e daí decorrem inúmeros percalços, como por exemplo os relatados, em relação às dificuldades de se efetuar compras de bens e serviços necessários à consecução dos novos programas. Portanto, se há que ter vontade política para mudar, é fundamental compreender que isso não é necessariamente suficiente para de fato mudar, no tempo que se tem e na profundidade que se quer. Mesmo com a contratação de novos recursos humanos, e até supondo-se que estes se identifiquem majoritariamente com as inovações adotadas, as intervenções a serem introduzidas são algo que nem gestores nem contratados sabem exatamente como fazer - posto que, na maioria das vezes, não existia qualquer acúmulo histórico prévio. Tinha-se pela frente, pois, todo um processo de construção de práticas, de métodos de trabalho, de discussão coletiva em equipes de trabalho, pontuada por inúmeros óbices, inclusive de natureza corporativa e pessoal.

Não se pode deixar de observar, por outro lado, que o saldo final da gestão 89/92, nas áreas em questão, foi inequivocamente relevante, apesar de todas as limitações mencionadas. Mais que isso, o impacto daquela administração era ainda, em 1996, claramente visível. O salto de qualidade dado, principalmente na saúde mental, foi patente; deram-se passos importantes na direção da luta antimanicomial. Em outras palavras, em que pesem as dificuldades decorrentes da fragilidade do quadro pré-existente no município, da situação político-econômico-social vivida pelo país à época, da descontinuidade gerada pela guinada diametral imposta pelo

governo municipal 93/96, no sentido de reverter o que havia sido construído e das crises mundiais do capital e de seus efeitos nos Estados periféricos ao capitalismo nos últimos tempos, aquela gestão certamente não passou em branco, até o presente momento, pelo menos no que se refere aos itens que aqui pesquisamos.

As heranças da gestão 89/92 são de várias ordens. Diversos dos equipamentos implantados ainda existem; seu funcionamento, ademais, foi incorporado pela consciência popular como algo desejável e necessário, passível de oferta pelo poder público. Não poderiam, conseqüentemente, ser desativados impunemente, politicamente falando – e, portanto, não o foram. Pela mesma razão, não poderiam ter sido (mesmo se isso fosse possível) pura e simplesmente dispensados os recursos humanos novos contratados, cujo trabalho foi reconhecido como útil pela população. Criou-se uma situação em que as "inovações políticas" produzidas, fruto do programa declarado de ação de um certo governo, acabaram por se consolidar como "necessidades humanas sancionadas" e, em certa medida, internalizadas pela população, ao longo do processo, gerando-se, por conseguinte, em relação a elas, um grau importante de irreversibilidade. Grau esse que poderia ter sido maior, não só no que respeita à cristalização de avanços, através de sua normatização legislativa e incorporação estrutural ao sistema de instituições políticas do Estado (que em muitos casos não se deu), como no tocante à criação de mecanismos mais eficazes e permanentes de controle público – que também, mesmo durante a gestão 89/92, tiveram existência informal, e logo efêmera e instável.

9.2 Trabalhadores técnicos e políticos – atores protagonistas

Nos reportamos agora à questão dos recursos humanos, de importância vital, pois são eles que têm o poder (ou não) de converter as inovações políticas, teoricamente propostas por governantes, em práticas, em melhorias reais a serem disponibilizadas para a população. Nos Estados Capitalistas, a formação de mão-de-obra, ou seja, a capacitação e reciclagem da força de trabalho, seja através de um 'padrão de financiamento público' – como é o caso dos vários técnicos formados em universidades estatais – (vide Cap.1, pg28), seja através dos mecanismos de atuação do mercado na área da educação, visam essencialmente contribuir para que '*os*

proprietários da força de trabalho sejam incluídos nas relações de troca' (Cap.1, pg12). Há portanto um vínculo entre aquela formação, que, mesmo quando resulta da ação do Estado na área da educação, visa '*preparar os novos profissionais, do primeiro grau às escolas técnicas e universidades, reciclando-os e readequando-os'* aos requisitos dinâmicos do mercado, e o próprio mercado, a própria dinâmica político-econômico-social vigente.

Não é pois surpreendente – muito pelo contrário – que os currículos acadêmicos e mesmo a formação prática dos profissionais reflitam esse 'status-quo', não capacitando-os, a um só tempo, técnica e politicamente e não preparando-os, portanto, para uma prática crítica, como seria desejável exigir de recursos humanos com os quais se pretende trabalhar pela cidadania popular. Essas diferenças e deficiências – se tomado como parâmetro o projeto do governo 89/92 – são citadas amiúde nas várias entrevistas que realizamos e constituem um fator dificultador da implantação das respectivas propostas daquela gestão.

É verdade que a Prefeitura tentou propiciar a seus servidores oportunidades de reciclagem e complementação de formação, mas, inclusive por entraves de natureza burocrática, fê-lo de forma pouco sistemática e eficiente. Talvez tenha havido, independentemente desses entraves, uma subvalorização, por parte do governo, da essencialidade de investimento na questão recursos humanos. Para além da contratação de funcionários, era essencial garantir que suas intervenções viessem, de forma rápida, harmônica e integrada às dos quadros já anteriormente existentes, a se alinhar com os eixos das propostas em implementação, contribuindo assim para dar-lhes existência efetiva – é possível que tenha havido uma percepção insuficiente da extensão das dificuldades a serem enfrentadas, mesclada a um otimismo um tanto voluntarista, a uma expectativa de que aos poucos os rumos fossem sendo 'naturalmente' encontrados.

Assim, por exemplo, as novas ações dos terapeutas ocupacionais foram sendo construídas ao longo do processo, a partir de uma concordância majoritária destes com os projetos em andamento, e apesar de suas falhas de formação. Essa dinâmica mais progressiva e acumulativa que caracteriza o setor recursos humanos, cujo caráter gradualista foi intensificado por se tratar de inovações políticas sem

precedentes – tanto em termos de ações concretas quanto de preparação teórica dos atores envolvidos, imprimiu à implantação dos programas um ritmo lento.

Esse processo, se de um lado retardou essa implantação, de outro permitiu maturação e absorção das novas práticas, que vieram a se constituir ponto de resistência às tentativas de desconstrução que a seguir ocorreram, na medida em que se incorporaram ao dia-a-dia de técnicos e usuários, traduzindo-se em ações por estes vistas como concretizando uma resposta do setor estatal a necessidades suas, agora claramente configuradas.

Com relação, especificamente, aos terapeutas ocupacionais, relembramos aqui apenas algumas características que, no caso desses técnicos, foram facilitadores da integração destes com os serviços propostos: sua formação aberta, menos rígida do que a dos demais profissionais da área de saúde, que os tornava mais disponíveis e flexíveis para as intervenções requeridas; seu contato prévio com as populações a serem atendidas, que lhes garantiu um maior grau de conhecimento prático do trabalho a realizar, a par de sensibilizá-los para as lutas pela conquista dos direitos de cidadania por essas populações (o que levou muitos terapeutas ocupacionais a se identificarem, pessoal e politicamente, com as propostas da gestão nessa área); e sua experiência anterior com situações que exigissem a habilidade de debater, conviver e agir em equipe, coletivamente.

Em vários depoimentos, a questão recursos humanos foi apontada como fator limitante. As críticas e ponderações a esse respeito vieram de vários ângulos do espectro político de opiniões. Teria havido descompromisso em relação ao trabalho e às propostas, secundarizados frente a questões/interesses pessoais, e também falta de empenho e criatividade para superar eventuais dificuldades e carências nos serviços. O Estado tampouco contaria com mecanismos para incentivar os que mais se empenhassem. Um raciocínio comum foi, portanto, o de que, para os servidores, pouco importava fazer as coisas bem ou mal feitas, pois ganhariam o mesmo. Uma das conclusões freqüentes, a partir deste último tipo de crítica, foi a de que, para garantir melhor qualidade de serviços, melhor seria privatizá-los ou, alternativamente, retirá-los do âmbito da gestão pública, pois só assim poder-se-iam premiar, por produtividade, os trabalhadores mais eficientes.

A problemática aqui envolvida é certamente bastante complexa; os comentários que a seguir faremos a respeito do assunto não têm, portanto, qualquer intenção de esgotá-lo.

É preciso inicialmente reconhecer que, sem que se assuma nenhuma atitude culpabilizadora, várias das preocupações e observações feitas nas diversas entrevistas são pertinentes: a máquina pública não dispõe, às vezes, de instrumentos adequados para incentivar os funcionários mais dedicados, nem para coibir excessos de natureza corporativa e/ou individualista, o que implica, via de regra, excessiva permissividade em relação à falta de empenho e desinteresse de alguns e ao oportunismo indevido de outros.

Por outro lado, de uma forma geral, é notório, a partir dos depoimentos que obtivemos, que na incorporação dos terapeutas ocupacionais ao serviço público, no município de São Paulo, a regra não foi nem o desinteresse, nem o corporativismo e nem o oportunismo individualista. Não há qualquer indício importante, no material de que dispomos, que possa justificar as alegações dos que afirmaram a tese de que a principal força motriz da dedicação ao trabalho é o incentivo por produtividade. Muito pelo contrário, as entrevistas (dos vários segmentos) mostram que, de forma geral, houve uma identificação genuína entre aqueles técnicos e os projetos em andamento, houve um esforço conjunto e expontâneo no sentido de implementá-los, visando oferecer-se à população, finalmente, serviços e alternativas nos quais se acreditava. Não há dúvida de que os terapeutas ocupacionais deram uma contribuição relevante ao processo de implantação das propostas da gestão 89/92, na saúde mental e dos portadores de deficiência, tanto do ponto de vista técnico, quanto do de sua adesão profissional e pessoal à consecução dos programas a elas vinculados. Esse reconhecimento desdobra-se pois numa expectativa de continuidade de disponibilização, pelo setor público municipal, dos serviços desses profissionais – e esta é mais uma das irreversibilidades que mencionaríamos, intrinsecamente ligada à própria permanência das políticas implantadas.

Ainda com relação à problemática dos recursos humanos, há uma questão recorrente, de caráter estrutural, que nos parece correto destacar: é a dificuldade de fixação de técnicos em regiões periféricas como a ARS-6, várias vezes citada. O estabelecimento de incentivos tais como o ‘adicional por distância’, o pagamento de

bons salários, etc., foram (e/ou podem ser) providências compensatórias, mas que não vão ao âmago do problema. O fato real é que a periferia das grandes cidades, no caso brasileiro, enquanto local de trabalho e/ou de moradia, oferece desvantagens marcantes em relação às regiões centrais, dada a inexistência de meios de transporte urbano rápidos e de qualidade, a falta de segurança, de recursos e serviços de educação, saúde, lazer, entre outros. Portanto, é compreensível que vários técnicos tenham deixado – como deixaram – os serviços nessas regiões, havendo a possibilidade. Por conseguinte, em aglomerações urbanas como São Paulo, em que a oferta de bens e serviços de qualidade é altamente concentrada em uns poucos bairros centrais, fixar recursos humanos em locais afastados é um problema que só pode ser equacionado se atacado globalmente, buscando-se, entre outros fatores, diminuir a desigualdade daquela oferta – e isto certamente é tarefa que foge ao escopo de qualquer gestão localizada.

9.3 Aprender, compreender e poder conhecer: algumas perspectivas

Por último, indicamos algumas perspectivas de continuidade e desdobramentos futuros da presente pesquisa.

Uma delas refere-se a um estudo mais aprofundado da relação entre a formação acadêmica dos terapeutas ocupacionais, a correspondente estrutura curricular dos cursos (que foi objeto de nossa dissertação de mestrado) e a sua capacidade profissional de desenvolver ações como as requeridas em projetos como os que discutimos neste trabalho. Estudar de maneira sistemática a relação entre formação e a dinâmica de criação/incorporação críticas de novos repertórios de intervenções, em resposta a demandas da população e inovações propostas, em termos de políticas públicas, é uma linha que nos parece bastante interessante e promissora, no sentido de esclarecer e melhor compreender como o debate de matérias relacionadas à educação (superior, no caso) pode se relacionar à discussão das gerências possíveis do Estado, de suas políticas públicas e eventuais propostas, no campo democrático e popular.

Um de nossos objetivos e motivações, ao iniciar os estudos que nos levaram à elaboração desta tese, era exatamente este, cujo aprofundamento não foi contudo

possível, posto que optamos por investir um esforço maior na fundamentação teórica, na contextualização dos processos descritos e na descrição e análise das políticas em curso, o que esgotou o tempo disponível para a realização deste trabalho. Contribuir para a construção de uma sociedade em que sejam garantidos a todos os direitos de cidadania passa, acreditamos, por propiciar aos diversos profissionais uma formação que lhes permita intervir de forma crítica, criativa e competente em seus respectivos campos de trabalho; esta tarefa, que é de largo curso, pode ser vista como condição necessária à potencialização das transformações concretas que a luta por igualdade social implicará. Consideramos, assim, que poderemos, futuramente, conjugar esses dois temas na direção apontada. Um possível desdobramento pode ser uma pesquisa que aborde, dessa ótica mais ampla, a discussão da formação do terapeuta ocupacional, tanto a nível de graduação como de pós-graduação.

Estudar experiências de inovações políticas existentes em outros municípios, na mesma área – saúde mental e saúde dos portadores de deficiência, com o objetivo de buscar paralelos, diferenças e possíveis generalizações, tanto no campo teórico como no prático, surge também como uma alternativa. Há aspectos, na presente pesquisa, que dependeram e são específicos da trajetória própria do município de São Paulo, dos serviços de saúde existentes, do perfil político do governo 89/92, de questões geográficas, dos recursos humanos disponíveis e das possibilidades de sua reciclagem e capacitação; com certeza haverá outros que, ao contrário, possuem um caráter universal (em termos da realidade brasileira), e se manifestarão na maioria dos casos, posto que resultantes de características mais gerais das instituições políticas de nosso Estado, de nossa cultura e realidade social e econômica, etc. O ponto seria, aqui, buscar identificar e separar essas variáveis.

Numa linha análoga à definida no parágrafo anterior, é possível estender a presente pesquisa, no sentido de determinar que fatores distinguem as realidades de economias periféricas e socialmente mais carentes – como a nossa – das existentes nos países centrais, no que respeita a este assunto, de forma a estudar comparativamente: a formação de recursos humanos; a questão legislativa; aspectos políticos, sociais, econômicos e de gestão do Estado; políticas públicas propostas; caracterização política dos proponentes, entre outros pontos. Assim, o objeto de

trabalho será destacar as problemáticas intrínsecas aos Estados capitalistas, isto é, as comuns a todos, daquelas particulares, peculiares aos países menos desenvolvidos.

Um tema correlato seria o estudo da atuação e da formação de outros recursos humanos na área da saúde, ampliando-se assim as discussões que aqui fazemos para além do âmbito dos profissionais necessariamente portadores de diplomas de nível superior.

Nos parece igualmente atraente a proposta de acompanhar, nos anos posteriores ao período estudado (ou seja, após 1995), a trajetória das questões aqui tratadas, no município de São Paulo. Isto complementaria as conclusões a que chegamos; seria desejável traçar uma análise de mais longo prazo em relação à permanência das inovações políticas do governo 89/92 e, em especial, ao trabalho desenvolvido, no decorrer dos anos, pelos terapeutas ocupacionais contratados por aquela gestão.

É possível também dirigir um olhar a outras populações excluídas do pleno acesso a seus direitos de cidadania, tais como por exemplo crianças em situação de risco e/ou idosos, utilizando para tal a mesma metodologia aqui empregue.

Há, pois, um amplo leque de direções nas quais podemos prosseguir, a partir desta pesquisa, tendo como eixo o estudo da formulação, da implementação, do alcance e da permanência de políticas públicas na área da saúde e o papel dos recursos humanos nessa problemática, no sentido de melhor compreender a dinâmica da adoção e implantação efetiva de inovações capazes de avançar na luta por uma sociedade mais justa e solidária.

