

A rede embala e o ritmo da gestão embola

The net is cast and the management rhythm snags

Florianita Coelho Braga-Campos^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9396-1748>

E-mail: florianita.cbc@gmail.com

Wagner Martins^b

 <https://orcid.org/0000-0002-3769-2616>

E-mail: wagner.martins@focruz.br

^aUniversidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil.

^bFundação Oswaldo Cruz. Brasília, DF, Brasil.

Resumo

Este artigo apresenta relato de experiência de uma pesquisadora e seu orientador no pós-doutorado sobre o viver dos acontecimentos no entorno da pesquisa, à luz de uma experiência que antecedeu tais acontecimentos. Traz transformações ocorridas anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e durante o processo de sua implantação, incluindo o processo da Reforma Psiquiátrica a partir da nova legislação, que vinha contribuir no campo da desinstitucionalização. Mostra que a organização do Programa de Volta para Casa, implantação da portaria do Serviço Residencial Terapêutico, foi palco de protagonismo de diferentes atores e movimentos sociais vivenciados pela pesquisadora. Também esteve presente na gestão municipal em parceria e convênio de cogestão com uma fundação beneficente, para dar sustentação às transformações necessárias para o cuidado em liberdade nos serviços comunitários substitutivos às internações psiquiátricas, mesmo antes da lei que garantia o redirecionamento desse modelo. Assim, a partir desses lugares anteriores e do atual, busca-se olhar para o que foi construído nesses anos, as apostas feitas, os desafios enfrentados, as conquistas observadas. O risco eminente de retrocesso desse processo é o que motivou este registro em forma de relato de experiência, que busca um olhar após 15 anos de afastamento.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Redes de Atenção Psicossocial; Gestão de Redes; Trabalho em Saúde.

Correspondência

Florianita Coelho Braga-Campos

Rua Silva Jardim, 136, Vila Mathias. Santos, SP, Brasil. CEP 11015-020.

Abstract

This article presents a researcher in post-doctoral internship and her advisor's experience report about the events around the research, oriented by an experience that happened before the events themselves. It brings transformations occurred before the establishment of the Brazilian National Health System (SUS) and during its implantation process, including the Psychiatric Reform process based on the new legislation, which contributed to the deinstitutionalization. It shows that the organization of the De Volta para Casa Program (Back Home Program) and the implementation of the Residential Therapeutic Service allowed for the protagonism of different actors and social movements lived by the researcher. She also integrated the municipal management as a partner and with a co-management agreement with a beneficent foundation to provide for the transformations needed for the outpatient care in community services to replace the psychiatric hospitalizations even before the law that guaranteed the redirection of this model. Hence, from these first places and from the current one, this paper aims to look at what was built in these years, the gambles made, the challenges faced, and the conquests observed. The eminent risk of a setback to this process is what motivated this record in the form of an experience report, which seeks an outlook after 15 years away.

Keywords: Psychiatric Reform; Psychosocial Attention Networks; Network Management; Health Work.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira, nos seus quase 40 anos, acumula experiências de norte a sul do país, desde a tentativa de humanização de hospitais psiquiátricos, passando por serviços comunitários abertos (Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Itapeva) e serviços de hospitalidade noturna (Núcleo de Apoio Psicossocial (Naps) de Santos), até vários formatos de residências terapêuticas, como pensão protegida e lar abrigado em Campinas e Porto Alegre (Braga-Campos, 2000); porém, somente houve financiamento da União com a regulamentação dos Caps a partir de 2002.

Para garantir três diretrizes básicas - do confinamento à liberdade, da tutela à autonomia e do trabalho protegido à produção de vida -, após a Lei nº 10.216/2001, muitas portarias foram feitas a fim de alcançar metas como: ninguém mais morar em hospital psiquiátrico; todos terem acesso à rede de cuidados em liberdade e diuturnamente; além de perseguir o restabelecimento dos laços socioafetivos das pessoas que estiveram reclusas por anos (Braga-Campos; Frasseto, 2010).

