

Influência dos modelos inovadores paulistas na Política Brasileira de Saúde Mental

Influence of the São Paulo State innovative models on Brazil's mental health policy
Influencia de los modelos innovadores paulistas en la Política Brasileña de Salud Mental

Márcia do Nascimento Vieira¹, João Fernando Marcolan¹

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
São Paulo-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Vieira MN, Marcolan JF. Influence of the São Paulo State innovative models on Brazil's mental health policy.
Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(2):337-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690220i>

Submissão: 15-04-2015

Aprovação: 13-11-2015

RESUMO

Objetivo: analisar a influência de duas experiências paulistas na escolha do centro de atenção psicossocial como serviço norteador da política nacional de Saúde Mental. **Método:** pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva que utilizou a história oral como metodologia e referencial teórico. **Resultados:** foram entrevistados oito profissionais envolvidos na implantação da política de Saúde Mental dos municípios de Santos e São Paulo (1989 a 1992). Os dados foram analisados após tratamento das narrativas e agrupamento dos conteúdos mais significativos. Emergiram dois eixos temáticos: desenvolvimento do modelo *loco* regional e influência do modelo na escolha do centro de atenção psicossocial. **Conclusão:** devido à maior inserção do grupo da experiência santista nas esferas do governo federal, sua influência na escolha do modelo substitutivo foi maior na dimensão ideológica, e o modelo paulistano teve influência restrita por razões político-partidárias.

Descritores: Políticas Públicas de Saúde; Serviços de Saúde Mental; História; Enfermagem; Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: to analyze the influence of two São Paulo State experiences in the choice of psychosocial care centers as guiding service providers for the national mental health policy. **Method:** qualitative, exploratory, and descriptive study using oral history as a methodology and theoretical reference. **Results:** eight professionals involved in the deployment of the mental health policy in the cities of Santos and São Paulo between the years 1989 and 1992 were interviewed. Data were analyzed after treating the narratives and grouping the most significant content. Two central themes emerged: development of the local-regional model, and the model's influence on the choice of the psychosocial care center. **Conclusion:** due to greater insertion of the Santos experience group in the spheres of the federal government, its influence on the choice of the substitute model was higher in ideological terms, whereas the São Paulo model had its influence restricted for political reasons.

Key words: Public Health Policies; Mental Health Services; History; Nursing; Mental Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar influencias de dos experiencias paulistas en elección del centro de atención psicossocial como servicio orientador de la política nacional de Salud Mental. **Método:** investigación cualitativa, exploratorio-descriptiva, utilizando historia oral como metodología y referencial teórico. **Resultados:** fueron entrevistados ocho profesionales involucrados en implementación de política de Salud Mental en municipios de Santos y São Paulo (1989 a 1992). Datos analizados luego del tratamiento de testimonios y agrupado de contenidos más relevantes. Surgieron dos ejes temáticos: desarrollo del modelo *loco* regional e influencia del modelo en la elección del centro de atención psicossocial. **Conclusión:** debidos a la mayor inserción del grupo de la experiencia santista en las esferas del gobierno federal, su influencia en la elección del modelo substitutivo fue mayor en la dimensión ideológica, y el modelo paulista tuvo influencia limitada por razones político-partidarias.

Palabras clave: Políticas Públicas de Salud; Servicios de Salud Mental; Historia; Enfermería; Salud Mental.

AUTOR CORRESPONDENTE

Márcia do Nascimento Vieira

E-mail: marcianascimenthovieira@gmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo o histórico da reforma psiquiátrica brasileira presente na literatura nacional e no discurso oficial, a escolha do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se deu por influência de experiências inovadoras quanto à nova política de Saúde Mental (PSM) que ocorreram em alguns municípios brasileiros.

Embora existissem portarias anteriores e relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) que davam rumo à PSM, somente após a promulgação da Lei Federal 10.216 em 2001⁽¹⁾ é que as ações de SM passam a ser regularizadas por meio da retomada da Coordenação Nacional de Saúde Mental. Surgem portarias ministeriais que, por meio de legislação específica, possibilitam a implantação de propostas de mudança do modelo de atenção⁽²⁾.

A Portaria 336 de 2002 foi marco importante para o desenvolvimento do modelo, pois define o CAPS como serviço substitutivo e norteador da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Esses serviços passam a serem classificados por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional em CAPS I, II, III adulto, álcool e drogas (AD) e infantil⁽³⁾.

Por exclusivo financiamento do Ministério da Saúde (MS), criaram-se CAPS em diversos municípios, os quais passaram a nominar diversos serviços de Saúde Mental existentes. Segundo dados mais recentes (2012), existiam 1.742 desses serviços no País, sendo apenas 65 CAPS III, dado significativo, visto ser essa a única modalidade desses serviços que oferece leitos de observação para usuários com quadros agudos e graves em período de 24 horas. Ainda tínhamos 32.284 leitos em hospital psiquiátrico e apenas 3.910 leitos psiquiátricos em hospital geral, fato que, associado à escassez dos serviços substitutivos, denota quanto distante se encontra a desospitalização almejada⁽⁴⁾.

Considerados os treze anos da Lei Federal de 2001⁽¹⁾, observa-se que as modificações propostas no modelo de atenção em SM possibilitaram avanços, mas a substituição do modelo hospitalar, cerne das propostas de transformação do modelo manicomial contidas principalmente nas duas primeiras CNSM⁽⁵⁻⁶⁾, não ocorreu.