ANEXO 1

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

I. Gestores

I.1 Gestores centrais:

Secretários de Saúde Municipal; Assessores de Saúde Mental e Assessores de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

1. Como avalia a situação anterior do município na sua área? Qual o quadro específico na assistência à saúde mental e à saúde da pessoa portadora de deficiência?
2. Quais as correspondentes propostas que sua gestão pretendeu implementar?
3. De que forma essas propostas foram construídas?
4. Quais as razões da opção por essas propostas?
5. Quais as dificuldades antevistas?
6. Quais as estratégias pensadas para a implementação daquelas propostas?
7. Na área de recursos humanos e, particularmente, no que se refere aos terapeutas ocupacionais, quais razões levaram à decisão de sua incorporação nas equipes de saúde dos serviços municipais? Qual o perfil exigido desses profissionais? Quais as propostas para sua capacitação e reciclagem?
8. Como foi, na prática, a dinâmica da implementação das propostas de sua gestão?
9. Quais as limitações concretas enfrentadas, em termos de recursos materiais (estrutura física, equipamentos, manutenção, etc.) e de recursos humanos (existência de vagas, verbas para contratação, formação e supervisão adequada dos profissionais, etc.)? Qual sua avaliação sobre o impacto do trabalho dos terapeutas ocupacionais no contexto da assistência?
10. Na sua opinião, o que foi de fato implementado?
11. Que expectativas se tinha sobre a permanência das propostas implementadas?
12. Qual sua avaliação atual sobre essa permanência?
13. Qual a razão da não implementação das propostas, se for o caso?
14. O que você gostaria de ter concretizado?

I.2 Gestores regionais e distritais:

Administradores da ARS-6; Coordenadores do Programa de Atenção à Saúde Mental da ARS-6; Coordenadores do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência; Coordenadores dos Programas nos Distritos.

As perguntas abaixo devem ser respondidas tendo como referência a região e distritos municipais de saúde respectivos.

1. Como avalia a situação anterior do município na sua área e o quadro específico na assistência à saúde mental e à saúde da pessoa portadora de deficiência?
2. Quais as correspondentes propostas que sua gestão pretendeu implementar?
3. De que forma essas propostas foram construídas?
4. Quais as razões da opção por essas propostas?
5. Quais as dificuldades antevistas?
6. Quais as estratégias pensadas para a implementação daquelas propostas?
7. Na área de recursos humanos e, particularmente, no que se refere aos terapeutas ocupacionais, quais razões levaram à solicitação de sua incorporação nas equipes de saúde dos serviços municipais?
8. Como foi, na prática, a dinâmica da implementação das propostas?
9. Quais as limitações concretas enfrentadas, em termos de recursos materiais (estrutura física, equipamentos, manutenção, etc.) e de recursos humanos (existência de vagas, verbas para contratação, formação e supervisão adequada dos profissionais, etc.)? Qual sua avaliação sobre o impacto do trabalho dos terapeutas ocupacionais no contexto da assistência?
10. Na sua opinião, o que foi de fato implementado?
11. Que expectativas se tinha sobre a permanência das propostas implementadas?
12. Qual sua avaliação atual sobre essa permanência?
13. Qual foi o acolhimento da população às propostas?

I.2 Gestores locais:

Responsáveis pelos serviços de saúde

1. Como avalia a situação anterior do município e o quadro específico na assistência à saúde mental e/ou à saúde da pessoa portadora de deficiência no serviço de saúde sob sua direção?
2. Como foram recebidas, no seu serviço, as propostas de mudanças da nova gestão?
3. Qual a sua avaliação do grau de correspondência entre as propostas formuladas e as demandas do serviço?
4. Houve participação do serviço na formulação das propostas?
5. Quais as dificuldades percebidas pelo serviço para implementação daquelas propostas?
6. Quais as estratégias pensadas para a implementação daquelas propostas?
7. Na área de recursos humanos e, particularmente, no que se refere aos terapeutas ocupacionais, quais razões levaram à solicitação de sua incorporação nas equipes de saúde dos serviços municipais?
8. Como foi, na prática, a dinâmica da implementação das propostas?
9. Quais as limitações concretas enfrentadas, em termos de recursos materiais (estrutura física, equipamentos, manutenção, etc.) e de recursos humanos (existência de vagas, verbas para contratação, formação e supervisão adequada dos profissionais, etc.)? Qual sua avaliação sobre o impacto do trabalho dos terapeutas ocupacionais no contexto da assistência?
10. Na sua opinião, o que foi de fato implementado?
11. Que expectativas se tinha sobre a permanência das propostas implementadas?
12. Qual sua avaliação atual sobre essa permanência?
13. Qual foi o acolhimento da população às propostas?

II. Técnicos:

Os componentes dos serviços de saúde municipais variavam conforme o equipamento.

De maneira geral compreendiam: médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, educadores em saúde pública, auxiliares de enfermagem, auxiliares de farmácia, auxiliares administrativos, serventes e vigias.

II.1 Técnicos em geral (exceto terapeutas ocupacionais):

1. Porque você decidiu trabalhar na Prefeitura?
2. O que mudou concretamente no dia-a-dia do trabalho durante a gestão 89/92?
3. O que você acha que essa gestão, através de suas propostas, pretendeu implementar na assistência à saúde mental e/ou à saúde da pessoa portadora de deficiência? Quais os principais pontos positivos e/ou negativos percebidos na proposta?
4. Como você viu o processo de construção e implementação das propostas?
5. Como você descreve seu trabalho com a população?
6. Quais eram as condições objetivas, tais como existência (ou não) de espaço físico apropriado, equipamentos, materiais e recursos humanos e de que forma isso influenciava seu trabalho?
7. Você considera que sua formação profissional era adequada à realização do trabalho proposto?
8. Qual sua avaliação da contribuição do ... (categoria profissional) ... para a implementação das propostas?
9. Qual sua avaliação da contribuição do terapeuta ocupacional para a implementação das propostas?
10. O que você acha que foi de fato implementado de novo?
11. O que você acha que permanece na atual gestão?
12. Porque continua trabalhando na Prefeitura (ou porque resolveu deixar o trabalho na Prefeitura)?

II.2 Terapeutas ocupacionais:

1. Porque você decidiu trabalhar na Prefeitura?
2. O que você acha que essa gestão, através de suas propostas, pretendeu implementar na assistência à saúde mental e/ou à saúde da pessoa portadora de deficiência? Quais os principais pontos positivos e/ou negativos percebidos na proposta?
3. Como você viu o processo de construção e implementação das propostas?
4. Na sua opinião, quais as razões da incorporação do terapeuta ocupacional nos serviços de saúde municipais?
5. Como você descreve seu trabalho com a população? Detalhe:

- qual a rotina da equipe de trabalho?
- qual a rotina do trabalho do terapeuta ocupacional?
- quais eram os critérios de elegibilidade da clientela?
- qual era a clientela do serviço?
- qual era a clientela atendida pelo terapeuta ocupacional?
- de que forma era atendida essa clientela (principais métodos, técnicas e recursos)?
- qual era a relação com os diferentes serviços de saúde da região e com a comunidade?

6. Quais eram as condições objetivas, tais como existência (ou não) de espaço físico apropriado, equipamentos, materiais e recursos humanos e de que forma isso influenciava seu trabalho?
7. Você considera que sua formação profissional era adequada à realização do trabalho proposto? Com respeito a esse ponto detalhe a relação entre sua formação acadêmica e necessidades concretas na atuação prática.
8. A partir daí, o que você acha que deveria mudar na formação dos terapeutas ocupacionais?
9. Que tipo de formação de pós-graduação (supervisão, especialização, reciclagem, mestrado, etc.) você considera que seria desejável para o trabalho desenvolvido?
10. O que você tem conseguido fazer para melhorar sua formação profissional, na perspectiva de fundamentar a sua prática?
11. Qual sua avaliação da contribuição do terapeuta ocupacional para a implementação das propostas?
12. O que você acha que foi de fato implementado de novo?
13. O que você acha que permanece na atual gestão?
14. Porque continua trabalhando na Prefeitura (ou porque resolveu deixar o trabalho na Prefeitura)?

III. Usuários:

Identificação:

Nome do usuário

Nome de quem respondeu as questões

Nome do serviço utilizado

1. O que levou o usuário a procurar o serviço:

1.1 Por que você resolveu procurar o serviço?

1.2 O que você tinha quando chegou ao serviço?

1.3 O que você esperava/queria do serviço?

2. O que o usuário encontrou no serviço; como o usuário avalia o serviço:

2.1 O que você fazia no serviço?

2.2 O que você acha do atendimento que recebeu no serviço?

2.3 Como era(m) o(s) lugar(es) do atendimento?

2.4 O que acha desse(s) lugar(es)?

2.5 Que profissionais o atendiam?

2.6 O que você acha do trabalho desses profissionais?

2.7 Você era atendido por terapeutas ocupacionais? Qual era o trabalho deles?

2.8 O trabalho desses terapeutas ocupacionais ajudou você?

2.9 Por que?

2.10 *[a ser feita para os usuários que freqüentaram o serviço tanto na gestão 89/92 quanto na gestão 93/96]*

Até 1992, a prefeita de São Paulo era a Luiza Erundina. De 1993 em diante, o prefeito foi Paulo Maluf. Você observou alguma diferença entre uma e outra época?

2.11 *[a ser feita para os usuários que responderam afirmativamente a última pergunta]*

Entre essas duas épocas, o que melhorou? O que piorou?

2.12 O que você esperava/queria, você encontrou no serviço?

3. Que sugestões o usuário tem a dar:

3.1 O que você acha que deveria mudar no serviço?

3.2 O que você acha que deveria continuar no serviço?

4. O que levou o usuário a abandonar o serviço:

4.1 Por que você deixou de ir (se for o caso) ao serviço?

4.2 Você procuraria de novo um serviço como esse?

IV. Organizações/movimentos da sociedade civil na área da saúde em geral e da saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência em particular

1. Qual a trajetória de sua organização/movimento na região?
2. Quais as principais reivindicações de sua organização/movimento?
3. Qual a avaliação de sua organização/movimento sobre os serviços de saúde da Prefeitura antes da gestão Erundina?
4. Como foram vistas as propostas de saúde da gestão Erundina para a assistência à saúde mental e/ou a saúde da pessoa portadora de deficiência?
5. Sua organização/movimento participou da elaboração e implementação das propostas?
6. Qual a avaliação de sua organização/movimento sobre o que foi realmente implementado na gestão Erundina?
7. Que importância é atribuída à incorporação de terapeutas ocupacionais às equipes de atendimento da Prefeitura?
8. Qual a avaliação de sua organização/movimento sobre a situação atual?

ANEXO 2

ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS DIFERENTES ATORES:

I - Gestores

I.1 Centrais

1. Carlos Neder - Secretário Municipal de Saúde, Gestão 89/92, 13/06/96, 27p.
2. Raul Cutait - Secretário Municipal de Saúde, Gestão 93/96, 26/09/96, 23p.
3. Nacile Daud Jr. - Assessor de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, Gestão 89/92, 13 e 17/07/96, 79p.
4.Carmen Silva P.L. Mazelli - Assessora de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, Gestão 93/96, 10/95 - não gravada.
5. Rosa de Lourdes Santos - Assessora de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência da Secretaria Municipal de Saúde, Gestão 89/92, 14/10/93 (Entrevista 1), 12p., 23/05/96 (Entrevista 2), 23p.
6. José Torres Assunção - Assessor de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência da Secretaria Municipal de Saúde, Gestão 93/96, 10/95 e 29/05/96, 25p.
7. Isamara Gouvea - Diretora de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, Gestão 89/92, 15/08/96, 28p.
8. João Marcolan - Responsável por cursos de formação de recursos humanos na área de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde, Gestões 89/92 e 93/96, 30/05/96, não gravada.

I.2 Regionais e Distritais

1. Jorge Kayano - Diretor da Administração Regional de Saúde 6 (ARS-6), Gestão 89/92, 06/05/96, 40p.
2. Gilberto Eiji Moryiama - Diretor da ARS-6, Gestão93/96, 10/95, não gravada.
3. Sérgio Matsudo - Assessor da Diretoria da ARS-6, Gestão93/96, 10/95 e 28/03/96, não gravada.
4. Isabel Cristina Lopes - Interlocutora de Saúde Mental da ARS-6, Gestão 89/92, 20/06/96, 48p.
5. João Coimbra - Interlocutor de Saúde Mental da ARS-6 e do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 10/04/96, 18p.

6. Paulete Silva - Interlocutora de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência da ARS-6, Gestão 93/96, 10/95, não gravada.

7. Sandra Tavares - Interlocutora de Participação Popular da ARS-6 e do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 03/09/96, 30p.

8. Jackson Fernando de Rezende Vilela - Diretor do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 04/06/96, 25p.

9. José Martins - Diretor do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 03/09/96, 23p.

10. Wanderlei D'Angelo - Diretor do Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 20/08/96, não gravada.

11. Célia Cristina Portoleto - Diretora do Distrito de Itaim Paulista, Gestão89/92, 08/05/96, 16p.

12. Carlos Velucci - Diretor do Distrito de Itaim Paulista, Gestão 93/96, 20/08/96, 26p.

13. Sandra Taglieri - Interlocutora de Saúde Mental do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 16/05/96, 48p.

14. Ana Maria Galluzzi - Interlocutora de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e da Implantação do Hospital Municipal do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 25/04/96, 65p.

15. Bárbara Vicentim - Interlocutora de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 15/05/96, não gravada.

16. Celina Antonia de Aquino - Diretora de Recursos Humanos da Saúde do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 26/06/96, 24p.

17. Floriano - Interlocutor de Saúde Mental do Distrito de São Miguel, Gestão 89/92, 05/94 (em vídeo) e 12/04/96, não gravada.

18. Arnaldo C. Brandt - Interlocutor de Saúde Mental do Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 10/04/96, 18p.

19. Evani Moura Freitas - Interlocutora de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 23/05/96, 10p.

20. Conceição Aparecida Peres Munhões - Interlocutora de Saúde Mental, de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, de Movimentos Populares e de Recursos Humanos do Distrito de Itaim Paulista, Gestão 89/92, 22/05/96, 19p.

21. Laércio Dias dos Santos - Interlocutor de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Distrito de Itaim Paulista, Gestão 93/96, 07/05/96, 20p.

I.3 Locais

1. Jõao Coimbra - Chefe da Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 10/04/96, 18p.
2. Maria de Lourdes Koara - Chefe da Unidade de Reabilitação do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 23/05/96, 18p.
3. Marisa Ferferman - Chefe do Hospital-Dia do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 09//07/96, 24p.
4. Ana Cristina - Chefe do Hospital-Dia do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 29/04/96, 14p.
5. Erondina Santana Frederico - Chefe do Centro de Convivência e Cooperativa do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 16/05/96, 26p.
6. Maria Cristina - Chefe da Unidade Básica de Saúde "Pedro de Souza Campos" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 18/06/96, não gravada.
7. Sandra Tavares - Chefe da Unidade Básica de Saúde "Dr. Carlos Olivaldo Muniz" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 03/09/96, 30p.
8. Arnaldo C. Brandt - Chefe do Serviço de Psiquiatria do Hospital Municipal "Tide Setubal", Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 10/04/96, 18p.
9. Valéria Nador - Chefe do Hospital-Dia do Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 17/04/96, 24p.
10. Floriano - Chefe do Centro de Convivência e Cooperativa "Parque Chico Mendes", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 05/94 (em vídeo) e 12/04/96, não gravada.
11. Ana Cristina - Chefe da Unidade Básica de Saúde "Jardim Helena", Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 02/07/96, 15p.
12. Denise Jorge Molina - Chefe do Centro de Convivência e Cooperativa "Parque Santa Amélia", Distrito de Itaim Paulista, Gestões 89/92 e 93/96, 02/05/96, 21p.
13. Judith Aoki Rodrigues - Chefe do Centro de Convivência e Cooperativa "Parque Santa Amélia", Distrito de Itaim Paulista, Gestão 93/96, 10/04/96, 16p.
14. Maria Ventura Maiate - Chefe da Unidade Básica de Saúde "Jardim Camargo Novo", Distrito de Itaim Paulista, Gestão 93/96, 18/09/96, 20p.

II - Técnicos

II. 1 Técnicos em geral (exceto terapeuta ocupacional)

1. João Coimbra - Psiquiatra da Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 10/04/96, 18p.

2. Maria de Lourdes Koara - Fisioterapeuta da Unidade de Reabilitação do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 23/05/96, 18p.

3. Simone - Fisioterapeuta da Unidade de Reabilitação do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 23/05/96, 18p.

4. Nancy Santos- Fonoaudióloga da Unidade de Reabilitação do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 22/05/96, 18p.