O Programa de Volta para Casa (PVC), instituído pela Lei nº 10.708/2003, só foi possível com um projeto de governo para o Brasil, que se propôs a consolidar direitos até então negados ou conquistados com o suor e sangue de muitos. Assim, a mesma luta que garantiu a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica - mesmo levando 12 anos (de 1989 a 2001) nos corredores das comissões legislativas do Congresso Nacional - consegue, em 2000, a Portaria GM106/2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e, em 2003, a lei que permite à pessoa moradora de hospital psiquiátrico receber um benefício pecuniário (PVC) e ter uma casa para morar (SRT) após longa internação. Esses dois programas possibilitam que o egresso de longa permanência no hospício possa ser reconhecido como cidadão em nossa sociedade de mercado: tem onde morar e é um consumidor com casa para manter, com cartão, conta bancária e recursos para poder cuidar de si (alimentação, vestimenta, estudo e/ou trabalho e lazer).

O PVC pode ser compreendido como uma bolsa-auxílio à reabilitação psicossocial para as pessoas

internadas há mais de dois anos, como forma de suporte ao processo de desinstitucionalização e de retorno à vida na comunidade. Ao poder habitar na casa de seus familiares ou em SRT, esse recurso financeiro fez uma grande diferença na vida daqueles que conseguiam sair do hospital. Desse modo, pessoas que antes não podiam expressar suas vontades ou necessidades passaram a decidir sobre pequenas questões do cotidiano, como o que vestir ou com o que se alimentar, e a ter poder de compra sem ter de esperar por doações ou benemerências. Essa transformação de um interno sem poder de decisão em um cidadão pertencente ao ciclo societal foi fruto de um política afirmativa.

Essas foram duas conquistas da reforma psiquiátrica brasileira em que houve reconhecimento pelo Estado de uma dívida histórica, permitindo que o recurso até então colocado na longa internação fosse investido em casa (SRT), e o benefício pecuniário entregue diretamente ao egresso de longa permanência hospitalar (PVC). Ou seja, ao oferecer condições de moradia em comunidade e uma bolsa de auxílio financeiro, o financiamento estatal permitiu ao egresso voltar a ter oportunidades de ser como qualquer outra pessoa:

Poder sair do seu espaço sem ser considerado fujão; rir alto, chorar, discutir e até brigar em casa sem ser rotulado de “esquisito ou perigoso”; ter suas próprias coisas - móveis, roupas, comida, lixo - e escolher como dispor delas. (Braga-Campos, 2011, p. 12)

Mesmo os trabalhadores dedicados a ver os efeitos da Reforma Psiquiátrica mudando a vida de milhares de pessoas precisavam fazer um grande esforço para entender ou vivenciar mais proximamente o que foi a vida desses egressos. Como recomenda Primo Levi (1988, p. 25) em seus escritos sobre os campos de concentração, situação que se aproxima de diversas maneiras aos manicômios,

que cada um reflita sobre o significado que se encerra mesmo em nossos pequenos hábitos de todos os dias, em todos esses objetos nossos, que até o mendigo mais humilde possui: um lenço, uma velha carta, a fotografia de um ser amado. Essas coisas fazem parte de nós, são algo como os órgãos

de nosso corpo: em nosso mundo é inconcebível pensar em perdê-las, [...] Imagine-se, agora, um homem privado não apenas dos seres queridos, mas de sua casa, seus hábitos, sua roupa, tudo, enfim, rigorosamente tudo que possuía; ele será um ser vazio, reduzido a puro sofrimento e carência, esquecido de dignidade e discernimento - pois quem perde tudo, muitas vezes perde também a si mesmo.

A vida dessas pessoas passou por grandes mudanças desde a instituição da legislação citada, por ter aberto possibilidades de vida mínima com garantias estatais. A criação de uma política nacional (Brasil, 2011), instituindo, valorizando e estimulando com financiamento redes de atenção municipais para além da saúde, deu contornos aos gestores locais de organização dos serviços para melhorar a vida de usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, das cidades. E principalmente, valorizou o papel da intersetorialidade numa determinação do cuidado em rede.