A adesão dos municípios brasileiros ao modelo CAPS mostra-se tímida e lenta, a acarretar desassistência, visto que houve fechamento de leitos psiquiátricos hospitalares, mas não a correspondente criação dos novos serviços⁽⁷⁾.

Decorrente de outros problemas verificados no atual modelo da PNSM, como a deficiente cobertura dos usuários com transtorno mental na Atenção Básica, a cronificação dos usuários nos CAPS e capsização do modelo de atenção, verifica-se que a propalada reforma psiquiátrica persiste como proposta, mas não se concretiza⁽⁸⁻⁹⁾, e persistem práticas manicomial. Em 2012 foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pelo MS⁽¹⁰⁾, com clara tentativa de resgatar algumas das propostas contidas nas primeiras CNSM, mas com pequena adesão nos municípios brasileiros.

É fundamental resgatar os aspectos políticos que levaram ao atual modelo de assistência em Saúde Mental para termos conhecimentos que nos deem sustentação para as mudanças necessárias.

OBJETIVO

Analisar a influência das experiências da Política de Saúde Mental (PSM) das cidades de Santos e São Paulo no modelo da atual Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que tem o CAPS como serviço norteador.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa com abordagem da história oral temática⁽¹¹⁾ cujo cerne são as narrativas geradas por entrevistas. Focaliza a discussão em assunto específico que se pretende conhecer em profundidade e permite compreender o passado por meio de coleta, organização e interpretação dos fatos. Parte de assunto específico e preestabelecido e se compromete com o esclarecimento ou opinião do entrevistado sobre algum evento definido para além da versão oficial.

A escolha dos colaboradores foi baseada no objetivo do estudo e guiada pelas afinidades que os uniam, levando-os a destinos comuns cujas ações repercutiram na vida comunitária dos locais em que viveram, pois participaram da construção da PSM local⁽¹¹⁾. Foram protagonistas no Movimento da Luta Antimanicomial (MLAM) e influenciaram sobremaneira as mudanças na PNSM.

Envolveu a participação de assessores e coordenadores de SM que fizeram parte da gestão municipal no período de 1989 a 1992 nas cidades de Santos e de São Paulo, tornados os colaboradores⁽¹¹⁾ do estudo. Interessou-nos saber como perceberam e vivenciaram suas experiências naquele período, esclarecer situações polêmicas, conflitantes e contraditórias contidas em suas diferentes versões e opiniões⁽¹¹⁾ e a influência dos modelos de assistência na PNSM.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas gravadas e anotações de campo, com as seguintes questões norteadoras:

- Relate sobre o processo de implantação do modelo inovador de Saúde Mental no município em que esteve na gestão municipal.
- Qual foi a influência do modelo desenvolvido em sua cidade para a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, e na escolha do modelo CAPS como serviço estruturante e norteador dessa política.

As entrevistas foram realizadas nas cidades de São Paulo/SP e Santos/SP no período de abril de 2011 a julho de 2012 e envolveram a participação de oito colaboradores. Os objetivos e procedimentos da pesquisa foram informados aos colaboradores e a conferência do material produzido (texto das narrativas) que foi enviado a todos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e o termo de consentimento informado foi assinado pelos colaboradores.

Na Metodologia da história oral o produto das entrevistas torna-se documento com maiores esclarecimentos sobre o tema pesquisado, equipara-se ao uso de outras fontes escritas e pode articular diálogo com outros documentos. Para a construção desse documento oral preconizam-se procedimentos

sequenciados, desde a elaboração do projeto, definição dos colaboradores, a coleta dos dados pela entrevista gravada, seguido das fases de transcrição, textualização e transcrição⁽¹¹⁾.

Após esses procedimentos, o texto gerado pelas narrativas foi submetido a repetidas leituras, com vistas a identificar os pontos mais significativos, convergentes e divergentes, relacionados às questões norteadoras. Desse procedimento emergiram temas que foram apreendidos pela frequência com que apareciam no texto e força expressiva dos acontecimentos e das opiniões neles contidas.

Os temas emergentes e agrupados nas entrevistas geraram os “eixos temáticos” do estudo, analisados separadamente, mas mantiveram interligações durante todo o processo de discussão de seus conteúdos. Eles guiaram a discussão e análise por meio de diálogo estabelecido com autores que compõem o referencial teórico da pesquisa e documentos oficiais.

As narrativas foram privilegiadas, mas a Pesquisa Documental de documentos oficiais existentes no período estudado (leis, portarias, relatórios de conferências, site do Ministério da Saúde etc.) também foi utilizada, dando suporte para análises do documento gerado pelas narrativas.

RESULTADOS

A rede de São Paulo e Santos foi composta por quatro colaboradores cada, e dois eixos temáticos nortearam a análise do estudo: desenvolvimento dos modelos *loco* regionais e influência do modelo sobre a escolha do CAPS. Observou-se que, embora os dois modelos de SM tenham surgido no mesmo período histórico, a maneira com que se desenvolveram foi diferente do contexto político e econômico de cada município. Tais diferenças foram explicitadas nas narrativas dos colaboradores de cada município e também foram relacionadas com as razões da maior influência de cada uma das experiências na escolha do modelo CAPS.