5. Ivani Zanon dos Santos Dias - Assistente Social do Hospital-Dia do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 06/05/96, 22p.

6. Ana Cristina - Psiquiatra do Hospital-Dia do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 29/04/96, 14p.

7. Marisa Feferman - Psicóloga do Hospital-Dia do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 09/07/96, 20p.

8. Erondina Santana Frederico- Assistente Social do Centro de Convivência e Cooperativa do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 16/05/96, 26p.

9. Isabel Cristina Lopes - Psicóloga do Centro de Convivência e Cooperativa do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 20/06/96, 48p.

10. Marli de Campos Azevedo - Psiquiatra da Unidade Básica de Saúde "Pedro de Souza Campos" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 11/06/96, 9p.

11. Maria Cristina - Pediatra da Unidade Básica de Saúde "Pedro de Souza Campos" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 18/06/96, não gravada.

12. Leila Moreira de Campos - Fonoaudióloga da Unidade Básica de Saúde "Pedro de Souza Campos" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 28/05/96, 16p.

13. Angela Alves Martins - Fisioterapeuta da Unidade Básica de Saúde "Pedro de Souza Campos" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 18/06/96, 11p.

14. Maria Helena - Psiquiatra da Unidade Básica de Saúde da "Vila Císper" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 23/04/96, 9p.

15. Maria Aparecida Perrone - Psicóloga da Unidade Básica de Saúde "Dr.Carlos Olivaldo Muniz" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 07/05/96, 14p.

16. Cristina - Fonoaudióloga da Unidade Básica de Saúde "Dr.Carlos Olivaldo Muniz" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 29/05/96, não gravada.

17. Arnaldo C. Brandt - Psiquiatra do Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Municipal "Tide Setubal", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 10/04/96, 18p.

18. Edna - Psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Municipal "Tide Setubal", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 10/95, não gravada.

19. Valéria Nador - Psiquiatra do Hospital-Dia do Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 17/04/96, 24p.

20. Celeste Maria de Oliveira - Assistente Social do Hospital-Dia do Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 17/04/96, 19p.

21. Floriano - Psicólogo do Centro de Convivência e Cooperativa "Parque Chico Mendes", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 05/94 (em vídeo) e 12/04/96, não gravada.

22. Ana Cristina - Pediatra da Unidade Básica de Saúde "Vila Jacuí" e "Jardim Helena", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 02/07/96, 15p.

23. Marilene Rodrigues - Psicóloga da Unidade Básica de Saúde "Jardim Helena", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 22/05/96, 8p.

24. Simone de Miranda Ventura - Fonoaudióloga da Unidade Básica de Saúde "Vila Jacuí", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 15/05/96, 39p.

25. Meire Sleiman Rizzatto - Psicóloga da Unidade Básica de Saúde "Vila Jacuí", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 15/05/96, 39p.

26. Rosângela de Sousa Correa Leite - Fisioterapeuta da Unidade Básica de Saúde "Vila Jacuí", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 15/05/96, 39p.

27. Maria Aparecida - Psicóloga do Hospital-Dia e da Unidade Básica de Saúde "Vila Progresso", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 09/07/96, 24p.

28. Denise Jorge Molina - Psicóloga do Centro de Convivência e Cooperativa "Parque Santa Amélia", Distrito de Itaim Paulista, Gestões 89/92 e 93/96, 02/05/96, 21p.

29. Judith Aoki Rodrigues - Psicóloga do Centro de Convivência e Cooperativa "Parque Santa Amélia", Distrito de Itaim Paulista, Gestão 93/96, 10/04/96, 16p.

30. Maria Ventura Maiate - Enfermeira da Unidade Básica de Saúde "Jardim Camargo Novo", Distrito de Itaim Paulista, Gestão 93/96, 18/09/96, 20p.

31. Célia Cristina Portoleto - Dentista da Unidade Básica de Saúde "Jardim Camargo Novo", Distrito de Itaim Paulista, Gestão 93/96, 08/05/96, 16p.

32. Laércio Dias dos Santos - Fisioterapeuta da Unidade Básica de Saúde "Jardim Camargo Novo", do Distrito de Itaim Paulista, Gestões 89/92 e 93/96, 07/05/96, 20p.

33. Maria das Dores Oliveira Bettini - Psicóloga da Unidade Básica de Saúde "Dr. Atualpa Girão Rabelo", Distrito de Itaim Paulista, Gestões 89/92 e 93/96, 08/05/96, 34p.

II.2 Terapeutas Ocupacionais

1. Stella Maris Nicolau - Emergência e Enfermaria Psiquiátricas do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92; Hospital-Dia, Distrito de Butantã, Gestão 93/96, 10/07/92 (Entrevista 1), 24p., 20/08/96 (Entrevista 2), 26p.
2. Maria Tereza Carmélia Preto - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 23//05/96, 26p.
3. Márcia Cristina Polon - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 04/96, 23p.
4. Nídia Ide - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 04/96, 23p.
5. Rosane Gasparini - Hospital-Dia do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 17 e 24/04/96, 49p.
6. Marisa - Hospital-Dia do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 17 e 24/04/96, 49p.
7. Sandra Taglieri - Centro de Convivência e Cooperativa do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 16/05/96, 38p.
8. Ana Maria Galluzzi - Centro de Convivência e Cooperativa do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 25/04/96, 55p.
9. Marlene Estábile Buceroni - Unidade Básica de Saúde "Pedro de Souza Campos" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 23/04 e 16/05/96, 28p.
10. Viviane de Faria Sampaio - Centro de Convivência e Cooperativa e Unidade Básica de Saúde da "Vila Círsper" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 24/04/96, 12p.
11. Renata Genesini Galvão - Unidade Básica de Saúde "Dr.Carlos Olivaldo Muniz" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 29/05/96, 11p.
12. Mônica Alves de Moura Marques - Enfermaria Pediátrica do Hospital Municipal "Tide Setubal", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 03/05/96, 22p.
13. Maria Lília Veríssimo - Enfermaria Pediátrica do Hospital Municipal "Tide Setubal", Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 03/05/96, 22p.
14. Francisca Maria de Queiroz - Unidade Básica de Saúde "Vila Jacuí" e Hospital-Dia do Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 17/04/96, 37p.
15. Márcia de Oliveira Novaes - Centro de Convivência e Cooperativa "Parque Chico Mendes", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 24/04/96, 18p.

16. Cecília Konishi - Unidade Básica de Saúde “Jardim Maia”, Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 28/08/96, 16p.
17. Cristina Deres de Andrade - Unidade Básica de Saúde “Vila Nova Curuçá”, Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 30/04/96, 22p.

III. Usuários

1. Débora S. Costa - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal “Dr. Alípio Corrêa Neto”, Distrito de Ermelino Matarazzo, 10/97, 6p.
2. Ermelina Moreira - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal “Dr. Alípio Corrêa Neto”, Distrito de Ermelino Matarazzo, 15/07/97, 1p.
3. Valdinei Eusébio - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal “Dr. Alípio Corrêa Neto”, Distrito de Ermelino Matarazzo, 15/07/97, 3p.
4. Salomão Teixeira - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal “Dr. Alípio Corrêa Neto”, Distrito de Ermelino Matarazzo, 03/08/97, 7p.
5. Aparecida dos Santos - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal “Dr. Alípio Corrêa Neto”, Distrito de Ermelino Matarazzo, 08/07/97, 3p.
6. Joacil Ferreira - CECCO de Ermelino Matarazzo, 10/07/97, 10p.
7. André Caxias Polydoro - CECCO de Ermelino Matarazzo, 17/06/97, 4p.
8. Maria de Fátima Lima Silva - CECCO de Ermelino Matarazzo, 07/07/97, 4p.
9. Edvaldo Elias Guedes Pereira - CECCO de Ermelino Matarazzo, 08/97, 11p.
10. Maria de Fátima L. Pereira - CECCO de Ermelino Matarazzo, 07/97, não gravada.
11. Elena M. Francisco - Unidade Básica de Saúde “Pedro Nunes de Souza”, 10/07/97, 7p.
12. Moacir Martim - Unidade Básica de Saúde “Pedro Nunes de Souza”, 22/06/97, 5p.
13. Tiago S. Nascimento - Unidade Básica de Saúde “Pedro Nunes de Souza”, 08/07/97, 2p.
14. Jeferson Alexandre Guelere - Unidade Básica de Saúde “Pedro Nunes de Souza”, 11/07/97, 5p.
15. Rafael da Silva - Unidade Básica de Saúde “Pedro Nunes de Souza”, 09/97, 6p.
16. Kelly S. F. de Oliveira - Unidade Básica de Saúde “Pedro Nunes de Souza”, 06/97, não gravada.
17. Anderson Pereira de Brito - Unidade Básica de Saúde “Dr.Carlos Olivaldo Muniz”, 09/07/97, 3p.
18. Paloma M. de Souza - Unidade Básica de Saúde “Dr.Carlos Olivaldo Muniz”, 10/06/97, 5p.
19. Josefa Batista dos Santos - Hospital-Dia de São Miguel, 08/08/97, 3p.

20. Edson dos Santos - Hospital-Dia de São Miguel, 07/07/97, 3p.
21. Edélio Brito Neri - Hospital-Dia de São Miguel, 03/08/97, 7p.
22. Fábio Francisco dos Santos - Hospital-Dia de São Miguel, 10/97, 4p.
23. Neide de Melo Morais - Hospital-Dia de São Miguel,10/97, 4p
24. Isaac Teixeira de Carvalho - Hospital-Dia de São Miguel, 11p.
25. Maria Aparecida Marques - Hospital-Dia de São Miguel, 08/97, 6p.
26. Angelice Ferreira dos Santos - Hospital-Dia de São Miguel, 10/07/97, 5p.
27. Antônio de Melo Borges - Hospital-Dia de São Miguel, 16/07/97, 7p.
28. Aparecida Mira Santana - CECCO "Parque Chico Mendes", 30/07/97, 5p.
29. Genilda Assis Xavier - CECCO "Parque Chico Mendes", 09/97, 6p.
30. Davi dos Santos - CECCO "Parque Chico Mendes", 09/97, 4p.
31. Karina Nascimento Miranda - CECCO "Parque Chico Mendes", 09/08/97, 7p.
32. Eduardo Nascimento Miranda - CECCO "Parque Chico Mendes", 09/08/97, 7p.
33. Rita de Cássia Souza - Unidade Básica de Saúde "Jardim Helena", 22/07/97, 3p.
34. Maria Martins de Souza - Unidade Básica de Saúde "Jardim Helena", 09/97, 4p.
35. Cléber Luís dos Santos - Unidade Básica de Saúde "Jardim Helena", 10/97, 3p.

IV. Organizações/Movimentos da sociedade civil na área da saúde em geral e da saúde mental e da saúde da pessoa portadora de deficiência em particular

1. Padre Ticão - Igreja São Francisco de Ermelino Matarazzo; Movimento Popular da Zona Leste, 22/05/96, 17p.
2. Tereza Pugulin - Moradora de Ermelino Matarazzo; Movimento Popular da Zona Leste; Membro do Conselho Gestor do Distrito de Saúde de Ermelino Matarazzo e do Conselho Gestor do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", 23/05/96, 6p.
3. Florípes - Moradora de Ermelino Matarazzo; Movimento Popular da Zona Leste; Coordenadora da Associação Casa dos Deficientes de Ermelino Matarazzo, 23/05/96, 8p.
4. Frederico Soares de Lima - Morador de Ermelino Matarazzo; Movimento Popular da Zona Leste; Membro do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente; Membro do Conselho Gestor do Distrito de Saúde de Ermelino Matarazzo e do Conselho Gestor da UBS "Fidélis Ribeiro", 29/05/96, 8p.
5. Terezinha de Cássia S. Leão - Movimento Popular da Zona Leste; Membro do Conselho Gestor do Distrito de Saúde de Ermelino Matarazzo e do Conselho Gestor do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", 30/05/96, 18p.

6. Ana Athanásio de Oliveira - Moradora da Cidade Patriarca; Movimento Popular da Zona Leste; Movimento SOS Saúde Mental, 26/04 e 12/06/96, 24p.

7. Firmina - Moradora de São Miguel; Movimento Popular da Zona Leste; Membro da Comissão de Mulheres do Movimento de Saúde; Membro do Conselho Gestor do Distrito de Saúde São Miguel e do Serviço de Orientação à Família - SOF/Leste, 12/06/96,24p.

8. Pedra Dias Correa - Moradora de São Miguel; Movimento Popular da Zona Leste; Membro da Comissão de Mulheres do Movimento de Saúde; Membro do Conselho Gestor do Hospital Municipal do Tatuapé do SOF/Leste, 12/06/96, 24p.

9. Prudência Martins Apariz - Moradora de São Miguel; Movimento Popular da Zona Leste; Membro da Comissão de Mulheres do Movimento de Saúde e do SOF/Leste, 12/06/96, 24p.

10. Ivone Silva Fernandes - Moradora de São Miguel; Movimento Popular da Zona Leste; Membro da Comissão de Mulheres do Movimento de Saúde; Membro do Conselho Gestor do Distrito de Saúde São Miguel e do SOF/Leste, 12/06/96, 24p.

11. Ilza Castilho da Mota - Moradora do Itaim Paulista; Movimento Popular da Zona Leste; Membro da Comissão de Mulheres do Movimento de Saúde e do SOF/Leste, 12/06/96, 24p.

12. Nêga - Moradora do Itaim Paulista; Movimento Popular da Zona Leste; Membro da Comissão de Mulheres do Movimento de Saúde; Membro do Conselho Gestor do Distrito de Saúde do Itaim Paulista e do SOF/Leste, 12/06/96, 24p.

ANEXO 3

LISTAGEM DAS ENTREVISTAS REALIZADAS

1. Carlos Neder - Secretário Municipal de Saúde, Gestão 89/92, 13/06/96, 27p. (Médico)

2. Raul Cutait - Secretário Municipal de Saúde, Gestão 93/96, 26/09/96, 23p. (Médico)

3. Nacile Daud Jr. - Assessor de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, Gestão 89/92, 13 e 17/07/96, 79p. (Médico)

4. Carmen Silva P.L. Mazelli - Assessora de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, Gestão 93/96, 10/95 - não gravada.(Médica)

5. Rosa de Lourdes Santos - Assessora de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência da Secretaria Municipal de Saúde, Gestão 89/92, 14/10/93 (Entrevista 1), 12p., 23/05/96 (Entrevista 2), 23p. (Assistente Social)

6. José Torres Assunção - Assessor de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência da Secretaria Municipal de Saúde, Gestão 93/96, 10/95 e 29/05/96, 25p.(Médico)

7. Isamara Gouvea - Diretora de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, Gestão 89/92, 15/08/96, 28p. (Médica)

8. João Marcolam - Responsável por cursos de formação de recursos humanos na área de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde, Gestões 89/92 e 93/96, 30/05/96, não gravada.(Enfermeiro)

9. Jorge Kayano - Diretor da Administração Regional de Saúde 6 (ARS-6), Gestão 89/92, 06/05/96, 40p.(Médico)

10. Gilberto Eiji Moryiama - Diretor da ARS-6, Gestão93/96, 10/95, não gravada. (Médico)

11. Sérgio Matsudo - Assessor da Diretoria da ARS-6, Gestão93/96, 10/95 e 28/03/96, não gravada. (Médico)

12. Isabel Cristina Lopes - Interlocutora de Saúde Mental da ARS-6, Gestão 89/92, 20/06/96, 48p. (Psicóloga)

13. João Coimbra - Interlocutor de Saúde Mental da ARS-6 e do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 10/04/96, 18p. (Médico)

14. Paulete Silva - Interlocutora de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência da ARS-6, Gestão 93/96, 10/95, não gravada.