Porém, cabe destacar a complexidade da reinserção na vida, o que implica necessariamente recuperar vínculos perdidos, criar novos projetos e redes de relações, e sustentar as possibilidades de viver nas cidades. Em outras palavras, “não tem sido automático a passagem de uma situação de desvalor para uma situação de participação efetiva no intercâmbio social” (Kinoshita, 1996, p. 56). Para a efetivação dessa meta, portanto, os dois programas de intervenção social - os SRT e o PVC - fazem parte dos pilares da Reforma Psiquiátrica brasileira. São recentes tais experiências no processo de desinstitucionalização das pessoas com história de longa internação em hospitais psiquiátricos, e poucos são os estudos que discutem e problematizam as diversas dimensões implicadas (Lionço et al., 2010; Silva et al., 2010).

Tais questões fazem lembrar Todorov (1996), quando afirma que a pessoa nasce duas vezes, uma ao vir à luz e outra no reconhecimento pelo outro, o que chama de vida e existência. Também afirma que “nenhuma coexistência já vivida nos libera da necessidade de novas coexistências” (p. 69). As pessoas sequestradas da vida por longo tempo foram lentamente se desconectando do mundo de suas relações familiares, de amizades e do trabalho,

fazendo com que se esvaísse o significado de sua existência. Talvez esta seja a maior dificuldade em restabelecer afetos perdidos, pois “os distribuidores habituais de reconhecimento” desapareceram, lembra Todorov.

Buscando contribuir nesse debate, este artigo pretende relatar a experiência dos autores que estiveram em pesquisa com egressos de longa internação beneficiados com o PVC e, às vezes, com os SRT da cidade de Campinas, trazer à tona a história vivida por pessoas que, a partir desses recursos dispostos, reconquistaram seus espaços, seus grupos, enfim, se reconectaram à vida, permitindo-se uma existência. Até que ponto essa reversão do financiamento estatal possibilitou a reconstrução individual e inserção territorial das pessoas beneficiadas? Quais questões têm facilitado o processo de desinstitucionalização esperado por essas políticas afirmativas?

A escolha do município de Campinas/SP deve-se a várias questões. A primeira diz respeito à experiência campineira de “moradias abrigadas” e “pensões protegidas”, que data da década de 1990; ou seja, já havia um processo intenso de transformações 10 anos antes da portaria que instituiu o SRT no ano 2000. As tímidas experiências municipais nos primeiros anos, com duas e depois mais uma casa, foram se ampliando gradualmente, com aumento para 19 casas e com fechamento de uma ala de um hospital psiquiátrico. Posteriormente, com a criação da portaria PTGM-106/2000, outros serviços residenciais se configuraram.

Segundo motivo: todos os residentes das casas criadas pelo município anteriormente ao marco legal foram cadastrados no Ministério da Saúde como moradores SRT, assim, todos passaram a receber o PVC na primeira fase da implantação da Lei nº 10.708/2003. Em consequência disso, Campinas foi a cidade onde mais moradores receberam, inicialmente, o PVC. Eram pessoas que já estavam com alguma autonomia, que já exerciam o ir e vir

sozinhas ou acompanhadas para as oficinas de geração de renda, para os Caps e/ou para a escola, que faziam compras e frequentavam serviços bancários, já estando de alguma forma inseridas no bairro.

Outra questão que justifica essa escolha deve-se a esses beneficiários estarem participando de uma pesquisa avaliativa do PVC,¹ 15 anos depois da lei que estabelece a bolsa-auxílio.