Como sugerido pela Metodologia da HO, o texto gerado a partir das narrativas torna-se documento histórico e a opinião dos colaboradores mostrou versão diferente da existente em textos, livros, artigos e teses sobre a escolha do modelo CAPS. Desvelou outra verdade que estava nos bastidores e era de conhecimento somente daqueles que participaram de modo direto do processo estudado. O diálogo com a literatura produzida sobre a história da reforma psiquiátrica, a construção da PNSM e os documentos oficiais foi o instrumento primordial na análise e discussão.

Desenvolvimento dos modelos *loco* regionais

As narrativas dos colaboradores de São Paulo e Santos nesse eixo relataram como o modelo foi construído, seus pressupostos norteadores, funcionamento, dificuldades encontradas e o retrocesso ocorrido nos dois modelos ao término das gestões municipais.

Segundo os colaboradores da rede de Santos, na implantação do modelo houve radicalização da luta pela extinção da estrutura asilar, com o fechamento da CSA. Defendiam que era impossível trabalhar e assegurar direitos das pessoas com transtorno mental no interior de instituições manicomial. Acreditavam

que só a partir dos espaços extra-hospitalares poderia ser criada a nova cidadania para a pessoa com transtorno mental.

Era um processo muito intenso, de energia muito forte, de diálogo entre profissionais e usuários, pois havia um movimento potente de transformação das relações. Estava ocorrendo uma transformação interna do hospital, das relações, da organização, da dinâmica com essa possibilidade de os usuários se apropriarem também do processo, e se co-responsabilizarem junto com os profissionais. (A1)

[...] a cidade foi dividida em regiões dentro do hospital, e a equipe do NAPS I já vinha atendendo o pessoal da zona noroeste; quando chegava o momento de implantar o NAPS, a enfermaria era fechada e a equipe toda ia para o NAPS que funcionava 24 horas, diminuindo a ocupação do Anchieta. Ele já estava bem desativado quando saiu o NAPS V, que foi o último, e surgiu pouco depois da URP [...] o Anchieta foi totalmente esvaziado em 1995, tenho a impressão. (A2)

Os colaboradores da rede de São Paulo enfatizaram a importância da construção prévia à eleição do projeto para a PSM da cidade que foi acatado pelo gestor municipal, e a utilização do planejamento estratégico durante sua execução. Acreditavam na necessidade de trabalhar a cultura manicomial presente na sociedade e que a participação popular possibilitava a descentralização do poder.

Na campanha da Luiza Erundina para prefeita, nós já tínhamos o Núcleo de Saúde Mental do PT e o trabalho da Zona Leste de longa data [...]. Fizemos o esboço de uma Política Municipal de Saúde Mental e entregamos para a sua candidatura, que acabou se constituindo numa das suas plataformas de governo [...] quando ela ganhou as eleições entramos na prefeitura como assessores de saúde mental, e havia o colegiado gestor composto por psicólogo, assistente social, psiquiatra, terapeuta ocupacional [...] E o interessante é que nós fomos pensando esse modelo mais geral, e alguma coisa que pudesse fazer frente aos hospitais psiquiátricos, mesmo tendo uma cidade não municipalizada. (B1)

A Atenção Básica como porta de entrada para nós iria resolver a maioria dos problemas de saúde, pois acreditávamos que era um espaço na comunidade, territorializado, que faria vigilância em saúde [...] Determinaria as microáreas de risco dentro da concepção de Planejamento Estratégico e iria intervir sobre elas, fazendo trabalho de integração popular, além de fornecer todos os tipos de cuidado: de atenção médica, de enfermagem, psiquiátrica, psicológica, reabilitadora, social, etc. Todos iam para a Atenção Básica, para as enfermarias de saúde mental, para as emergências psiquiátricas, para os CECCOs e também para as Unidades de Convivência Terapêutica Intensiva. (B2)

Referiram quanto à divulgação das experiências:

A experiência de Santos teve grande repercussão e de dimensão nacional, pois havia romaria de pessoas que iam lá ver o que estava acontecendo. Nós, por vezes, perdíamos muito tempo mostrando tudo, tínhamos que cuidar, porque íamos sempre falar em outros lugares também, e todo mundo ia. (A2)

E o que Santos fez? Era menor, você causa um “frisson”, porque você dá um “boom” e põe todo holofote para aquilo, em cima de um hospital psiquiátrico, e de “uma ação”, e aquilo vira marketing [...] quando você tem toda a imprensa, todo mundo olhando para aquilo e dizendo “ó, que maravilha” [...] Então não depende só de quem está no governo [...]. Tudo deu luz para aquilo, todas as referências externas, até internacionais. (B2)

Influência do modelo sobre a escolha do Centro de Atenção Psicossocial

Encontramos nas narrativas opiniões divergentes sobre a influência dos modelos paulistas na PNSM, sendo enfatizadas questões da natureza singular de cada um deles, pois pautadas nos contextos locais. Os colaboradores da rede de SP afirmaram haver pequena influência do seu modelo na PNSM, e que o serviço escolhido para ser estruturante e norteador no modelo substitutivo, o CAPS, foi fortemente influenciado pelo modelo santista.