15. Sandra Tavares - Interlocutora de Participação Popular da ARS-6 e do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 03/09/96, 30p. (Enfermeira)

16. Jackson Fernando de Rezende Vilela - Diretor do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 04/06/96, 25p. (Médico)

17. José Martins - Diretor do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 03/09/96, 23p. (Médico)

18. Wanderlei D'Angelo - Diretor do Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 20/08/96, não gravada. (Médico)

19. Célia Cristina Portoleto - Diretora do Distrito de Itaim Paulista, Gestão89/92, 08/05/96, 16p. (Dentista)

20. Carlos Velucci - Diretor do Distrito de Itaim Paulista, Gestão 93/96, 20/08/96, 26p. (Médico)

21. Sandra Taglieri - Interlocutora de Saúde Mental do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 16/05/96, 48p. (Terapeuta Ocupacional)

22. Ana Maria Galluzzi - Interlocutora de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e da Implantação do Hospital Municipal do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 25/04/96, 65p. (Terapeuta Ocupacional)

23. Bárbara Vicentim - Interlocutora de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 15/05/96, não gravada.

24. Celina Antonia de Aquino - Diretora de Recursos Humanos da Saúde do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 26/06/96, 24p. (Assistente Social)

25. Floriano - Interlocutor de Saúde Mental do Distrito de São Miguel, Gestão 89/92, 05/94 (em vídeo) e 12/04/96, não gravada. (Psicólogo)

26. Arnaldo C. Brandt - Interlocutor de Saúde Mental do Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 10/04/96, 18p. (Médico)

27. Evani Moura Freitas - Interlocutora de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 23/05/96, 10p. (Assistente Social)

28. Conceição Aparecida Peres Munhões - Interlocutora de Saúde Mental, de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, de Movimentos Populares e de Recursos Humanos do Distrito de Itaim Paulista, Gestão 89/92, 22/05/96, 19p. (Psicóloga)

29. Laércio Dias dos Santos - Interlocutor de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Distrito de Itaim Paulista, Gestão 93/96, 07/05/96, 20p. (Fisioterapeuta)

30. Maria de Lourdes Koara - Chefe da Unidade de Reabilitação do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 23/05/96, 18p. (Fisioterapeuta)

31. Marisa Ferferman - Chefe do Hospital-Dia do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 09//07/96, 24p. (Psicóloga)

32. Ana Cristina - Chefe do Hospital-Dia do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 29/04/96, 14p. (Médica)

33. Erondina Santana Frederico - Chefe do Centro de Convivência e Cooperativa do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92, 16/05/96, 26p. (Assistente Social)

34. Maria Cristina - Chefe da Unidade Básica de Saúde "Pedro de Souza Campos" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 18/06/96, não gravada. (Médica)

35. Valéria Nador - Chefe do Hospital-Dia do Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 17/04/96, 24p. (Médica)

36. Ana Cristina - Chefe da Unidade Básica de Saúde "Jardim Helena", Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 02/07/96, 15p. (Médica)

37. Denise Jorge Molina - Chefe do Centro de Convivência e Cooperativa "Parque Santa Amélia", Distrito de Itaim Paulista, Gestões 89/92 e 93/96, 02/05/96, 21p. (Psicóloga)

38. Judith Aoki Rodrigues - Chefe do Centro de Convivência e Cooperativa "Parque Santa Amélia", Distrito de Itaim Paulista, Gestão 93/96, 10/04/96, 16p. (Psicóloga)

39. Maria Ventura Maiate - Chefe da Unidade Básica de Saúde "Jardim Camargo Novo", Distrito de Itaim Paulista, Gestão 93/96, 18/09/96, 20p. (Enfermeira)

40. Simone - Fisioterapeuta da Unidade de Reabilitação do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 23/05/96, 18p.

41. Nancy Santos - Fonoaudióloga da Unidade de Reabilitação do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 22/05/96, 18p.

42. Ivani Zanon dos Santos Dias - Assistente Social do Hospital-Dia do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 93/96, 06/05/96, 22p.

43. Marli de Campos Azevedo - Psiquiatra da Unidade Básica de Saúde "Pedro de Souza Campos" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 11/06/96, 9p.

44. Leila Moreira de Campos - Fonoaudióloga da Unidade Básica de Saúde "Pedro de Souza Campos" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 28/05/96, 16p.

45. Angela Alves Martins - Fisioterapeuta da Unidade Básica de Saúde "Pedro de Souza Campos" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 18/06/96, 11p.

46. Maria Helena - Psiquiatra da Unidade Básica de Saúde da "Vila Císper" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 23/04/96, 9p.

47. Maria Aparecida Perrone - Psicóloga da Unidade Básica de Saúde "Dr.Carlos Olivaldo Muniz" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 07/05/96, 14p.

48. Cristina - Fonoaudióloga da Unidade Básica de Saúde "Dr.Carlos Olivaldo Muniz" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 29/05/96, não gravada.

49. Celeste Maria de Oliveira - Assistente Social do Hospital-Dia do Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 17/04/96, 19p.

50. Edna - Psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Municipal "Tide Setúbal", Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 10/95, não gravada.

51. Marilene Rodrigues - Psicóloga da Unidade Básica de Saúde "Jardim Helena", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 22/05/96, 8p.

52. Simone de Miranda Ventura - Fonoaudióloga da Unidade Básica de Saúde "Vila Jacuí", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 15/05/96, 39p.

53. Meire Sleiman Rizzatto - Psicóloga da Unidade Básica de Saúde "Vila Jacuí", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 15/05/96, 39p.

54. Rosângela de Sousa Correa Leite - Fisioterapeuta da Unidade Básica de Saúde "Vila Jacuí", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 15/05/96, 39p.

55. Maria Aparecida - Psicóloga do Hospital-Dia e da Unidade Básica de Saúde "Vila Progresso", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 09/07/96, 24p.

56. Maria das Dores Oliveira Bettini - Psicóloga da Unidade Básica de Saúde "Dr. Atualpa Girão Rabelo", Distrito de Itaim Paulista, Gestões 89/92 e 93/96, 08/05/96, 34p.

57. Stella Maris Nicolau - Terapeuta Ocupacional da Emergência e Enfermaria Psiquiátricas do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestão 89/92; Hospital-Dia do Distrito de Butantã, Gestão 93/96, 10/07/92 (Entrevista 1), 24p. e 20/08/96 (Entrevista 2), 26p.

58. Maria Tereza Carmélia Preto - Terapeuta Ocupacional da Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 23//05/96, 26p.

59. Márcia Cristina Polon - Terapeuta Ocupacional da Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 04/96, 23p.

60. Nídia Ide- Terapeuta Ocupacional da Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 04/96, 23p.

61. Rosane Gasparini - Hospital-Dia do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 17 e 24/04/96, 49p.

62. Marisa - Terapeuta Ocupacional do Hospital-Dia do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 17 e 24/04/96, 49p.

63. Marlene Estábile Buceroni - Terapeuta Ocupacional da Unidade Básica de Saúde "Pedro de Souza Campos" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 23/04 e 16/05/96, 28p.

64. Viviane de Faria Sampaio - Terapeuta Ocupacional do Centro de Convivência e Cooperativa e Unidade Básica de Saúde da "Vila Círsper" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 24/04/96, 12p.

65. Renata Genesini Galvão - Terapeuta Ocupacional da Unidade Básica de Saúde "Dr.Carlos Olivaldo Muniz" do Distrito de Ermelino Matarazzo, Gestões 89/92 e 93/96, 29/05/96, 11p.

66. Mônica Alves de Moura Marques - Terapeuta Ocupacional da Enfermaria Pediátrica do Hospital Municipal "Tide Setubal", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 03/05/96, 22p.

67. Maria Lília Veríssimo - Terapeuta Ocupacional da Enfermaria Pediátrica do Hospital Municipal "Tide Setubal", Distrito de São Miguel, Gestão 93/96, 03/05/96, 22p.

68. Francisca Maria de Queiroz - Terapeuta Ocupacional da Unidade Básica de Saúde "Vila Jacuí" e Hospital-Dia do Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 17/04/96, 37p.

69. Márcia de Oliveira Novaes - Terapeuta Ocupacional do Centro de Convivência e Cooperativa "Parque Chico Mendes", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 24/04/96, 18p.

70. Cecília Konishi - Terapeuta Ocupacional da Unidade Básica de Saúde "Jardim Maia", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 28/08/96, 16p.

71. Cristina Deres de Andrade - Terapeuta Ocupacional da Unidade Básica de Saúde "Vila Nova Curuçá", Distrito de São Miguel, Gestões 89/92 e 93/96, 30/04/96, 22p.

72. Padre Ticão - Igreja São Francisco de Ermelino Matarazzo; Movimento Popular da Zona Leste, 22/05/96, 17p.

73. Tereza Pugulin - Moradora de Ermelino Matarazzo; Movimento Popular da Zona Leste; Membro do Conselho Gestor do Distrito de Saúde de Ermelino Matarazzo e do Conselho Gestor do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", 23/05/96, 6p.

74. Florípes - Moradora de Ermelino Matarazzo; Movimento Popular da Zona Leste; Coordenadora da Associação Casa dos Deficientes de Ermelino Matarazzo, 23/05/96, 8p.

75. Frederico Soares de Lima - Morador de Ermelino Matarazzo; Movimento Popular da Zona Leste; Membro do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente; Membro do Conselho Gestor do Distrito de Saúde de Ermelino Matarazzo e do Conselho Gestor da UBS "Fidelis Ribeiro", 29/05/96, 8p.

76. Terezinha de Cássia S. Leão - Movimento Popular da Zona Leste; Membro do Conselho Gestor do Distrito de Saúde de Ermelino Matarazzo e do Conselho Gestor do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", 30/05/96, 18p.

77. Ana Athanásio de Oliveira - Moradora da Cidade Patriarca; Movimento Popular da Zona Leste; Movimento SOS Saúde Mental, 26/04 e 12/06/96, 24p.

78. Firmina - Moradora de São Miguel; Movimento Popular da Zona Leste; Membro da Comissão de Mulheres do Movimento de Saúde; Membro do Conselho Gestor do Distrito de Saúde São Miguel e do Serviço de Orientação à Família - SOF/Leste, 12/06/96,24p.

79 Pedra Dias Correa - Moradora de São Miguel; Movimento Popular da Zona Leste; Membro da Comissão de Mulheres do Movimento de Saúde; Membro do Conselho Gestor do Hospital Municipal do Tatuapé do SOF/Leste, 12/06/96, 24p.

80. Prudência Martins Apariz - Moradora de São Miguel; Movimento Popular da Zona Leste; Membro da Comissão de Mulheres do Movimento de Saúde e do SOF/Leste, 12/06/96, 24p.

81. Ivone Silva Fernandes - Moradora de São Miguel; Movimento Popular da Zona Leste; Membro da Comissão de Mulheres do Movimento de Saúde; Membro do Conselho Gestor do Distrito de Saúde São Miguel e do SOF/Leste, 12/06/96, 24p.

82. Ilza Castilho da Mota - Moradora do Itaim Paulista; Movimento Popular da Zona Leste; Membro da Comissão de Mulheres do Movimento de Saúde e do SOF/Leste, 12/06/96, 24p.

83. Nêga - Moradora do Itaim Paulista; Movimento Popular da Zona Leste; Membro da Comissão de Mulheres do Movimento de Saúde; Membro do Conselho Gestor do Distrito de Saúde do Itaim Paulista e do SOF/Leste, 12/06/96, 24p.

84. Débora. S. Costa - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", Distrito de Ermelino Matarazzo, 10/97, 6p.

85. Ermelina Moreira - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", Distrito de Ermelino Matarazzo, 15/07/97, 1p.

86. Valdinei Eusébio - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", Distrito de Ermelino Matarazzo, 15/07/97, 3p.

87. Salomão Teixeira - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", Distrito de Ermelino Matarazzo, 03/08/97, 7p.

88. Aparecida dos Santos - Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Municipal "Dr. Alípio Corrêa Neto", Distrito de Ermelino Matarazzo, 08/07/97, 3p.

89. Joacil Ferreira - CECCO de Ermelino Matarazzo, 10/07/97, 10p.

90. André Caxias Polydoro - CECCO de Ermelino Matarazzo, 17/06/97, 4p.

91. Maria de Fátima Lima Silva - CECCO de Ermelino Matarazzo, 07/07/97, 4p.

92. Edvaldo Elias Guedes Pereira - CECCO de Ermelino Matarazzo, 08/97, 11p.

93. Maria de Fátima L. Pereira - CECCO de Ermelino Matarazzo, 07/97, não gravada.

94. Elena M. Francisco - Unidade Básica de Saúde "Pedro Nunes de Souza", 10/07/97, 7p.

95. Moacir Martim - Unidade Básica de Saúde “Pedro Nunes de Souza”, 22/06/97, 5p.

96. Tiago S. Nascimento - Unidade Básica de Saúde “Pedro Nunes de Souza”, 08/07/97, 2p.

97. Jeferson Alexandre Guelere - Unidade Básica de Saúde “Pedro Nunes de Souza”, 11/07/97, 5p.

98. Rafael da Silva - Unidade Básica de Saúde “Pedro Nunes de Souza”, 09/97, 6p.

99. Kelly S. F. de Oliveira - Unidade Básica de Saúde “Pedro Nunes de Souza”, 06/97, não gravada.

100. Anderson Pereira de Brito - Unidade Básica de Saúde “Dr.Carlos Olivaldo Muniz”, 09/07/97, 3p.

101. Paloma M. de Souza - Unidade Básica de Saúde “Dr.Carlos Olivaldo Muniz”, 10/06/97, 5p.

102. Josefa Batista dos Santos - Hospital-Dia de São Miguel, 08/08/97, 3p.

103. Edson dos Santos - Hospital-Dia de São Miguel, 07/07/97, 3p.

104. Edélio Brito Neri - Hospital-Dia de São Miguel, 03/08/97, 7p.

105. Fábio Francisco dos Santos - Hospital-Dia de São Miguel, 10/97, 4p.

106. Neide de Melo Morais - Hospital-Dia de São Miguel,10/97, 4p

107. Isaac Teixeira de Carvalho - Hospital-Dia de São Miguel, 11p.

108. Maria Aparecida Marques - Hospital-Dia de São Miguel, 08/97, 6p.

109. Angelice Ferreira dos Santos - Hospital-Dia de São Miguel, 10/07/97, 5p.

110. Antônio de Melo Borges - Hospital-Dia de São Miguel, 16/07/97, 7p.

111. Aparecida Mira Santana - CECCO “Parque Chico Mendes”, 30/07/97, 5p.

112. Genilda Assis Xavier - CECCO “Parque Chico Mendes”, 09/97, 6p.

113. Davi dos Santos - CECCO “Parque Chico Mendes”, 09/97, 4p.

114. Karina Nascimento Miranda - CECCO “Parque Chico Mendes”, 09/08/97, 7p.

115. Eduardo Nascimento Miranda - CECCO “Parque Chico Mendes”, 09/08/97, 7p.

116. Rita de Cássia Souza - Unidade Básica de Saúde “Jardim Helena”, 22/07/97, 3p.

117. Maria Martins de Souza - Unidade Básica de Saúde “Jardim Helena”, 09/97, 4p.

118. Cléber Luís dos Santos - Unidade Básica de Saúde “Jardim Helena”, 10/97, 3p.

ANEXO 4

DADOS COLETADOS NOS DIFERENTES SERVIÇOS, PARA CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS

I. Unidade de saúde.....

II. Nome.....

Endereço.....

III. Data de nascimento ..../..../....

IV. Data de inscrição ..../..../....

V. Moradia: 1.a. ( ) marido, esposa e/ou filhos
1.b. ( ) pais e/ou irmãos
1.c. ( ) parentes
1.d. ( ) amigos
1.e. ( ) sozinho
1.f. ( ) outro, especificar.....
1.g. ( ) nada consta

VI. Escolaridade: 2.a. ( ) primeiro grau incompleto
2.b. ( ) primeiro grau completo
2.c. ( ) segundo grau incompleto
2.d. ( ) segundo grau completo
2.e. ( ) terceiro grau incompleto
2.f. ( ) terceiro grau completo
2.g. ( ) outro, especificar.....
2.h. ( ) nada consta

VII. Encaminhado por:
3. ( ) profissional de saúde, isoladamente
4. ( ) serviço de saúde
4.a. qual?.....
5. ( ) outro tipo de encaminhamento
5.a. especificar.....

VIII. Motivo do encaminhamento:
6. especificar.....
.....
7. ( ) nada consta

IX. Hipótese diagnóstica
8. especificar.....
.....
9. ( ) nada consta

X. Tipo de acompanhamento anterior:

10. ( ) médico
    - 10.a. especificar.....
    - 10.b. freqüência.....
    - 10.c. duração.....
11. ( ) psicológico
    - 11.a. especificar.....
    - 11.b. freqüência.....
    - 11.c. duração.....
12. ( ) familiar
    - 12.a. especificar.....
    - 12.b. freqüência.....
    - 12.c. duração.....
13. ( ) internação
    - 13.a. ( ) em hospital psiquiátrico; instituição de reabilitação
    - 13.b. ( ) em hospital geral
14. ( ) terapêutico ocupacional
    - 14.a. especificar.....
    - 14.b. freqüência.....
    - 14.c. duração.....
15. ( ) outro (s)
    - 15.a. especificar.....
    - 15.b. freqüência.....
    - 15.c. duração.....