O objetivo deste artigo é apresentar um relato dessa experiência, o reencontro de pessoas – usuárias, trabalhadoras e gestoras – que estiveram em diferentes momentos da construção de uma rede que se transformou nesse percurso e que, sobretudo, representa um olhar atravessado por tempos dispersos na memória de quem esteve em importantes momentos da história da Reforma Psiquiátrica no município. A sustentação desse olhar repleto de afeto pelo tempo vivido considera, ainda, como diz Benjamin (1985, p. 201), que “o narrador retira da experiência o que ele conta: sua própria experiência ou relatada pelos outros. E incorpora às coisas narradas as experiências dos seus ouvintes”.

Resgatando a experiência de Campinas

Para contar e melhor esclarecer sobre a Reforma Psiquiátrica em um município como Campinas, cidade maior que várias capitais de estados, podemos seguir em três tempos: antes do SUS, na sua implantação e após a Lei nº 10.216/2001.

Primeiro tempo: antes do SUS, a política de saúde mental já segue diretrizes da Organização Pan-Americana de Saúde

A estruturação da área da saúde em Campinas, desde a década de 1970, mostra influências da Atenção Primária à Saúde (APS) sugeridas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a conferência de Alma-Ata, seguindo diretrizes da

1 Este trabalho, embora nascido durante estágio de pós-doutoramento, guarda forte conexão com a pesquisa “O Programa de Volta para Casa e a desinstitucionalização: o impacto na vida cotidiana dos beneficiários”, apresentada à Plataforma Brasil no Comitê de Ética e Pesquisa da Fiocruz/DF em 5 de julho de 2016, e aprovada em 27 de agosto de 2016 pelo Parecer nº 1.699.082, já autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, instituição responsável pelas moradias onde habitam os beneficiários do PVC de Campinas.

Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), o braço regional da OMS para as Américas. Não é exagero dizer que a confluência de duas universidades - a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - com seus departamentos de medicina preventiva e social (de criação recente à época) contribuíram para esse caminho, levando a cabo o planejamento e implantação dessas diretrizes com participação fundamental na política da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Também nessa confluência, ecoava a pressão dos movimentos sociais por melhores condições de vida e saúde, os quais foram atuantes e favoreceram tais construções na cidade (Braga-Campos, 2000; Nascimento; Correia; Nozawa, 2007).

Em 1979, em sua rede de saúde mental, Campinas já estava em consonância com os princípios da Opas e entendia a urgência de uma mudança na assistência psiquiátrica, embora permanecesse a visão de necessidade da internação psiquiátrica. Possuía um Ambulatório de Saúde Mental Municipal, algumas equipes de saúde mental nos centros de saúde (CS) e, logo em seguida, foi contemplada com mais um Ambulatório Regional de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde (SES), mantendo convênios com cinco hospitais psiquiátricos no município. Outra feliz confluência foi a abertura democrática que ocorria no país, tendo como resultado das primeiras eleições para governadores, em 1983 e depois de duas décadas, o equilíbrio do resultado entre quatro partidos de oposição existentes (PMDB, PDT, PT e PTB) e o vigente (PDS), o que permitiu à SES montar equipes de saúde com sanitaristas, que também seguiriam as diretrizes da APS como organização da área da saúde para todo o estado de SP (Braga-Campos, 2000).

Dessa forma, quando nacionalmente se faz a crítica severa do sistema de saúde brasileiro por meio do relatório do plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, com sua Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (Inamps; Conasp, 1982) e, especificamente da área da psiquiatria, com a Reorientação da Assistência Psiquiátrica (Inamps; Conasp, 1983), Campinas estava preparada em relação a seus serviços de saúde, tanto da área estadual como municipal, para fazer mudanças que

serviriam de exemplos possíveis para outros voos. Em 1983, com as diretrizes das Ações Integradas de Saúde (AIS), foi permitido o financiamento, que até então era exclusivo para o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, a SMS e as universidades organizarem seus serviços e ampliar o atendimento à saúde não apenas ao trabalhador de carteira assinada. Em Campinas, criou-se o Pró-Assistência, uma comissão que reúne os serviços de saúde da União, do estado de São Paulo e município com apoio da academia (PUC-Campinas e Unicamp) para formação, estágio e o que era chamado “treinamento em serviço” de toda rede pública (Braga-Campos, 2000; Nascimento; Correia; Nozawa, 2007).