Eu acho que na atual política a influência do modelo de São Paulo é quase nula [...]. Porque é uma política parecida com essa concepção santista, capscêntrica, em que o CAPS é o serviço estruturador [...] Eu acho isso uma pena e que essa visão é manicomializante. [...] um serviço que deveria ser de passagem, que é a perspectiva do Hospital Dia, do Hospital Noite, mas acaba sendo um serviço que oferece tudo: assistência, trabalho, convivência, oficina de trabalho [...] o capcentrismo é um equívoco, e a fonte onde se bebeu dessa orientação é o modelo de Santos. Não tenho dúvida! (B2)

O que fizemos em São Paulo era um modelo horizontal, e não tinha serviço que comandasse o restante. Acredito que a horizontalidade é fundamental e possibilita outro mecanismo de regulação, e nós tínhamos clareza disso. E qual era nosso mecanismo de regulação? A UBS era questionada pelas Unidades de Convivência Terapêutica Intensiva, pelo Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, e eles eram questionados pela Unidade de Saúde Mental do Hospital Geral, e o Centro de Convivência e Cooperativa questionava todos, e todos se reuniam no colegiado para discutir no coletivo a solução dos obstáculos, os descaminhos, etc. [...] a construção do modelo dentro dessa visão intersetorial pensava na horizontalidade, e foi assim que nós fizemos no município de São Paulo. (B1)

Para os colaboradores de São Paulo foi deixada à margem a experiência desenvolvida nessa cidade, devido aos desencontros no Movimento da Luta Antimanicomial e no PT.

[...] me parece que houve negação do que aconteceu em São Paulo. Penso que esse apagamento, essa negação, pode ter a ver com a própria história da luta antimanicomial e também com questões políticas ligadas ao PT. O Partido parecia não apoiar o que acontecia em São Paulo. Em relação ao MLAM desde cedo havia discussões sobre as relações do movimento com o Estado, e de inserção de seus membros no âmbito dos governos. Se você pegar o Relatório do 1º Encontro do MLAM, encontrará questões que

se colocavam ligadas a essa relação do movimento com o Estado. Não podemos esquecer que existem jogos de força, de relações políticas e, conseqüentemente, de quem foi ocupando certos lugares!!! (B3)

Pensando nas pessoas que estiveram à frente no MS, o espaço que nós tivemos (o pessoal de São Paulo) foi sempre muito reduzido e de muito embate. Conquistamos um espaço na Comissão Nacional de Reforma, e eu presidi aqui em São Paulo a Comissão Estadual de Reforma, por mais de um ano. O espaço da cidade de São Paulo era muito difícil diante das condições que eles nos davam. Acho que outros municípios tiveram mais proximidade como Campinas, Santos e Belo Horizonte. (B2)

Ainda para os colaboradores de São Paulo, essa experiência foi retirada do discurso oficial e colocada em esquecimento.

Isso é violência, porque você pode não concordar com os propósitos do que foi feito em uma cidade; agora, você retirar do universo simbólico coisas que tiveram importância só porque não concorda!!! Isso vai me dizendo aonde tudo pode chegar... (B3)

Os colaboradores de Santos deixaram em suas falas a estratégia de ocupação de espaços de poder.

No final de 1989 voltei para Santos e em 2001 fui ser articulador de Saúde Mental da região de Sapopemba, no governo da Martha Suplicy, em São Paulo. Fiquei acho que quatro anos na gestão Marta coordenando a Saúde Mental em Sapopemba, pois estavam implantando um CAPS [...]. Mas logo recebi um convite do Ministério da Saúde, porque tinha acontecido uma intervenção federal num hospital na Paraíba, e eles precisavam nomear um interventor. Então eu fui para lá ocupar esse lugar. (A1)

Saí do governo em Santos em 1997, fui trabalhar no PS daqui e fiz algumas consultorias. Fiquei dez anos fazendo doutorado na Unicamp e terminei em 2000. Depois fui para São Paulo no governo da Marta, em 2003-2004. (A4)

Também participei de duas experiências paralelas à de Campinas: uma foi a de Campina Grande, que fiz intervenção num outro hospício para fechar pelo MS, uma coisa horrível. [...] Em São Vicente, eu fui ser Coordenadora de Saúde Mental [...]. Quando voltei, fiquei ao mesmo tempo em Campinas e aqui em Diadema, depois em São Bernardo do Campo. (A2)

Quanto ao modelo proposto, os colaboradores de São Paulo entendiam que não podia ser nacional.

[...] eles puderam manter a intervenção e conseguiram na Justiça a gestão do Hospital Anchieta, que era particular, e depois começaram a difundir a ideia dos NAPS regionais, estruturas de funcionamento 24 horas com leitos de internação. E nós entendíamos que aquele fechamento do hospital era o modelo de Santos; nesse sentido respeitávamos totalmente, mas ele não podia ser o modelo para o Brasil todo, porque nós não defendíamos nem o nosso modelo.

Defendíamos que cada território deveria construir o seu modelo, e o que nos deixava mais preocupados era com o porvir do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (B1)

A influência que a rede integral de Saúde Mental construída em São Paulo teve na PNSM foi a inclusão do Centro de Convivência (CECCO) na RAPS, porém sem ter recebido financiamento ministerial até o momento.

A segunda CNSM era praticamente o modelo de SP. Não existia CAPS, NAPS, nada disso, porque o entendimento era outro. Hoje existe uma interferência política muito forte e por isso a minha história se torna um discurso pessoal, diferente do oficial. (B1)

Os colaboradores de Santos relativizaram a influência de sua experiência.