XI. Tipo de acompanhamento na unidade

16. ( ) médico
    - 16.a. especificar.....
    - 16.b. freqüência.....
    - 16.c. duração.....
17. ( ) psicológico
    - 17.a. especificar.....
    - 17.b. freqüência.....
    - 17.c. duração.....
18. ( ) familiar
    - 18.a. especificar.....
    - 18.b. freqüência.....
    - 18.c. duração.....
19. ( ) terapêutico ocupacional
    - 19.a. especificar.....
    - 19.b. freqüência.....
    - 19.c. duração.....
20. ( ) fonoaudiológico
    - 20.a. especificar.....
    - 20.b. freqüência.....
    - 20.c. duração.....
21. ( ) fisioterápico
    - 21.a. especificar.....
    - 21.b. freqüência.....
    - 21.c. duração.....

22. ( ) oficinas
    22.a. especificar.....
    22.b. freqüência.....
    22.c. duração.....
23. ( ) oficina
    23.a. especificar.....
    23.b. freqüência.....
    23.c. duração.....
24. ( ) oficina
    24.a. especificar.....
    24.b. freqüência.....
    24.c. duração.....
25. ( ) outros
    25.a. especificar.....
    25.b. freqüência.....
    25.c. duração.....
26. ( ) outros
    26.a. especificar.....
    26.b. freqüência.....
    26.c. duração.....
27. ( ) internação
    27.a. especificar.....
    27.b. freqüência.....
    27.c. duração.....

XII. Desligamento

Data de desligamento ..../..../....

28. ( ) encaminhado para outro serviço
    28.a. especificar.....
    28.b. motivo, especificar.....
    .....
29. ( ) alta
    29.a. ( ) a pedido
    29.b. ( ) motivo, especificar.....
    .....
    29.c. ( ) por decisão dos profissionais
    29.d. ( ) motivo, especificar.....
    .....
30. ( ) abandono

XIII. Observações

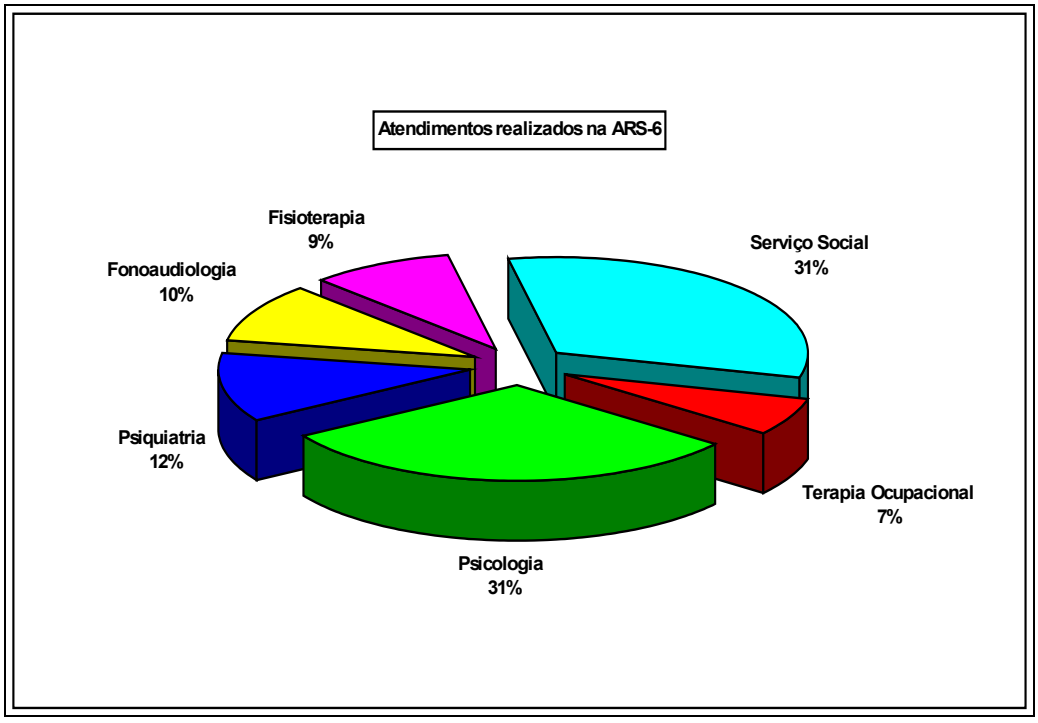
31. especificar.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO 5

DADOS ESTATÍSTICOS DOS ATENDIMENTOS NA ARS-6 E COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

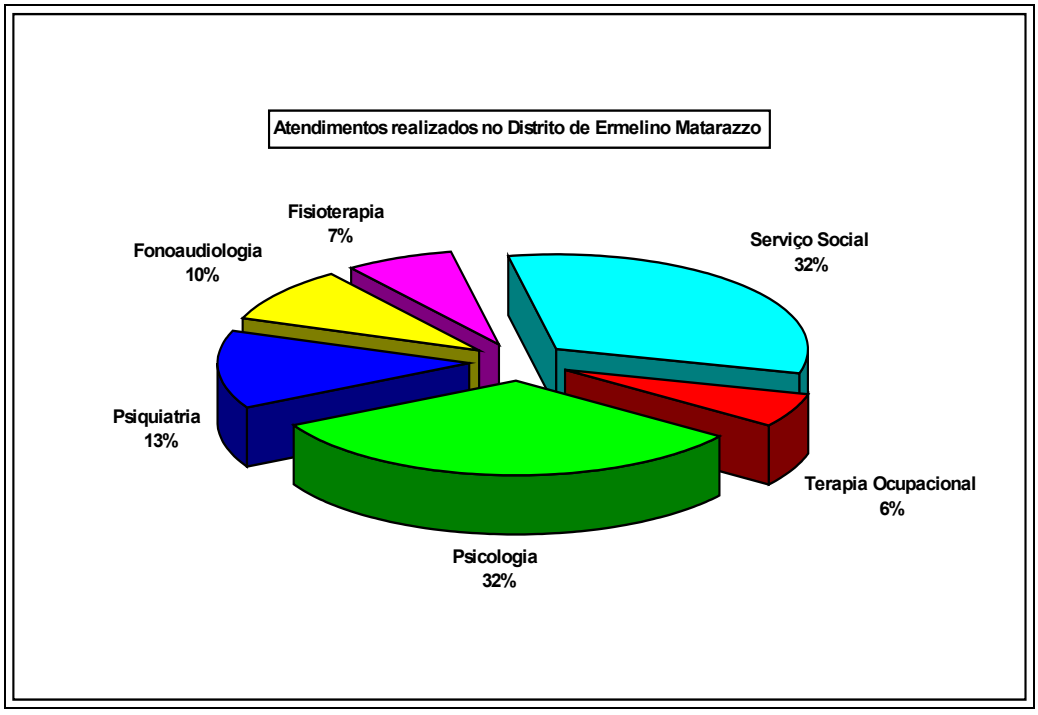
Atendimentos realizados na ARS-6

	1995	1994	1993	1992	1991	1990	ARN	S-6 %
Terapia Ocupacional	7887	6983	5718	2130			**22718**	**6.58**
Psicologia	27923	21449	20750	17731	7983	8969	**104805**	**30.54**
Psiquiatria	6410	9933	9741	10055	3173	1794	**41106**	**11.67**
Fonoaudiologia	9930	9562	8659	5150	1350		**34651**	**10.03**
Fisioterapia	12912	10949	7023	1377			**32261**	**9.13**
Serviço Social	43512	35091	21753	10516			**110872**	**32.01**
Total							**346413**	**100.00**



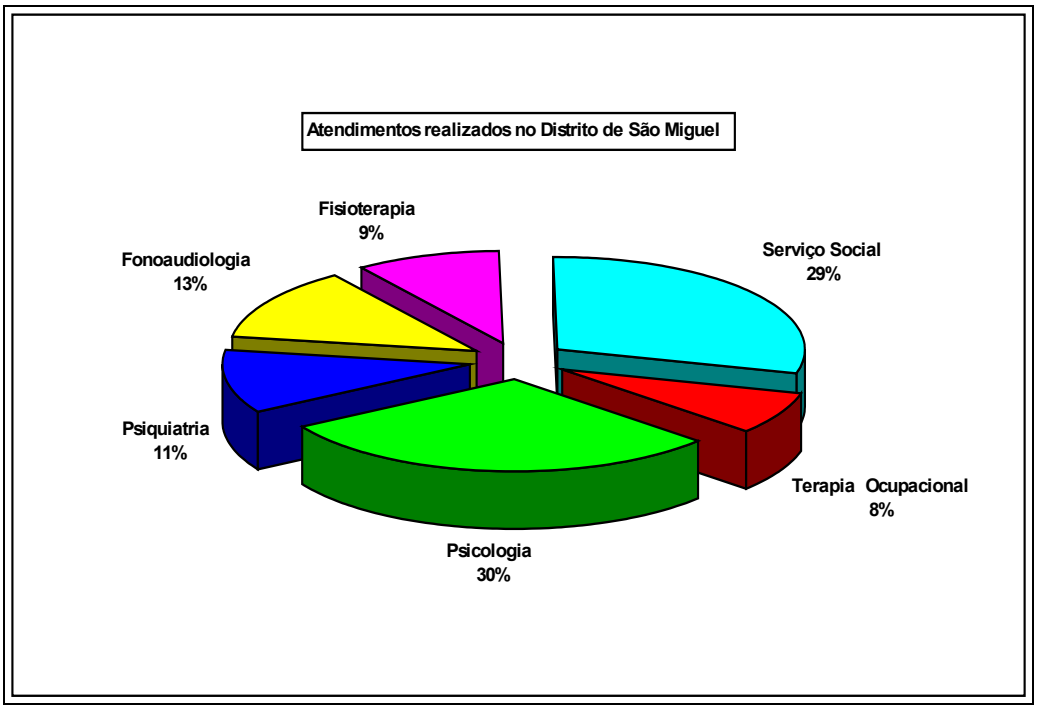
Atendimentos realizados no Distrito de Ermelino Matarazzo

	1995	1994	1993	1992	1991	1990	ARN	S-6 %
Terapia Ocupacional	3728	3033	2298	1811			**10870**	**6.03**
Psicologia	15289	11948	10120	9521	4838	6520	**58236**	**32.30**
Psiquiatria	4650	3883	4265	5861	3173	1794	**23626**	**13.06**
Fonoaudiologia	4432	3851	3546	3145	1350		**16324**	**9.55**
Fisioterapia	5369	3580	2499	614			**12062**	**6.91**
Serviço Social	25449	18021	10686	5001			**59157**	**32.15**
Total							**180275**	**100.00**



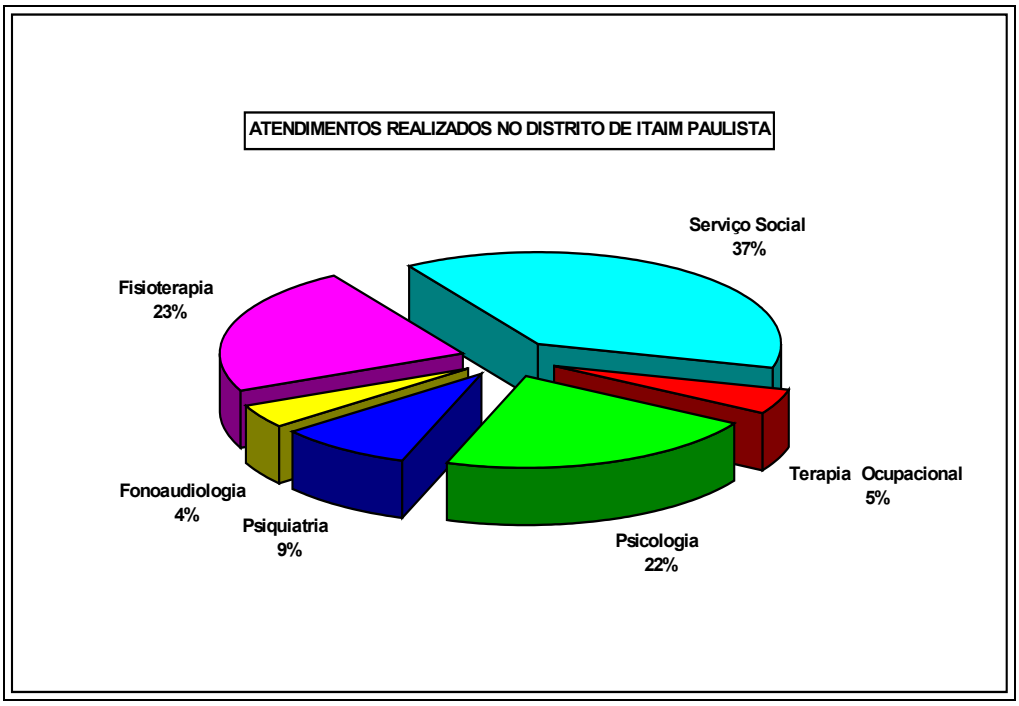
Atendimentos realizados no Distrito de São Miguel

	1995	1994	1993	1992	1991	1990	ARN	S-6 %
Terapia Ocupacional	3365	3379	3420	90			**10254**	**7.77**
Psicologia	11090	8479	7900	6113	3145	2449	**39176**	**29.69**
Psiquiatria	1760	5036	4455	3165			**14416**	**10.93**
Fonoaudiologia	5498	5711	4508	1156			**16873**	**12.79**
Fisioterapia	4032	5392	2945	75			**12444**	**9.43**
Serviço Social	13306	13263	8017	4196			**38782**	**29.39**
Total							**131945**	**100.00**



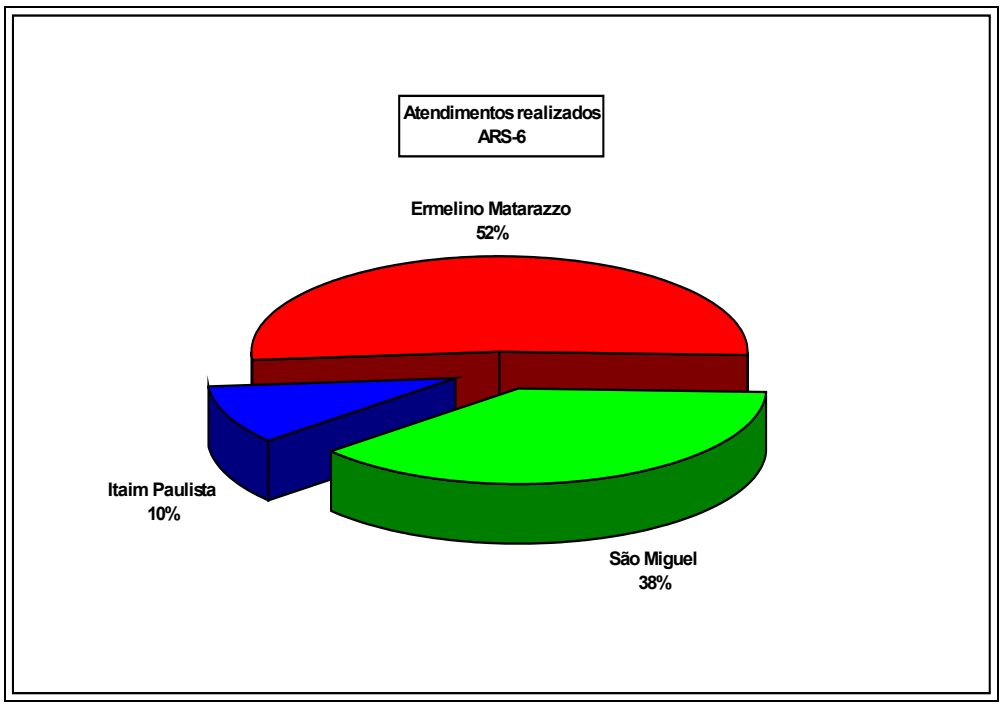
Atendimentos realizados no Distrito de Itaim Paulista