Antes mesmo do SUS e até da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no município iniciou-se a municipalização dos serviços estaduais e federais, numa espécie de gestão única da saúde exercida por essa comissão do Pró-Assistência. Uma das decisões dessa comissão foi a ampliação das “equipes mínimas de saúde mental” na Rede Básica, o que foi feito por meio do desmonte do Ambulatório de Saúde Mental da SES (Braga-Campos, 2000). Com essa medida, todos os CS da SES estariam com as equipes dando cobertura regional aos demais CS pertencentes à SMS e à PUC-Campinas.

Segundo tempo: a política de saúde mental na implantação do SUS

A VIII CNS, em 1986, reforça o papel da APS na organização do sistema de saúde, e a Constituição de 1988 declara a saúde como direito básico. Em seguida, vem a Lei nº 8.080/1990, que cria o SUS. Com isso estava dada a legislação que oficializava a reorganização do sistema de saúde campineiro: a municipalização plena dos serviços com gestão única do município e a criação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal para os repasses financeiros da federação e, assim, o controle dos conveniados (Campos, 1991; Nascimento; Correia; Nozawa, 2007). O diagnóstico e planejamento do setor de saúde, que vinha sendo feito pelo Pró-Assistência, tem continuidade e é por meio dele que fica exposto que a maior causa de internação é psiquiátrica (L'Abbate, 1990).

Quase não bastavam os cinco hospitais da cidade, restando o trabalho de distribuição das internações para outros locais do estado, o que competia a um pronto-socorro psiquiátrico particular conveniado. Uma participação importante das universidades foi a organização de pronto-socorro psiquiátrico acoplado às enfermarias psiquiátricas, com objetivo de evitar a longa internação ou até de não necessitar dela, encaminhando para tratamento nos ambulatórios. E aqui faço o recorte para apontar que essas soluções opasianas mostraram a ponta do iceberg psiquiátrico campineiro: cercar o hospício de uma rede de serviços potentes sem lidar diretamente com as causas da internação continuava a exclusão das pessoas que se encontravam diagnosticadas com “problemas psiquiátricos” (Braga-Campos, 2000).

Novo fato soma-se a favor da Reforma Psiquiátrica não apenas em Campinas, mas também em vários municípios com o resultado eleitoral para diversas prefeituras, em 1988. Venceu o Partido dos Trabalhadores (PT) que, além de contar com lideranças do setor da saúde aderidas à APS, discute internamente a tendência de radicalização na atenção psiquiátrica, indicando o fechamento do hospital psiquiátrico. Essa discussão é diferente da proposta da APS com suas equipes mínimas e ambulatórios, divulgada pela Opas e financiada pelo Banco Mundial (BM), que estava em curso em vários municípios de diferentes estados brasileiros e, no caso paulista, era a que se desenvolvia em Campinas, com financiamento específico do BM para a capital de São Paulo (Braga-Campos, 2000).

É bom lembrar que, neste ínterim, a política da SES seguia as diretrizes iniciadas com a implantação das AIS, o que proporcionou à região de Campinas discutir a necessidade de ter formas de tratamento diferente da internação psiquiátrica com o aumento da atenção ambulatorial nos municípios, enfermarias e prontos-socorros psiquiátricos em hospitais gerais. Essa continuidade obteve alguns resultados: fecharam, em diferentes momentos, o

hospital psiquiátrico Santa Isabel e o Bierrenbach, do município de Campinas e de Americana e, mais tarde, o de Várzea Paulista.