Eu acho que de fato a experiência de Santos influenciou muito, mas não foi a única: a experiência de São Paulo influenciou; o início da experiência de Porto Alegre influenciou; o próprio CAPS Itapeva em São Paulo, que era uma experiência do Estado, influenciou a constituição da política [...] havia uma sincronia, e no movimento social algumas pessoas que se tornaram gestoras em alguns municípios desenvolveram práticas, e foi se constituindo um campo jurídico. Foi sendo estabelecida aos poucos a política nacional e as portarias, os mecanismos de financiamento, de regulamentação dos novos serviços, também de forma sincrônica. (A1)

Nós já tínhamos o CAPS em São Paulo, o CAPS Itapeva, de 1987. Esses serviços tinham perspectivas distintas, mas o NAPS de Santos era o primeiro serviço 24 horas do cenário nacional, ou o que hoje nós vamos conhecer como CAPS III. Acho que são perspectivas teóricas distintas, que em determinados momentos se aproximam, em outros têm formas diferentes de pensar, mas considero que são duas experiências em termos de construção de serviços fundamentais para a construção posterior da Reforma Psiquiátrica e da PNSM. (A3)

O radicalismo de vanguarda exalado pela experiência santista trouxe difusão do modelo e, por consequência, influências nas decisões políticas no plano nacional.

Penso que esse movimento da Saúde Mental em Santos teve uma energia muito grande que acabava contaminando as pessoas, e por isso acho que ele teve muita influência. (A2)

Naquele momento era a primeira vez no cenário nacional que isso era feito, e que fossem comunitários e territoriais, que nós denominávamos como NAPS, e que hoje, com a política nacional, ficaram conhecidos como os CAPS III. Acho que essa é uma contribuição fundamental, não apenas no campo da Saúde Mental, mas também no campo geral da saúde, considerando que a atenção contínua 24h foi sempre lida como uma atenção hospitalar. (A3)

Os principais integrantes e condutores da PSM de Santos estiveram em Trieste e vivenciaram intensamente aquela

experiência na década de 1980; por outro lado, receberam apoio à experiência santista dos intelectuais e mentores da experiência de desinstitucionalização que aconteceu em Trieste.

A experiência daqui foi muito inspiradora, e isso teve importância grande, não digo que na Política, mas no Movimento de Reforma, no Movimento Social e para a militância [...]. Como modelo de funcionamento, de organização e de discurso, não acho que a atual PSM tenha tido tanta influência do nosso modelo, dentro daquilo que nós entendíamos por saúde mental. Minha experiência e aprendizado foram em Trieste; portanto, o modo de compreender a entender questão saúde mental é triestino, e isso nunca foi hegemônico na política nacional. (A4)

DISCUSSÃO

A construção de modelos inovadores quanto à política de Saúde Mental nas cidades de Santos e São Paulo no final da década de 1980 esteve diretamente relacionada a dois fatores significativos: o vanguardismo do governo estadual no período 1983/1986, que possibilitou reformulações políticas em Saúde Mental, e a eleição de gestores municipais do Partido dos Trabalhadores (PT) em diversos municípios paulistas, em especial em São Paulo e Santos⁽¹²⁾.

A PSM desenvolvida em São Paulo foi pautada nos pressupostos da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial; dispunha de amplo leque de espaços de assistência nas unidades próprias para os sujeitos em sofrimento psíquico: Hospitais Dia, Emergência em pronto socorro de Hospital Geral, Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral (internação psiquiátrica), ambulatórios de Saúde Mental, Unidades Básicas de Saúde com equipe de Saúde Mental, Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) e os lares abrigados. Deveriam funcionar como rede integrada a possibilitar alternativa efetiva às internações em hospital psiquiátrico⁽¹³⁾.

A PSM desenvolvida na cidade de Santos foi baseada na intervenção da Clínica de Saúde Anchieta (CSA) – hospital psiquiátrico privado – que passou por grande reformulação e transformação interna, tanto na estrutura física quanto na relação dos profissionais com os internos. Paralelamente foram sendo construídos serviços substitutivos – os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) – que passaram a atender integralmente à demanda de Saúde Mental de cada região, principalmente dos casos graves, com funcionamento ininterrupto; uma Unidade de Reabilitação Psicossocial (URP), responsável pela coordenação e desenvolvimento dos projetos de inserção no trabalho, um centro de convivência e um lar abrigado. Os atendimentos de emergência psiquiátrica passaram a acontecer no Pronto Socorro Central. No prazo de seis anos a CSA estava totalmente esvaziada⁽¹⁴⁾.

Verificamos que as diferentes maneiras de entender como realizar mudanças na PSM loco regional possibilitaram a construção de modelos distintos, sendo o de Santos baseado na desconstrução do manicômio e na criação de serviços especializados (NAPS).

O modelo de São Paulo era baseado na construção de rede integral de Saúde Mental constituída por serviços diversificados, a prescindir do hospital psiquiátrico e trabalhar a cultura

manicomial. Ambos tinham por referência o pensamento bagliano, mas cada modelo foi construído de acordo com o contexto local, de modo singular, com complexidade e historicidade próprias.