	1995	1994	1993	1992	1991	1990	ARN	S-6 %
Terapia Ocupacional	794	521		229			**1544**	**4.52**
Psicologia	1544	1022	2730	2097			**7393**	**21.65**
Psiquiatria		1014	1021	1029			**3064**	**8.97**
Fonoaudiologia			605	849			**1454**	**4.26**
Fisioterapia	3511	1977	1579	688			**7755**	**22.71**
Serviço Social	4757	3807	3050	1319			**12933**	**37.88**
Total							**34143**	**100.00**



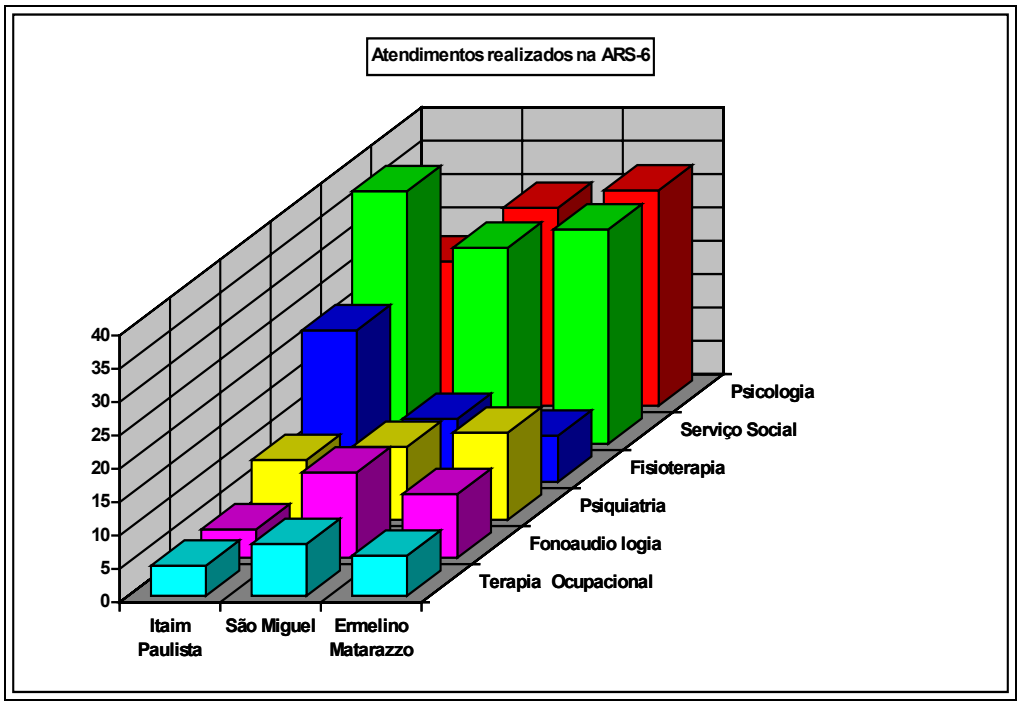
Atendimentos realizados

	Ermelino Matarazzo	São Miguel	Itaim Paulista	AR N	S-6 %
Terapia Ocupacional	10870	10254	1544	**22718**	**6.58**
Psicologia	58236	39176	7393	**104805**	**30.54**
Psiquiatria	23626	14416	3064	**41106**	**11.67**
Fonoaudiologia	16324	16873	1454	**34651**	**10.03**
Fisioterapia	12062	12444	7755	**32261**	**9.13**
Serviço Social	59157	38782	12933	**110872**	**32.01**
Total	**180275 52.05**	**131945 38.09**	**34143 9.86**	**346413 100.0**	**100.0**



Atendimentos realizados

	Ermelino Matarazzo	São Miguel	Itaim Paulista	ARS-6
Terapia Ocupacional	6.03	7.77	4.52	**6.58**
Psicologia	32.30	29.69	21.65	**30.34**
Psiquiatria	13.06	10.93	8.97	**11.67**
Fonoaudio Logia	9.55	12.79	4.26	**10.03**
Fisioterapia	6.91	9.43	22.71	**9.13**
Serviço Social	32.15	29.39	37.88	**32.01**
Total	100.0	100.0	100.0	**100.0**



AMOSTRA

Neste estudo, a amostra probabilística utilizada foi extraída a partir do cadastro de 22.718 atendimentos de Terapia Ocupacional, realizados na ARS-6 nos distritos de Ermelino Matarazzo, São Miguel e Itaim Paulista durante o período de 1990 a 1995 .

A tabela abaixo, apresenta a distribuição desses atendimentos por distrito e por tipo.

Atendimentos realizados

	Ermelino Matarazzo	São Miguel	Itaim Paulista	ARS-6 N	ARS-6 %
Terapia Ocupacional	10870	10254	1544	**22718**	**6.58**
Psicologia	58236	39176	7393	**104805**	**30.54**
Psiquiatria	23626	14416	3064	**41106**	**11.67**
Fonoaudio-logia	16324	16873	1454	**34651**	**10.03**
Fisioterapia	12062	12444	7755	**32261**	**9.13**
Serviço Social	59157	38782	12933	**110872**	**32.01**
Total	**180275**	**131945**	**34143**	**346413**	**100.0**

O tamanho da amostra foi fixado em **33 usuários para um nível de significância de 0,05 .**

A distribuição das entrevistas foi proporcional ao número de atendimentos em cada região.

O processo de seleção dos elementos da amostra foi realizado através de sorteio para garantir a representatividade da mesma.

ANEXO 6

DETALHAMENTO DOS TEMAS-GUIA DAS ENTREVISTAS, POR CONJUNTO DE ATORES

Este Anexo detalha, por conjunto de atores envolvidos, conforme abaixo discriminados, os aspectos que foram destacados, para análise e incorporação ao texto da tese, quando apropriado, nas respectivas entrevistas. O contexto geral a que aqui nos referimos está descrito em 'Procedimentos da pesquisa'. Passamos agora a categorizar, portanto, para cada conjunto de entrevistados, os correspondentes temas recorrentes.

I. Gestores

I.1 Gestores centrais:

A - Situação anterior

Avaliação do quadro de saúde encontrado no município;

B - Propostas

Propostas definidas no âmbito do município de São Paulo; razões para a opção por elas e visão sobre a metodologia de sua construção;

C - Processo

- Estratégias e formas de encaminhamento escolhidos para a implementação dessas propostas;
- Dificuldades e limitações apontadas nesse processo, em termos de recursos materiais, tais como estrutura física, equipamentos, manutenção e também quanto a recursos humanos - como por exemplo existência de vagas, verbas para contratação, formação e supervisão adequada dos profissionais;
- Avaliação da dinâmica processual, inclusive no que tange à aprovação e receptividade das propostas por parte de usuários, da população e dos movimentos sociais;
- Motivos dados para a incorporação do terapeuta ocupacional nas equipes de saúde dos serviços municipais - perfil apontado / sugerido / exigido para este profissional e considerações sobre o impacto de seu trabalho no contexto da assistência;
- Propostas para capacitação e reciclagem de recursos humanos em geral e terapeutas em particular, de forma a adequá-los às propostas em curso;
- Análise do que foi de fato implementado e do porque da não implantação e/ou da implantação parcial / insuficiente de algumas propostas.

D - Permanência

- Expectativas nutridas à época sobre a possível permanência futura das propostas implementadas;

- Avaliação atual sobre essa permanência;
- Considerações sobre o que poderia ter sido feito para dar a essas propostas maior estabilidade e durabilidade.

I.2 Gestores regionais e distritais:

A - Situação anterior

Avaliação do quadro de saúde encontrado na ARS-6 e nos Distritos;

B - Propostas

Propostas defendidas, no âmbito da ARS-6 e Distritos, em consonância com as políticas gerais definidas pela gestão 89/92 na área, para o nível municipal; razões para a opção por elas e visão sobre a metodologia de sua construção;

C - Processo

Aqui, as categorias são as mesmas de **I.1 Gestores Centrais / C - PROCESSO**, com a ressalva de que todas as considerações devem ter como referência a região e distritos municipais de saúde respectivos.

D - Permanência

Vale observação de igual teor à expressa no parágrafo anterior.

I.3 Gestores locais:

A - Situação anterior

Avaliação do quadro de saúde encontrado nos serviços de saúde;

B - Propostas

Propostas defendidas, no âmbito dos serviços de saúde, de forma a harmonizar as ações aí empreendidas com as demais, a nível de ARS-6 e do município de São Paulo; razões para a opção por elas e visão sobre a metodologia de sua construção;

C - Processo

Como em **I.1 Gestores centrais** e **I.2 Gestores regionais e distritais,** acima; as ponderações devem ter como norte o particular serviço. Além disso, cabe saber até que ponto o processo de geração / formulação / implantação das propostas se deu com (ou sem) a participação do serviço, de modo a compatibilizá-las com as demandas deste, dos usuários, da população; em particular, é adequado averiguar diretamente como, nos serviços, as propostas de mudanças da nova gestão foram recebidas e concretizadas.

D - Permanência

Como em **I.1 Gestores centrais** e **I.2 Gestores regionais e distritais,** tendo-se como referência, neste caso, o particular serviço.

II. Técnicos:

II.1 Técnicos em geral (exceto terapeutas ocupacionais):

A - Situação anterior

Os técnicos não foram chamados a opinar sobre o assunto, em parte por que não conheciam nem tiveram contato com a situação anterior na saúde municipal e em parte por que este tipo de avaliação não era seu mister;

B - Propostas

Visão dos técnicos sobre as propostas definidas no âmbito do município de São Paulo, da ARS-6 e dos serviços, e sua percepção sobre as razões / objetivos para a opção por elas, bem como sua opinião sobre a metodologia de sua construção, seus pontos negativos e positivos;

C - Processo

Diversas avaliações dos técnicos sobre o processo podem ser categorizadas, em especial em relação aos tópicos abaixo.

- Motivação para a busca de trabalho na prefeitura;
- Formas de encaminhamento escolhidas para a implementação das propostas;
- Dificuldades e limitações percebidas no processo, em termos de recursos materiais, tais como estrutura física, equipamentos, manutenção e também quanto a recursos humanos - como por exemplo existência de vagas, verbas para contratação, formação e supervisão adequada dos profissionais;
- Dinâmica processual, inclusive no que tange à aprovação e receptividade das propostas por parte de usuários, da população e dos movimentos sociais;
- Contribuição do trabalho desenvolvido para o contexto da assistência; idem em relação ao trabalho dos terapeutas ocupacionais;
- Adequação da formação profissional à realização do trabalho proposto;
- Análise do que foi de fato implementado e também do porque da não implantação e/ou da implantação parcial / insuficiente de algumas propostas.

D - Permanência

- Avaliação sobre a permanência das propostas implementadas anteriormente.

II.2 Terapeutas ocupacionais:

A - Situação anterior

Os terapeutas ocupacionais não foram chamados a opinar sobre o assunto, pelas mesmas razões que acima apresentamos para os técnicos em geral.

B - Propostas

Visão dos terapeutas ocupacionais sobre as propostas definidas no âmbito do município de São Paulo, da ARS-6 e dos serviços, e sua percepção sobre as razões / objetivos para a opção por elas, bem como sua opinião sobre a metodologia de sua construção, seus pontos negativos e positivos;

C - Processo

As avaliações dos terapeutas ocupacionais sobre o processo podem ser igualmente categorizadas, de acordo com os tópicos abaixo.

- Motivação para a busca de trabalho na prefeitura;
- Formas de encaminhamento escolhidas para a implementação das propostas;
- Dificuldades e limitações percebidas no processo, em termos de recursos materiais, tais como estrutura física, equipamentos, manutenção e também quanto a recursos humanos - como por exemplo existência de vagas, verbas para contratação, formação e supervisão adequada dos profissionais;
- Dinâmica processual, inclusive no que tange à aprovação e receptividade das propostas por parte de usuários, da população e dos movimentos sociais;
- Avaliação de sua contribuição para o contexto da assistência, analisados inclusive os critérios de elegibilidade da clientela, a rotina da equipe de trabalho, as ações individualizadas do terapeuta ocupacional e a relação destes elementos com os diferentes serviços de saúde da região e com a comunidade;
- Avaliação de como este profissional articulou (ou não) sua capacidade técnica em função de sua percepção das necessidades da população alvo das propostas;
- Adequação da formação profissional à realização do trabalho proposto;
- Propostas para sua capacitação e reciclagem, de forma a adequar o próprio perfil às exigências postas pelas propostas em curso;
- Análise do que foi de fato implementado e do porque da não implantação e/ou da implantação parcial / insuficiente de algumas propostas.

D - Permanência

- Avaliação sobre a permanência das propostas implementadas anteriormente.

III. Usuários:

A - Situação anterior

- Avaliação do quadro de saúde anteriormente existente;

B - Propostas

- Avaliação das propostas definidas pela gestão 89/92, no contexto específico.

C - Processo

- Aprovação (ou não) da implementação concreta dessas propostas (inovações consideradas positivas e deficiências apontadas);
- Análise da importância da incorporação / trabalho dos terapeutas ocupacionais;

D - Permanência

- Avaliação da situação atual.

IV. Organizações / movimentos da sociedade civil na área da saúde em geral e da saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência em particular.

A - Situação anterior

Avaliação do quadro de saúde encontrado no município - neste caso, as entrevistas correspondentes têm uma contribuição particular a oferecer à tese: a descrição da trajetória da respectiva organização / movimento na região, suas principais reivindicações e a avaliação desta sobre os serviços de saúde da Prefeitura no período;

B - Propostas

Propostas definidas para a área, no âmbito do município de São Paulo, da ARS-6 e dos serviços, pela gestão 89/92 - inclusive a visão das organizações / movimentos sobre suas eventuais contribuições para a elaboração daquelas propostas;

C - Processo

- Participação (ou não) das organizações / movimentos na implementação das propostas da gestão 89/92 - ou seja, o processo de construção e execução das propostas respeitou o princípio do debate permanente e democrático com a comunidade?; além disso, as propostas correspondiam às reivindicações das organizações / movimentos? Estes dois dados podem ter importância decisiva no grau de duração e de solidez das inovações políticas implantadas, pois essas organizações e movimentos têm uma importância significativa na definição da correlação de forças necessária à sustentação continuada dessas inovações - caso sejam de fato vistas como algo alcançado em parceria com a comunidade.
- Análise do que foi de fato implementado e do porque da não implantação e/ou da implantação parcial / insuficiente de algumas propostas;

D - Permanência

- Avaliação das organizações / movimentos sobre a situação atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKASHI, L.T. **O cidadão e a lei:** o caso específico da pessoa portadora de deficiência. São Paulo, 1992. 167p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

ALLEN, F., GRAHAM, J. Occupational therapy in Australia: a changing profession and changing attitudes. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 53, n. 9, p. 370-373, Sep. 1990.

ALVES, D.S.N. **A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil**. Santos : Prefeitura Municipal de Santos, 1996a. 10p. (Apostila)

ALVES, D.S.N. Por um programa brasileiro de apoio à desospitalização. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo : Hucitec, 1996b. p. 27-30.

ALVES SOBRINHO, E.J.M. **Carta ofício 018/96 [Sobre a implantação do sistema PAS na cidade de São Paulo]**. Brasília : Câmara dos Deputados, 11 abr. 1996.

AMARANTE, P.D.C. **O planejamento na desconstrução do aparato manicomial**. Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz/Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, 1991 (Apostila).

AMARANTE, P.D.C. **Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro : ENSP/FIOCRUZ, 1994a. 12p. (Apostila)

AMARANTE, P.D.C. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P.D.C. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1994b. p. 73-84.

AMARANTE, P.D.C. **Loucos pela vida:** trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro : SDE/ENSP : FIOCRUZ, 1995. 143p.

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1996. 141p.

AMARANTE, P.D.C. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1994c. 202p.

AMARANTE, P.D.C., BEZZERRA B.JR. (Org.) **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1992. 128p.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: GENTILE, P., SADER, E. (Org.) **Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1995. p. 9-23.

ANTOINE, D. et al. Has the sectorization of psychiatric services in France really been effective? **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, v. 30, p. 132-138, 1995.

AZEVEDO, C.B. **Leninismo e social-democracia:** uma investigação sobre o projeto político do Partido dos Trabalhadores. São Paulo, 1991. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO/ BANCO MUNDIAL. **La enseñanza superior:** las lecciones derivadas de la experiencia. Washington, D. C.: Banco Mundial, 1995. 115p.