Nesse contexto, São Paulo capital aprofundou a proposta na Opas/APS com equipes não tão mínimas e fez o Caps Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (Caps Itapeva), da SES, inspirado em experiência francesas. Santos radicalizou com o desmonte do hospital psiquiátrico particular e conveniado, no qual entreviu inspirada pela Psiquiatria Democrática italiana, construindo serviços comunitários, diuturnos e territorializados a partir do desmonte do manicômio. Campinas, que vinha de uma implantação, desde 1979, do modelo Opas/APS, acolhe algumas experiências paulistanas e santistas: do Caps Itapeva, dos Centros de Convivência e Cooperativas e o ideário de Basaglia (Braga-Campos, 2000). Essa foi uma opção híbrida, pois manteve a rede de serviços municipais e, por meio de um convênio de cogestão,² experimentou os serviços alternativos para a reforma psiquiátrica.

Destaca-se, pois, o importante papel do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) nesse processo. Essa instituição, um ex-sanatório beneficente, teve aprovação na Câmara Legislativa de um convênio de cogestão³ municipal, no qual a SMS teria poder de indicar a gestão, a política a ser seguida e os servidores municipais para fazerem parte também da gestão e do trabalho (Braga-Campos, 2000; Onocko; Amaral, 1997). Durante esse período, no SSCF recebiam-se moradores dos hospitais que eram fechados e preparavam-se essas pessoas para voltar às suas famílias que, ao serem localizadas, tinham condições de as receber ou de organizar o morar delas em “pensões protegidas” (dentro da área do SSCF) ou “lares abrigados”, casas assistidas na comunidade.

Faz-se importante ressaltar a imagem-objetivo do SSCF, definida em 1992 no planejamento da instituição como parte da rede que buscava a construção da Reforma Psiquiátrica municipal, que era “um pedaço do futuro que queremos para

2 De acordo com a ata da reunião do CMS de 26 maio de 2010, sobre o Convênio, a relação de cogestão é “amparada em uma lei de 1990, a qual define que o SSCF presta serviços exclusivos ao município, o qual atende em sua totalidade o Sistema Único de Saúde” (CMS, 2010a, p. 3).

3 Essa experiência é tratada por vários autores, e os dois livros principais são *Inventando a mudança na saúde*, organizado por Luiz C. O. Cecilio (1994), e *Agir em saúde*, organizado por Merhy e Onocko (1997). É tratada também em capítulo do livro *Psicologia e saúde: repensando práticas*, organizado por Braga-Campos (1992).

nosso país” (Onocko; Amaral, 1997, p. 361). O mesmo documento do colegiado de gestão continuava: “esta não é tarefa simples... Estamos aprendendo a fazer, fazendo, na medida em que não há receita pronta de como gerenciar no interior de uma instituição que se ambiciona democrática” (Onocko; Amaral, 1997, p. 361). O SSCF cumpriu o papel inicial da desinstitucionalização e, contraditoriamente, Campinas, com uma rede robusta e histórica de atenção à saúde mental, utilizou-se do hospital psiquiátrico para buscar organizar alternativas à psiquiatria. Embora, nos anos que se seguiram, diferentes governos na SMS tiveram outras prioridades.

Terceiro tempo: a política de saúde mental após a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001)

No ano de 2001, além da aprovação da Lei nº 10.216, em abril, que estava em discussão no Congresso Nacional desde 1989, foi quando, em Campinas, assumiu pela segunda vez um governo do PT, e retornou a equipe do início da década de 1990, que tinha iniciado o incremento das políticas para saúde mental com base na APS (Campos, 2003).

Muita coisa havia mudado no cenário das políticas de saúde e saúde mental no país e, com a aprovação da lei, várias portarias foram elaboradas durante o ano de 2002 para financiar sua implantação: a criação de Caps comunitários e territoriais com funcionamento 24h, como os Naps de Santos; fiscalização anual dos hospitais psiquiátricos e incremento dos hospitais de pequeno porte incluídos na rede de atenção; enfermarias em hospitais gerais; e incentivo financeiro à montagem de SRTs. Esse processo teve início em 2002, e bastaram dois anos para que 10 hospitais psiquiátricos, que supostamente eram responsáveis pelo tratamento das pessoas, em diferentes estados da federação, sofressem intervenção decretada pelo Ministério da Saúde para seu fechamento e, conseqüentemente, para a cuidadosa construção das redes de Atenção Psicossocial nessas regiões.