Questão importante mencionada foi o retrocesso dos modelos ocorrido em ambas as experiências após o término das gestões, devido à mudança de partido político nas gestões municipais: o funcionamento dos serviços de Saúde Mental foi afetado, ocorreu retrocesso e por vezes o desmonte dos serviços construídos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Na história da Reforma Psiquiátrica é frequente a menção às experiências de Santos e São Paulo como modelos inovadores e inspiradores para a construção da PNSM^(14,16); no entanto, os colaboradores mencionaram que houve distinção quanto à publicidade e divulgação desses modelos.

Embora essas experiências tenham se iniciado no mesmo período, em 1989, na cidade de São Paulo o grupo à frente de sua execução permaneceu somente por uma gestão (até 1992), enquanto em Santos o grupo envolvido permaneceu duas gestões (até 1996), a favorecer o avanço da proposta inicial. Tal fato também se mostrou significativo para a visibilidade do modelo, como mencionado.

Observamos que em Santos a divulgação do modelo foi expressiva e mostrou-se marca significativa dessa experiência. O mesmo não se deu na experiência de São Paulo, pelo menor tempo de duração, por ter sofrido mais com o desmonte realizado na mudança de gestão, pelo fato de os atores sociais envolvidos divulgarem muito pouco o que foi realizado naquele período.

O impacto que a experiência santista causou foi alavancado pela publicidade e divulgação mencionadas, inicialmente pela intervenção, e mais tarde pelo fechamento do único hospital psiquiátrico existente na cidade. A abertura que o grupo que a conduziu deu aos profissionais, jornalistas, estudantes e a quem mais quisesse conhecer a experiência santista possibilitou aumento da sua visibilidade, como aconteceu em Trieste⁽¹⁷⁾.

As narrativas confirmam as diferenças do modelo desenvolvido em São Paulo e afirmam sua pequena influência no atual modelo da PNSM, criticado por ser centralizador por ter eleito serviço especializado único, e não rede integral de serviços. A maior influência do modelo de Santos é percebida ao se relacionar o CAPS atual com os NAPS santistas, que tinham como proposta serem serviços que atendessem todas as demandas de Saúde Mental nos cinco NAPS existentes.

Nessa proposta não poderia haver serviços intermediários ou para onde o usuário pudesse ser encaminhado, pois seus mentores, pautados na proposta triestina, eram contrários à hierarquização, referência e contrarreferência, e o NAPS deveria contemplar todas as necessidades do usuário em único serviço. E foi dessa maneira que os CAPS atuais foram estruturados.

Outra característica que merece ser pontuada é a existência do colegiado gestor na experiência paulistana, baseado na exigência de que as decisões e discussões sobre o andamento do modelo ali fossem feitas, reforçando a distância daquela proposta com o que temos hoje. Observa-se que de fato perdeu-se o caráter democrático e coletivo na construção das políticas públicas no Brasil como parte de fenômeno global da sociedade.

Se ao longo dos anos 1990 a Reforma Psiquiátrica manteve estreita relação com os movimentos sociais, no novo milênio ocorre sua institucionalização, como aconteceu com a Reforma Sanitária. Embora ela tenha possibilitado a consolidação de projeto de Saúde que se contrapunha ao modelo hegemônico, encaminhou-a para longe dos movimentos e das organizações sociais, deslocado o principal foco de luta da sociedade civil para o interior do aparelho estatal⁽¹⁸⁾.

Esse funcionamento da Política de Saúde no Brasil possibilitou que o Estado concentrasse maior poder, enquanto os atores sociais que estiveram envolvidos na luta pelas mudanças foram perdendo suas funções sociais e de participação para produzir a política pública. Tal contexto possibilitou que na atualidade os principais atores estejam nos gabinetes ministeriais, a produzir normas e portarias, e não mais nas instituições e nos serviços como protagonistas políticos⁽¹⁹⁾.

Associar tal característica da Política de Saúde no Brasil com as diferenças do modelo de São Paulo e Santos se faz relevante, porque explicita questões e contextos históricos e políticos importantes que não haviam sido ainda mencionados.

Para os colaboradores de São Paulo foi deixada à margem a experiência da cidade devido aos desentendimentos no Movimento da Luta Antimanicomial e no PT, e foi tecida rede de relações de poder pelo grupo santista ao longo das duas gestões petistas na cidade, o que possibilitou a vários de seus integrantes ocupar cargos no MS e outras instâncias. Essa rede de relações de poder teria possibilitado maior influência do modelo de Santos sobre os rumos da PNSM.

Observa-se pelas narrativas dos colaboradores de Santos que suas trajetórias foram diversificadas ao término da gestão em 1996, e de fato houve estreitamento de suas relações com o PT, passaram a integrar cargos e desenvolver atividades junto ao MS e em municípios onde havia a gestão petista. Situação diferente do que aconteceu com os colaboradores de São Paulo que permaneceram na cidade e isolados da condução dada a partir de então à PNSM e sua implementação.

Para colaborador de São Paulo o modelo NAPS de Santos foi assimilado pelo modelo CAPS atual, que passou a partir da Portaria 336/2002⁽³⁾ a ser difundido pelo País, e com o argumento de financiamento federal conseguiu a aprovação dos gestores nos municípios brasileiros.

Acreditamos que ocorreram avanços no sentido de o governo federal implantar política específica destinada à área de SM; no entanto, os caminhos são objeto de reflexão e crítica neste estudo, pois se perdeu muito do que se havia construído de maneira mais coletiva na I e II CNSM.