BARBATO, A., DE SALVIA, D. Recent trends in mental health services in Italy: an analysis of national and local data. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 38, n. 3, p. 195-202, Apr. 1993.

BARROS, D.D. A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 101-106, nov. 1990.

BARROS, D.D. **Jardins de Abel:** a desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo : EDUSP/ Lemos Editorial, 1994. 155p.

BARROS, D.D., LOPES, R.E., OLIVER, F.C. **Novas propostas assistenciais em São Paulo:** estudo da incorporação da terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência física, sensorial e/ou mental, no município de São Paulo. São Paulo : USP/UFSCar/CNPq, 1995. 89p. (Relatório de pesquisa)

BARROS, D.D., LOPES, R.E., OLIVER, F.C. **A formação de recursos humanos para a saúde, uma tarefa contínua:** principais necessidades profissionais pelos terapeutas ocupacionais e as alternativas institucionais. São Carlos : UFSCar/USP, 1996. 7p. (Apostila)

BASAGLIA, F. (Org.) **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro : Graal, 1985. 326p.

BIGELOW, D.A. et al. Quality and cost of services for seriously mentally ill individuals in British Columbia and the United States. **Hospital and Community Psychiatry**, v. 44, n. 10, p. 943-950, Oct. 1993.

BIRMAN, J., COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P.D.C. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1994. p. 41-72.

BITTAR, J. (Org.) **O modo petista de governar**. Caderno Especial de Teoria & Debate. São Paulo : Partido dos Trabalhadores/Diretório Regional de São Paulo, 1992. 324p.

BODSTEIN, R.C., FONSECA, C.M.O. Desafio da reforma sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços públicos de saúde. In: COSTA, N.R. et al. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis : Vozes/ABRASCO, 1989. v. 1, p. 67-90.

BORON, A.A. **Estado, capitalismo e democracia na América Latina**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1994. 272p.

BORON, A.A. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: GENTILE, P., SADER, E. (Org.) **Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1995. p. 63-118.

BOTTI, P.R.C. Epílogo da edição castelhana do Programa de ação mundial para as pessoas com deficiência. In: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Programa de ação mundial para as pessoas com deficiência**. São Paulo : CEDIPOD, 1992. 67p.

BRADDOCK, D., FUJIURA, G. Politics, public policy and the development of community mental retardation services in the United States. **American Journal on Mental Retardation**, v. 95, n. 4, p. 369-387, 1991.

BRANDÃO, A.A. Liberalismo, neoliberalismo e políticas sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 36, p. 84-100, ago. 1991.

BRASIL. **Constituição:** República Federativa do Brasil. Brasília : Centro Gráfico, 1988a. 292p.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8080 de 19/09/1990 e mensagem presidencial ao senado federal com as razões dos vetos. **Saúde em Debate**, n. 30, p. 15-20, dez, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987a. 430p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Proposta de política de saúde mental da Nova República**. Apresentada na I Conferência Nacional de Saúde Mental, Rio de Janeiro, 1987b. (Apostila)

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **I Conferência Nacional de Saúde Mental - Relatório final**. Brasília, 1988b.

BRASIL. Ministério da Saúde. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992. **Cadernos de Recursos Humanos Para A Saúde**. Brasília : Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos/SUS, v. 1, n. 1, 1993a. 218p.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: textos apresentados. **Cadernos de Recursos Humanos Para A Saúde**. Brasília : Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos/SUS, v. 1, n. 3, 1993b. 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P.D.C. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1994a. p. 195-202.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2a. Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1994b. 63p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços**. Brasília, 1995. 48p.

BRASIL. Ministério de Educação e Cultura. **Currículos mínimos dos cursos de nível superior**. Brasília : Departamento de Documentação e Divulgação, 1974.

BRASIL. Ministério de Educação e Cultura. **Reformulação do currículo mínimo dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional**. Parecer n. 622/82. Brasília, 1982.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Propostas para as novas diretrizes curriculares dos cursos superiores**. Brasília : Secretaria de Educação Superior, 1997. 4p.

BRAVERMANN, H. **Trabalho e capital monopolista:** a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1987.

BURKE, J.P., KILHOFNER, G. A terapia ocupacional após 60 anos: um relatório sobre a mudança de identidade e do corpo de conhecimento. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 31, n. 10, p. 675-689, Nov./ Dec. 1977. Tradução de Ferrari, M.A.C. São Paulo : USP. 39p. (Apostila)

BURNETTE, N.L. (1922) The status of occupational therapy in Canada. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 53, Commemorative Issue, p. 6-8, Nov. 1986.

BUSS, P.M., LABRA, M.E. (Org.) **Sistemas de saúde:** continuidades e mudanças. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1995. 295p.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo : Hucitec, 1991. 175p.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. São Paulo : Hucitec, 1992. 220p.

CAMPOS, G.W.S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo : Lemos Editorial, 1997a. p. 113-141.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo : Hucitec, 1997b. p. 229-266.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro : Zahar, 1980.

CARSWELL-OPZOOMER, A. (1990) Muriel Driver Memorial Lecture: Occupational therapy - our time has come. In: FINLAYSON, M., EDWARDS, J. Integrating the concepts of health promotion and community into occupational therapy practice. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 62, n. 2, p. 70-75, Jun. 1995.

CARVALHO, R.P. Falta paz na saúde de São Paulo. **Folha de São Paulo**, 1995. Caderno Cotidiano, p. 3.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos:** da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro : Francisco Alves, 1987. 198p.

CESARINO, A.C. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. **Saúde Loucura**. São Paulo: Hucitec, v. 1, p. 3-32, 1989.

CHESSON, R., SUTHERLAND, A. The needs of physically disabled people aged 16-65 years and services usage in Grampian. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 57, n. 5, p. 171-175, mA, 1994.

CIASCA, R. O fio da meada: a formação em terapia ocupacional. Os cursos e suas teias. In: ENCONTRO NACIONAL DE DOCENTES DE TERAPIA OCUPACIONAL, 5., 09 out. 1996. Recife : UFPE. Comunicação pessoal.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo : CEDEC, n. 19, p. 123-140, 1989.

COHN, A. **Saúde e cidadania**. São Paulo, 1992. Tese (Livre-Docência em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

COHN, A. Processos políticos e saúde no município de São Paulo: a proposta de um novo modelo de gestão. In: _____ . **Saúde e cidadania**. São Paulo, 1992. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Saúde Pública da USP. p. 209-238.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A.C. (Org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo : Cortez/CEDEC, 1995a. p. 225-244.

COHN, A. Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) **Política de saúde:** o público e o privado. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1995b. p. 315-327.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A., ELIAS, P.M. **Saúde no Brasil:** políticas e organização dos serviços. São Paulo : Cortez/CEDEC, 1996. p. 11-55.

COHN, A. (Coord.) Descentralização, saúde e democracia: o caso do município de São Paulo (1989-1992). **Cadernos CEDEC**, São Paulo, n.44, p. 1-104, 1995c.

COHN, A., ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil:** políticas e organização dos serviços. São Paulo : Cortez/CEDEC, 1996. 117p.

COHN, A., ELIAS, P.E. (Coord.) **O processo de implantação do PAS:** universalidade ou seletividade no acesso à saúde? São Paulo : CEDEC, 1997. 249p. (Relatório de pesquisa)

COHN, A. et. al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo : Cortez/CEDEC, 1991. 164p.

COHN, A. et. al. Participação e saúde. **Boletim Informativo do CEDEC**, São Paulo, n. 5, p. 1-8, ago. 1992.

COHN, A. et. al. **Acidentes de trabalho:** uma forma de violência. São Paulo : Brasiliense, 1985. 158p.

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL (CSM). **Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde e ambulatórios de saúde mental**. São Paulo : Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, 1983.

COORDENADORIA PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA (CORDE). **Primeiro plano de ação da CORDE**. Brasília, s/d. (apostila)

COSSAR, A. The growth of private practice in occupational therapy in Great Britain. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 55, n. 4, p. 157-161, Apr. 1992.

COSTA, N.R. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 5-17, out/dez. 1994.

COSTA, N.R. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da reforma sanitária. In: COSTA, N.R. et. al.(Org.) **Demandas populares e políticas públicas de saúde**. Petrópolis : Vozes/ABRASCO, 1989. v. 1, p. 45-65.

COUTO, C.G. **O desafio de ser governo:** o PT na prefeitura de São Paulo (1989 - 1992). Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1995. 264p.

DAUD, N.JR. Comunicação pessoal. São Paulo, 13 e 17 jul. 1996.

DAUD, N.JR. et. al. Reforma psiquiátrica: transformação cultural e crítica permanente. **Investigação em saúde mental**, São Paulo : Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, v. 1, n.1, p. 29-33, 1997.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** um estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo : Cortez/Oboré, 1988. 136p.

DELGADO, P.G.G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cronificados). In: COSTA, N.R., TUNDIS, S.A. (Org.) **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis : Vozes/ ABRASCO, 1987. p. 171-202.

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Coletânea de textos divulgados para o I Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional. Belo Horizonte, 1986. (Apostila)

DIASIO, K. Terapia ocupacional: uma perspectiva histórica. Era moderna - 1960 a 1970. In: **Terapia ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria**. Textos compilados e traduzidos pelo Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas. Belo Horizonte : FCM/PUCCamp, 1979. (Apostila)

DICKINSON, E. From madness to mental health: a brief history of psychiatric treatments in UK from 1800 to the present. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 53, n. 10, p. 419-424, Oct. 1990.

DISTRITO DE SAÚDE DE ERMELINO MATARAZZO (DS. 62). **Distrito de Saúde de Ermelino Matarazzo**. São Paulo : SMS, 1992. 98p.

DRAIBE, S.M. As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. **Revista USP - Dossiê: Liberalismo/ Neoliberalismo**, n.17, p. 86-101, s/d.

DRAIBE, S.M. Qualidade de vida e reformas de programas sociais: o Brasil no cenário latino-americano. **Lua Nova**, São Paulo : CEDEC, n. 31, p. 5-46, 1993.

DRUMOND, A. O fio da meada: a formação em terapia ocupacional. Os cursos e suas teias. In: ENCONTRO NACIONAL DE DOCENTES DE TERAPIA OCUPACIONAL, 5., 09 out. 1996. Recife : UFPE. Comunicação pessoal.

DURAND, J.C. Profissões de saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. **Cadernos FUNDAP**, v. 5, n. 10, p. 4-23, 1985.

EL-KHATIB, U. **As dificuldades das pessoas portadoras de deficiência física:** quais são e onde estão. São Paulo, 1994. 120p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

ELIAS, P.M. **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político-institucional**. São Paulo, 1996a, 345p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ELIAS, P.M. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: CONH, A., ELIAS, P.M. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. São Paulo : Cortez/CEDEC, 1996b. p. 57-117.

ELIAS, P.M. Reforma e contra-reforma na proteção à saúde. **Lua Nova**, São Paulo : CEDEC, n. 40/41, p.193-215, 1997.

ELLEK, D. The new direction in health policy. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 44, n. 10, p. 947-949, Oct. 1990.

EMMEL, M.L.G. et al. **Evolução científica da terapia ocupacional no Brasil (1984 - 1986)**. São Carlos : Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFSCar, 1986. (Apostila)

EMMEL, M.L.G., LANCMAN, S. Capacitação docente em terapia ocupacional no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE DOCENTES DE TERAPIA OCUPACIONAL, 5., 10 out. 1996. Recife: UFPE. Comunicação pessoal.

ESCOREL, S. Elementos para análise da configuração do padrão brasileiro de proteção social - o Brasil tem um Welfare State? **Cadernos Fiocruz**, Série Estudos, n. 1, Política, Planejamento e Gestão em Saúde, 1993.

ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Lua Nova**, São Paulo : CEDEC, n. 35, p. 73-111, 1995.

FALCÃO, M.C. et al. **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1991. 126p.

FARMER, R.D.T. et. al. Is the money following the clients with learning disabilities? **British Medical Journal**, v. 306, n. 10, p. 987-992, Apr. 1993.

FAVARET FILHO, P., OLIVEIRA, P.J. **A universalização excludente:** reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Rio de Janeiro : Universidade Federal do Rio de Janeiro/IEI, 1989.

FERRAZ, M. P.T. Prioridades em saúde mental. **Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo**, v.44, n. único, p. 13-17, 1984.

FERRAZ, M. P.T., MORAIS, M.F.L. **Política de saúde mental:** revisão dos dois últimos anos. São Paulo : Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, 1985. 10p. (Apostila)

FINLAYSON, M., EDWARDS, J. Integrating the concepts of health promotion and community into occupational therapy practice. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 62, n. 2, p. 70-75, Jun. 1995.

FINN, G.L. (1972) 1971 Eleanor Clark Slagle Lecture. The occupational therapist in prevention programs. In: FINLAYSON, M, EDWARDS, J. Integrating the concepts of health promotion and community into occupational therapy practice. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 62, n. 2, p. 70-75, Jun. 1995.

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto : Afrontamento, 1976.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos:** seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1994. 251p.

FOLHA DE SÃO PAULO. Maluf retém R$ 97 milhões da saúde. 15 abr. 1995. Caderno Cotidiano, p. 1.

FOLHA DE SÃO PAULO. 25 jan. 1996. Caderno Cotidiano, p. 6

FOLHA DE SÃO PAULO. 14 mar. 1996. Caderno Cotidiano, p. 1

FOLHA DE SÃO PAULO. 20 out. 1996. Caderno Especial, p. 3

FOLHA DE SÃO PAULO. 26 jun. 1998. Caderno Cotidiano.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1977. 241p.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo : Perspectiva, 1978. 551p.

FUNDAÇÃO SEADE Anuário estatístico do Estado de São Paulo. São Paulo : Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), v. 1, p.101-104, 1993.

GADOTTI , M., PEREIRA, O. **Pra que PT:** origem, projeto e consolidação do Partido dos Trabalhadores. São Paulo : Cortez, 1989.

GENTILE, P., SADER, E. (Org.) **Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1995. 205p.

GHIRARDI, M.I.G. **O convívio com o portador de Síndrome de Down:** um estudo exploratório a partir do relato de mães. São Paulo, 1993. 97p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

GILLETTE, N.P. Terapêutica ocupacional y salud mental. In: SPACKMAN, C.S., WILLIARD, H. S. **Terapêutica ocupacional**. Barcelona : Jims, 1973. cap.5.

GINSBURG, N. **Divisions of Welfare:** a critical introduction to comparative social policy. London : Sage Publications, 1992. 228p.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose:** um projeto para a rede pública. Rio de Janeiro : Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1994. 168p.

GOLDMAN, H., HADLEY, T.R. Effect of recent health and social service policy reforms in Britain's mental health system. **British Medical Journal**, v. 311, n. 9, p. 1556-1558, Dec. 1995.

GONH, M.G. **Movimentos sociais e lutas pela moradia**. São Paulo : Edições Loyola, 1991. 190p.

GOULD, A. **Capitalist Welfare Systems:** a comparison of Japan, Britain and Sweden. London : Logman, 1993.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 6. ed. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1988. 244p.

HABERMAS, J. **A crise de legitimação no capitalismo tardio**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1980.

HABERMAS, J. A nova intransparência: a crise do Estado de Bem-Estar Social e o esgotamento das energias utópicas. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo : CEBRAP, n. 18, p. 103-114, set, 1987.

HAVEL, J.T., SCALLET, L.J. Reflections on the mental health community's experience in the health care reform debate. **Hospital and Community Psychiatry**, v. 45, n. 9, p. 888-892, Sep. 1994.

HELANDER, E. et. al. **Training the disabled in the community** - an experimental manual on rehabilitation and disability prevention, for developing countries. Genebra : World Health Organization, 1980.

HENRIKSSON, C. The development and future of occupational therapy from a Swedish perspective. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 57, n. 5, p. 165-167, May, 1994.

HOBSBAWN, E. **Era dos extremos:** o breve século XX: 1914-1991. São Paulo : Companhia das Letras, 1995. 598p.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo : Companhia da Letras, 1995. 220p.

HOLM, M.B., ROGERS, J.C. Accepting the challenge of outcome research: examining the effectiveness of occupational therapy practice. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 48, n. 10, p. 871-876, Oct. 1994.