A gestão de 2001 foi iniciada pela intervenção e fechamento do último hospital psiquiátrico privado, que ainda existia para que todo recurso fosse investido em construção da rede de cuidados em liberdade, com Caps 24h e mais moradias por meio do convênio de cogestão com o SSCF.⁴

Nesse período, o município de Campinas já contava com 32 moradias. Isso aconteceu pelo reforço do convênio com o SSCF, cujos recursos a cogestão possibilitava gerir para a ampliação da rede de cuidados em liberdade: organização de novos serviços com contratação de pessoal; colegiado de gestão com assento tanto à SMS como ao SSCF; colegiados intersetoriais também com assento aos citados e, além deles, às universidades, ao Poder Judiciário e Ministério Público, ao conselho tutelar e às diferentes secretarias envolvidas na rede de cuidados; e organização do trabalho para geração de renda, proporcionando a todas as pessoas atendidas na Rede de Atenção Psicossocial da cidade a oportunidade de produzir e vender.

Os dois Caps existentes, serviço ainda intermediário entre a Atenção Básica (AB) e internação, foram remodelados para serviços territoriais 24h. As equipes que constituíam o Hospital Dia e a ala de moradores dentro do SSCF saíram para a cidade e estruturaram dois Caps 24h. Posteriormente, foram construídos outros dois. Desse modo, todas as regiões da cidade foram cobertas, e em todas elas passou a funcionar um Centro de Convivência com trabalho intersetorial, organização de oficinas para geração de renda, com uma grande loja centralizada para escoamento dos produtos e atividades que abrangiam todo o município. Ainda no SSCF, permaneceram alguns leitos para internação (Núcleo de Atenção à Crise) e de moradores (pessoas bastante idosas ou comprometidas física e intelectualmente) - situação que gerava grande polêmica, pois os funcionários desses locais defendiam que elas necessitavam de mais tempo para preparar suas moradias assistidas e, nas avaliações mensais da rede, defendia-se a capacidade ampliada do papel dos Caps 24h, o direito

4 Para isso, ver Ata de reunião do CMS de 27 de junho de 2001, que registra a aprovação da política de saúde mental do município com o rompimento do convênio com o último hospital privado e criação de Rede de Atenção Psicossocial, com Caps 24h nos territórios da cidade e tudo que nela importava.

à liberdade de viver fora do hospital e o cuidado intensivo de pessoas muito dependentes.

Foram organizadas equipes de apoio matricial nos Centros de Saúde ou nos Caps para toda a AB. Fundamental para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial foi a criação de um corpo de psiquiatras dos Caps no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), que fazia a regulação dos usuários de Campinas para os Caps, e de fora da cidade para os prontos-socorros das universidades; a valorização das universidades e da educação permanente com supervisão técnica para todas equipes de Caps e da AB; e, para o suporte político-cultural, investiu-se no estreitamento de relações intersetoriais com Organizações Não Governamentais, Juizado da Infância e Juventude, Ministério Público, Conselho Tutelar, Secretarias de Educação, Esporte, Assistência e Cultura, prioritariamente, e Conselhos Municipais de Assistência e Saúde, incluindo a participação desses setores em reuniões mensais da gestão, quando se discutiam os casos difíceis e as novas estratégias técnico-políticas de enfrentamento de problemas da saúde mental na cidade (Braga-Campos, 2001; Campinas, 2001).