O funcionamento da política pública como mencionado foi se transformando, a participação social esmoreceu ao longo dos anos e as decisões passaram a se dar no gabinete dos ministérios, envolvendo grupo específico de profissionais da área de SM em sua condução.

No discurso oficial, como em grande parte da literatura nacional sobre a reforma psiquiátrica brasileira, a experiência santista e outras experiências influenciaram a construção da PNSM. No caso de São Paulo, o discurso oficial relega ao esquecimento a experiência da gestão municipal de Luiza Erundina e enfatizou-se a criação de serviço estadual – o CAPS Itavepa (1987)

– como serviço inovador e inspirador na escolha de serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, o CAPS atual.

Observa-se menção recorrente aos serviços NAPS e CAPS como aqueles que inspiraram a escolha do atual modelo, mas sempre com referência ao CAPS Itapeva. Esse serviço foi patrocinado desde sua criação, há mais de 20 anos, pelo governo estadual paulista e é o único CAPS em todo o País não municipalizado após a criação do SUS. Ele não integrou a rede integral de atenção em Saúde Mental de São Paulo e continua na estrutura da Secretaria de Saúde do Estado de SP.

Atualmente o CAPS Itapeva atende população restrita e selecionada de usuários, e sua gestão passou a ser realizada por Organização Social de Saúde (OSS) privada⁽²⁰⁾.

Os colaboradores da rede de Santos confirmaram a influência do seu modelo, mas defenderam que não foi a única; que várias outras experiências contribuíram para a construção do atual modelo; e que a somatória de experiências existentes no País influenciou a constituição das portarias e normatizações que a balizaram.

Segundo esses colaboradores, não houve relação direta entre a experiência santista e o modelo adotado, porém confirmaram a influência do modelo santista na escolha do modelo CAPS, em especial o III, serviço 24 horas inspirado no NAPS santista.

Para colaborador de Santos, se a maior influência fosse a santista, só haveria CAPS III no País, o que não aconteceu até os dias atuais; o modelo santista serviu de referência e foi um marco.

Consideramos que essa posição não possui mais consistência, pois, com as mudanças recentes por meio da Portaria 3088⁽¹⁰⁾, que instituiu a RAPS, criou-se mecanismo de financiamento para a construção dos CAPS III, com ênfase nos CAPS ad, pois a Política de Álcool e Drogas tem tido grande visibilidade. Há alguns anos é o tipo de equipamento preconizado pelo MS.

Observamos que de fato a proposta atual da PNSM é transformar todos os serviços territoriais de SM em CAPS III, similar ao NAPS santista, sob a alegação de que com esse mecanismo seria possível substituir o hospital psiquiátrico.

Embora nenhum dos dois tipos de CAPS III tenha conseguido implantação consistente nos municípios brasileiros, tanto para substituir o Hospital Psiquiátrico quanto para minimizar a problemática do uso abusivo de drogas, de fato ambos trazem consigo a proposta de ser CAPS 24 horas que já era vislumbrada desde a Portaria 336 de 2002⁽³⁾.

Visando contornar a defasagem dos CAPS III, houve investimento na expansão dos CAPS I e II, que atualmente têm sido convertidos em CAPS III, a exemplo do que ocorreu com serviços como ambulatórios de SM e os hospitais dia. Acreditamos que tais mecanismos confirmam a intenção de a PNSM implementar o modelo santista, embora colocado em prática muito tempo depois.

O modelo da PSM de Santos visava contemplar a radicalidade dos pressupostos ideológicos de Basaglia, pois em Trieste o modelo que foi desenvolvido era baseado na rede de serviços de Saúde Mental, com os Centros e Ambulatório de Saúde Mental, Cooperativas Sociais, Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento (emergência em hospital geral), Serviço Residencial de Habilitação, Reabilitação e Reintegração Social⁽¹⁷⁾.

Acreditamos que o modelo da PSM de São Paulo não pode

ter visibilidade porque o contexto político partidário no PT não permitia sua permanência, e paralelamente o grupo san-tista construiu alianças fortes o suficiente para fazer prevalecerem as características do modelo da PSM santista, em especial os NAPS, com sua influência na escolha do modelo CAPS.

Retirar a experiência da PSM de São Paulo da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi apenas uma das estratégias para afastar qualquer possibilidade de retorno à proposta que lá foi iniciada, porque, além de tudo que envolvia do ponto de vista político-ideológico, sua estruturação seria consideravelmente mais cara, haveria necessidade de recursos humanos e capacitação profissional muito maior.

Em termos teóricos era a proposta que mais se aproximava da tradição basagliana, porque envolvia mudanças nos serviços de Saúde e na sociedade de modo geral. Projeto como o de São Paulo tornaria necessário o convívio com sujeitos com transtorno mental em todos os serviços de Saúde, como no contexto da inserção social por meio do CECCO.

Destacamos que muitos profissionais de Enfermagem estiveram envolvidos e contribuíram nesse processo de mudanças na assistência psiquiátrica por meio do engajamento no MLAM, no Movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, nas CNSMs, no ensino e pesquisa da temática; os profissionais de Enfermagem com sua prática nos novos modelos ajudaram a modificar a visão preconceituosa que, ao lado do médico, tinham ao deixarem de ser os vilões das práticas manicomiais, e passaram a ser agentes de mudança e da assistência terapêutica.