HOPKINS, H. Uma perspectiva histórica em terapia ocupacional. Tradução de Jussara M. Pinto, revisão de Michelle S. Hahn (Apostila). In: **Williard and Spackman's occupational therapy**. 6.ed. Philadelphia : J .B. Lippincot Co., 1984.

JACOBI, P.R. Participação e gerência dos serviços de saúde: desafios e limites no município de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 32-43, abr./jun. 1992.

JACOBI, P.R. **Movimentos sociais e políticas públicas:** demandas por saneamento básico e saúde - São Paulo, 1974-84. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1993. 174p.

JACOBI, P.R. Alcances e limites de governos locais progressistas no Brasil: as prefeituras petistas. **Cadernos CEDEC**, São Paulo, n. 34, p. 1-29, 1994.

KALIL, M.E.X. **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo-Salvador : Hucitec/Centro de Documentação para Sistemas Locais de Saúde/ Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

KAYANO, J. Comunicação pessoal. São Paulo, 06 mai. 1996.

KECK, M. **PT: A lógica da diferença -** o Partido dos Trabalhadores na construção da democracia brasileira. São Paulo : Ática, 1991.

KOWARICK, L., SINGER, A. A experiência do Partido dos Trabalhadores na prefeitura de São Paulo. In: KOWARICK, L. (Coord.) **As lutas sociais e a cidade:** São Paulo, passado e presente. 2. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1994. p. 279-311.

KING, D. O Estado e as estruturas de bem-estar. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo : CEBRAP, n. 22, p. 53-76, out. 1988.

LAING, R. **Sobre loucos e sãos**. São Paulo : Brasiliense, 1982.

LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. **Saúde loucura**, São Paulo : Hucitec, n. 1, p. 75-89, 1989.

LAURELL, A.C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A.C. (Org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo : Cortez, 1995. p. 151-178.

LAURELL, A.C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo : Cortez, 1995. 244p.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal. Lógica dialética**. 3. ed. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1983. 301p.

LESAGE, A.D., TANSELLA, M. Comprehensive community care without long stay beds in mental hospitals: trends from an Italian good practice area. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 38, n. 3, p. 187-194, Apr. 1993.

LIMA, A.C.V.M.S. **A inserção do terapeuta ocupacional no Sistema Único de Saúde**. Recife, 1997. 119p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicada da Universidade Federal de Pernambuco.

LOPES, R.E. Currículo mínimo para a terapia ocupacional; uma questão técnico-ideológica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 33-41, ago, 1990.

LOPES, R.E. **A formação do terapeuta ocupacional** - o currículo: histórico e propostas alternativas. São Carlos, 1991. 215p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos.

LOPES, R.E., et. al. **Reabilitando a cidadania**. Vídeo NTSC, 50'. São Paulo : CNPq/ Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da FMUSP/Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFSCar, 1995.

LOPES, R.E. A direção que construímos: algumas reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 4/7, p. 27-35, 1993/6, 1996a.

LOPES, R.E. O fio da meada: a formação em terapia ocupacional. Os cursos e suas teias. In: ENCONTRO NACIONAL DE DOCENTES DE TERAPIA OCUPACIONAL, 5., 09 out. 1996b. Recife: UFPE. Comunicação pessoal.

LOPES, R.E., MAROTO, G.N.V. **Estudo da organização curricular do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar:** principais tendências de avaliação e alteração na visão dos docentes, supervisores, alunos e ex-alunos. São Carlos : Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, 1996c. 39p. (Relatório de pesquisa)

MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde: um bem público. **Saúde em Debate**, Londrina : CEBES, n. 48, p. 54-57, set. 1995.

MACHADO, M.H., PIERANTONI, C.R. Profissões de saúde: a formação em questão. **Cadernos de Recursos Humanos Para A Saúde**. Brasília : Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos/SUS, v. 1, n. 3, p. 23-34, 1993.

MAGALHÃES, L.V. **Os terapeutas ocupacionais no Brasil:** sob o signo da contradição. Campinas, 1989. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação da UNICAMP.

MÂNGIA, E.F. Terapia ocupacional em ambulatório de saúde mental: subsídios para avaliação. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 87-100, 1990.

MANTOAN, M.T.E. (Org.) **A integração de pessoas com deficiência:** contribuições para uma reflexão sobre o tema. São Paulo : Memmon/SENAC, 1997. 235p.

MARCOLAM, J. Comunicação pessoal. 30 mai. 1996.

MAROTO, G.N.V. **Terapia ocupacional:** teoria e prática no Estado de São Paulo. São Carlos, 1991. 138p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação e Ciências Humanas da UFSCar.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro : Zahar, 1967a. 220p.

MARSHALL, T.H **Política social**. Rio de Janeiro : Zahar, 1967b.

MARSIGLIA, R.M.G. **Servidor, funcionário, trabalhador:** interesses e culturas organizacionais no setor público de saúde. São Paulo, 1993. 411p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

MARX, K. **A ideologia alemã**. São Paulo : Grijalbo, 1977. 138p.

MARX, K. **O capital:** crítica da economia política. 2. ed. São Paulo : Nova Cultural, v. 1, 1985.

MEDEIROS, M.H.R. **A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional**. Campinas, 1994. 202p. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

MÉDICI, A. C. Necessidades de financiamento do setor saúde no Brasil em 1995. **Saúde em Debate**, Londrina: CEBES, n. 48, p. 69-76, set, 1995.

MÉDICI, A. C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, abr./jun. 1992.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo - Rio de Janeiro : Hucitec/ABRASCO, 1995. p. 19-91.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo : Hucitec, 1996. 300p.

MENEGUELLO, R. **PT: a formação de um partido, 1979-1982**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1989.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro : Hucitec/ABRASCO, 1994. 269p.

MOCELLIN, G. An overview of occupational therapy in the context of American influence on the profession: part 1. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 55, n.1, p. 7-12, Jan. 1992.

MOCELLIN, G. An overview of occupational therapy in the context of American influence on the profession: part 2. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 55, n. 2, p. 55-60, Feb. 1992.

MONTEIRO, C.A. (Org.) **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MOREL, R.L.M. **Ciência e Estado:** a política científica no Brasil. São Paulo : T.A. Queiroz, 1979. 162p.

MOVIMENTO dos trabalhadores de saúde mental. O manifesto de Bauru. **Jornal do Psicólogo**, São Paulo, v. 7, n. 21, p. 4, 1987.

NASCIMENTO, B. A. **Loucura, trabalho e ordem:** o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas. São Paulo, 1991. 150p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

NASCIMENTO, S.P.S. O caminhar na desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental: a experiência de Santos, São Paulo. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 5-14, jan./abr. 1997

NAVARRO, V. Produção e o Estado de bem-estar: o contexto político das reformas. **Lua Nova**, São Paulo : CEDEC, n. 28/29, p. 157-199, 1993.

NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo : Hucitec, 1990. 112p.

NICÁCIO, F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos:** desconstrução de saberes, instituições e cultura. São Paulo, 1994. 155p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

NOGUEIRA, R.P. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, 1970-1983. **Educacion Medica y Salud**, v. 20, n. 3, p. 335-349, 1986.

NOGUEIRA, R.P. Crise sócio-econômica e demanda por profissionais de saúde no Brasil, 1976-1984. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v. 104, n. 6, p. 572-582, 1988.

O'DONNELL, G. Uma outra institucionalização. **Lua Nova**, São Paulo : CEDEC, n. 37, p. 5-31, 1996.

OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1984. 386p.

OFFE, C. Dominação de classe e sistema político. Sobre a seletividade das instituições políticas. In: **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1984. p. 139-177.

OFFE, C. **Capitalismo desorganizado:** transformações contemporâneas do trabalho e da política. 2.ed. São Paulo : Brasiliense, 1994. 322p.

OFFE, C., LENHARDT, G. Teoria do Estado e política social. In: **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1984. p. 09-53.

OFFE, C., RONGE, V. Teses sobre a fundamentação do conceito de "Estado Capitalista" e sobre a pesquisa política de orientação materialista. In: **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro,1984. p.121-137.

OLIVEIRA, F. O surgimento do antivalor. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo : CEBRAP, n. 22, p. 8-28, out. 1988.

OLIVEIRA, F. **Estado, sociedade, movimentos sociais e políticas públicas no limiar do século XXI.** Rio de Janeiro : FASE/PIC, 1993. (Apostila)

OLIVEIRA, J.A., TEIXEIRA, S.M.F. **(Im)Previdência Social - 60 anos de história da Previdência no Brasil**. 2ed. Petrópolis : Vozes / ABRASCO, 1989. 257p.

OLIVER, F.C. **A atenção à saúde pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde do município de São Paulo:** uma questão de cidadania. São Paulo, 1990. 143p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

OPAS/OMS. **Declaración de Caracas - Conferencia Reestruturación de la Atención Psiquiátrica en la Región**. Caracas, 1990. 5p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Programa de ação mundial para as pessoas com deficiência**. São Paulo : Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência, 1992. 67p.

PAIM, J.S. **Recursos humanos em saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da USP, AdSAÚDE - Série temática, n.1, 1994. 80p.

PERRIS, C. Il ricupero sociale del paziente: compito della psichiatria degli anni'90. **Rivista Sperimentale di Freniatria**, v. 115, n. 3, p. 331-342, 1991.

PIMENTA, A. L. Políticas públicas e movimentos sociais: estratégias e formas de luta. In: OPAS. **Saúde e revisão constitucional:** controle social e formas organizacionais do SUS. Brasília : OPAS - Série Direito e Saúde, n. 2, p. 11-16, 1993.

PITTA, A. **Sobre uma política de saúde mental**. São Paulo, 1984. 161p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo : Hucitec, 1996. 158p.

PRZEWORSKI, A. **Capitalismo e social-democracia**. São Paulo : Companhia das Letras, 1989. 330p.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N.R., TUNDIS, S.A. (Org.) **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis : Vozes/ABRASCO, 1987. p. 15-73.

RESLER, H., WESTERGAARD, J. **Class in a capitalist society:** a study of contemporary Britain. Middlesex : Pelican Books, 1975. 432p.

ROCHA, E.F. **Corpo deficiente: em busca de reabilitação?** - Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiências físicas. São Paulo, 1991. 310p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

RODRIGUES NETO, E. O SUS e o setor privado: vamos moralizar essas relações. **Saúde em Debate**, Londrina: CEBES, n. 49-50, p. 9-10, dez/95-mar. 1996.

ROTELLI, F. Superando o manicômio - o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P.D.C. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1994. p. 149-169.

ROTELLI, F. et. al. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos "países avançados". In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo : Hucitec, 1990. p. 17-59.

SANTOS, B. S. Subjetividade, cidadania e emancipação. In: **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. São Paulo : Cortez, 1995. p. 235-280.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça:** a política social na ordem brasileira. 3. ed. Rio de Janeiro : Campus, 1994. 89p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Documento básico sobre sistema de atendimento à saúde e reabilitação da pessoa com deficiência**. São Paulo, 1985. 20p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Grupo Especial de Programas de Saúde do Deficiente. **Relatório anual**. São Paulo, 1989. 89p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Educação. **Definindo uma política de atendimento aos portadores de necessidades especiais - Educação Especial**. São Paulo, 1991. 8p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. Diretrizes para a política de saúde mental do município de São Paulo - 1988. In: SÃO PAULO (Município) Secretaria de Saúde. **Textos oficiais**. São Paulo, s/d. p.1-3

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Para compreender a atual política de saúde mental do governo democrático e popular da cidade de São Paulo**. São Paulo, 1989a. 18p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. São Paulo, 1989b. 38p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Política de saúde mental democrática e popular**. São Paulo, 1989c. 37p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Relação dos terapeutas ocupacionais, segundo serviços de saúde**. São Paulo, 1989d.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Avanços e concretização da política municipal de saúde mental do governo democrático e popular da cidade de São Paulo Janeiro/89 à agosto/90**. São Paulo, 1990. 11p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Centros de convivência e cooperativas:** um ano e meio de história e prática. São Paulo, 1991. 5p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Avaliação dos 3 anos da política de saúde mental do governo democrático e popular da cidade de São Paulo e o plano de metas para 1992**. São Paulo, 1992a. 46p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Normatização das ações desenvolvidas nos serviços de saúde mental**. São Paulo, 1992b. s/p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Relatórios de implantação dos hospitais-dia - Unidade de Convivência Terapêutica Intensiva - UNCONVITI**. São Paulo, 1992c. 72p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da Pessoa Deficiente. **Proposta de atenção à saúde da pessoa deficiente**. São Paulo, 1992d. 60p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Anais do I Encontro de Hospitais-Dia do Município de São Paulo**. São Paulo, 1992e. 17p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Dados do programa de saúde do deficiente**. São Paulo, 1993a. 3p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **IV Conferência Municipal de Saúde - Resoluções Finais**. São Paulo, 1993b. 15p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **V Conferência Municipal de Saúde**. São Paulo, 1994. 5p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **VI Conferência Municipal de Saúde. São Paulo - Documento Tese**. São Paulo, 1995a. 6p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **I Plano Municipal de Saúde**. São Paulo, 1995b. 45p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **PAS - Plano de atendimento à saúde:** um novo modelo de gestão para os serviços públicos de saúde no município de São Paulo - Resumo Executivo. São Paulo, 1995c. 14p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Relação das Unidades da SMS**. São Paulo, 1996a. 9p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Relação das Unidades dos Módulos de Atendimento à Saúde - PAS**. São Paulo, 1996b. 24p.

SÃO PAULO (Município) Secretaria de Saúde, Serviço Funerário Municipal, PRODAM. **Mortalidade no município de São Paulo**. Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PRO-AIM). 1994. 14p.

SINGER, P. **Um governo de esquerda para todos / Luiza Erundina na Prefeitura de São Paulo (1989-92)**. São Paulo : Brasiliense, 1996. 262p.

SOUZA, L.E. Luiza Erundina: sem medo de ser governo. In: FREIRE, A., AZEVEDO, R. **Teoria & Debate**, São Paulo, n.11, p. 10-15, ago. 1990.

SPOSATI, A.O. (Coord.) **Mapa da exclusão/inclusão social na cidade de São Paulo**. São Paulo : EDUC, 1996. 126p.

SPOSITO, M.P. **A ilusão fecunda:** a luta por educação nos movimentos populares. São Paulo : Hucitec/Edusp, 1993. 398p.

SILVA, O.M. **A epopéia ignorada:** a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo : CEDAS, 1987. 470p.

SOARES, L.B.T. **Terapia Ocupacional:** lógica do capital ou do trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980. São Paulo : Hucitec, 1991. 216p.

SPINK, M.J.P. Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. **Cadernos FUNDAP**, v. 5, n. 10, p. 24-43, 1985.

STUMMER, T.C.F. Apresentação da edição brasileira do Programa de ação mundial para as pessoas com deficiência. In: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Programa de ação mundial para pessoas com deficiência**. São Paulo : CEDIPOD, i-ii, 1992. 67p.

SWIDLER, R.N., TAURIELLO, J.V. New York State's community mental health reinvestment act. **Psychiatric Services**, v. 46, n. 5, p. 496-500, May, 1995.

TEIXEIRA, S.M.F. **Reforma sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo : Cortez/ Abrasco, 1989. 232p.

TOWNSEND, E. Developing community occupational therapy services in Canada. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 55, n. 2, p. 69-74, Apr. 1988.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo : Hucitec, 1996. p. 55-59.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO **Relatório preliminar**. ENCONTRO NACIONAL DE DOCENTES DE TERAPIA OCUPACIONAL, 5. Recife : UFPE, 1996. (Apostila)

VERDÈS-LEROUX, J. **Trabalhador social:** prática, hábitos, ethos, formas de intervenção. São Paulo : Cortez, 1986. 207p.

VERGARA, P. Rupturas e continuidades da política social chilena. **Lua Nova**, São Paulo : CEDEC, n.32, p. 37-67, 1994.

WOODSIDE, H.H. O desenvolvimento da terapia ocupacional de 1910 a 1920. In: **Terapia ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria**. Textos compilados e traduzidos pelo Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas. Belo Horizonte : FCM/PUCCamp, 1979. (Apostila)

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY **Recommended minimum standards for the education of occupational Therapists**. Council of the WFOT, 1958. Revides 1993. 86p.

YOUNG, M., QUINN, E. Changing aporrinhes to health care. In: YOUNG, M., QUINN, E. **Teorizes and principies of occupational therapy**. London : Churchil Livingstone, 1992. p.193-205.