Como limitação do estudo, verificamos que alguns colaboradores foram comeditados em suas narrativas sobre a temática analisada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre a influência dos dois modelos inovadores de PSM de Santos e São Paulo que analisamos no estudo, concluímos que a escolha do modelo de PSM centrada em CAPS foi escolha pautada nos interesses político-ideológicos até hoje presentes e com base nos recursos para o financiamento do modelo.

No entanto, em seu funcionamento, na sua execução prática, acabou por não acabar com as ações manicomiais, e não consegue atender as demandas de Saúde Mental nos municípios brasileiros. Tal escolha se deu devido a questões político-econômicas, mediante a submissão/adeseção do País ao ideário neoliberal e a desresponsabilização do Estado com as políticas públicas.

Observamos que a proposição da RAPS pelo MS apresenta características da rede de atenção integral em SM implantada pela gestão Erundina no município de São Paulo, o que acarreta necessidade de se repensar o modelo, pois experiência criticada e colocada oficialmente no esquecimento é recriada com outra denominação e nomenclatura.

Tal fato demonstra o que muitos profissionais inseridos na prestação da assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico suspeitavam: o CAPS não poderia ser a resposta para o modelo assistencial, pois sem a rede de atenção não há como articular a assistência, nem tampouco como atender adequadamente à demanda e especificidades/subjetividades do indivíduo em sofrimento psíquico.

Trazer à luz tais fatos mostra-se de extrema relevância para a continuidade da luta em prol das mudanças necessárias para a assistência em SM em nosso País. Vale ressaltar que trouxemos à tona contextos e história sobre a construção da PNSM e da Reforma Psiquiátrica brasileira que divergem da história oficial e

suscitam a necessidade de mudanças no rumo da atual PNSM. Dados que deveriam influenciar a reorientação das Políticas Públicas de Saúde nessa área temática. A Enfermagem está inserida na assistência no novo modelo e também na luta pela implantação da verdadeira e plena reforma psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. 2001 [cited 2011 Jul 14]; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
2. Devera D, Costa-Rosa A. Historic landmarks of the brazilian psychiatric reform: transformations in legislation, ideology and praxis. *Rev Psicol* [Internet]. 2007[cited 2011 Jul 14];6(1):60-79. Available from: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial [Internet]. 2011[cited 2013 Jun 19]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados-10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico [Internet]. Brasília: março de 2012[cited 2012 Dec 19]; Available from: <http://www.saude.gov.br> e www.saude.gov.br/bvs/saudemental
5. Brasil. Ministério de Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental/8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF) [Internet]. 1988[cited 2011 Jul 14]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência e Promoção da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF). [Internet]. 1994 [cited 2011 Jul 14]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf
7. Costa NR, Siqueira SV, Uhr D, Silva PF, Molinaro A. A Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011[cited 2012 Dec 19];16(12):4603-14. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020981009>
8. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. [Mental health and the Family Health Program: pathways and obstacles in a necessary approach]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009[cited 2013 Jun 19];25(9):2033-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/17.pdf> Portuguese.
9. Nascimento AF, Galvanese ATC. Evaluation of psychosocial healthcare services in the city of São Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2013 Jun 19];43(Suppl1):8-15. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/en_747.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. 2011[cited 2012 Dec 19]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
11. Meihy JCSB, Holanda F. História Oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2007.
12. Zappitelli MC, Gonçalves EC, Mosca I. Panorama da Saúde Mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. In: Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde São Paulo; São Paulo (Estado) [Internet]. 2006 [cited 2014 Jun 19];p225-39. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/ses-6279>
13. Schmidt MLS. Psychological emergency attendance, public university and the mental health policy. *Estud Psicol*[Internet]. 2004 [cited 2013 Jun 19];21(3):173-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n3/v21n3a03.pdf>
14. Luzio CA, L'abatte S. The Brazilian psychiatric reform: historical and technical-supportive aspects of experiences carried out in the cities of São Paulo, Santos and Campinas. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2006[cited 2011 Jul 14];10(20):281-98. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/en_02.pdf
15. Carreiro LF, Euvedeira I, Nassirios AP,Rodrigues EMD, Viegas Jr D. De portas abertas: uma experiência de atendimento em saúde mental. *Interpsic* [Internet]. 2005 [cited 2013 Jun 19]; Available from: <http://www.interpsic.com.br/saladeleitura/textos/portasabertas-index.html>
16. Tenório F. Psychiatry reform in Brazil from the 1980's to present days: its history and concepts. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2002 [cited 2011 Jul 14];9(1):25-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>
17. Barros DD. O Processo de Trieste: cartografia de uma transformação institucional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar* [Internet]. 1991[cited 2011 Jul 14];2(2). Available from: <http://www.cademosdeto.ufscar.br/index.php/cademos/article/view/35/40>
18. Yasui S, Luzio AC. Beyond the governmental decrees: the challenges of mental health policy. *Psicol Estud* [Internet]. 2010[cited 2013 Jun 19];15(1):17-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a03v15n1.pdf>
19. Stotz EM. Social Movements and Health: Notes for a Debate. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 1994 [cited 2013 Dec 19];2(10):264-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n2/v10n2a14>
20. Andreoli SB, Ronchetti SSB, Miranda ALP, Bezerra CRM, Magalhães CCPB, Martin D. Utilization of community mental health services in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [cited 2013 Jun 19];20(3):836-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/21.pdf>