Estava dado o grande incentivo às mudanças culturais na forma de ver e viver a loucura. Toda a Reforma Psiquiátrica era muito discutida: a emancipação de vida do usuário era pedra fundamental nessa trajetória, e isso implicava a organização das moradias para que o cotidiano não fosse tutelado e sufocasse a autonomia; a discussão dos projetos terapêuticos com o principal interessado, sobre o que era o papel de um Caps e o que era atenção psicossocial e atenção à crise em liberdade – e esses eram debates bastante conflituosos, que nem sempre se resolviam de uma única forma. Era possível experimentar composições diferentes, mas sempre numa discussão avaliativa dos processos. Para essa etapa foi importante a utilização do convênio de cogestão com o SSCF, pois, a partir do convênio, toda discussão, planejamento e gestão eram colegiados e intersetoriais. Participavam mensalmente os colegiados de gestão das diferentes instituições em compartilhamento (SMS, SSCF, Unicamp, PUC-Campinas, Secretaria Municipal de Educação, conselhos tutelares e, muitas vezes, o Ministério Público) (Braga-Campos, 2001).

Apropriação do território, restabelecimento de laços socioafetivos e gestão pública de uma rede pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica

A apropriação do território é essencial para o restabelecimento de laços socioafetivos de qualquer pessoa quando em novo lugar de morada; no caso, pessoas que ficaram trancafiadas em espaços de troca-zero, sem convívio, e depois foram viver fora dos muros de hospícios. Trata-se de grande desafio, não apenas para elas, mas para seus cuidadores. Os ritmos impostos pela sociedade de mercado e pela vida urbana também dificultam o convívio entre as pessoas, as respostas ao trabalho passam a dominar os trabalhadores, e o resultado dele passa a ser um produto avaliado pelo empregador. E, assim, como seria isso na Reforma Psiquiátrica?

A maioria dos novos serviços de atenção psicossocial no país, principalmente posteriormente à Lei nº 10.216/2001, são terceirizados – as SMS fazem contratos com entidades ou empresas de cunho espírita, cristão e até laico, como o SSCF. Então, como fica isso no cuidado de pessoas que precisam ressignificar seu tempo e vida? Braga-Campos e Mendes (2012, p. 367) assim expõem a questão:

Pode-se afirmar que o trabalho dentro das diretrizes da Reforma Psiquiátrica são, prioritariamente, o laço social e os direitos humanos, o que rendeu, e ainda faz eco, uma grande disputa ideológica que se coloca na fronteira do técnico e político, ou seja, o papel dos profissionais em responder a esse lugar social da loucura. Tal situação significa combater a cultura do medo, que é, antes de tudo, um vácuo do Estado moderno que leva à impotência e à insegurança, reforçando o senso comum sobre a incapacidade e a periculosidade da loucura.

Quando se discute e planeja uma gestão de rede, a necessidade das pessoas que a utilizam deve ser o que marca a sua construção. Para isso, no início da implantação da lei, a gestão se dava em compartilhamento, conforme discutido

anteriormente, com todos envolvidos nessa constituição de rede, com centralidade do município como gestor único do SUS.

Os convênios eram elaborados após discussão a partir da necessidade de alcançar as metas propostas. Levava-se em conta, para tal, as subjetividades dos processos serviço-cuidadores-usuários desde as regiões de saúde até a singularidade do usuário: aqueles que não conseguiam morar em grupo e alugavam um espaço em casas que tivessem “casa dos fundos” para constituir suas moradias; aqueles que queriam se casar e ter casa própria; aqueles que optavam em não tomar o medicamento prescrito e precisavam de acompanhamento mais próximo; as mulheres que engravidavam e queriam ter e viver com seus filhos; aqueles que tinham dificuldade de convívio no trabalho e precisavam conseguir tarefas a que se adequassem; e até os que queriam somente passear e aproveitar, que agora podiam escolher cada passo a tomar. Isso mostrava que, para o processo de desinstitucionalização, o respeito ao ritmo dessas pessoas é crucial. Não é simples o cuidar em liberdade e acompanhar o reaprender a conviver em comunidade: conflitos, festas, namoros, passeios, trabalho, controle do próprio dinheiro.

Diante da possibilidade de seguir essa condição, numa rede mista entre própria, municipal e conveniada (mesmo que com entidade filantrópica em cogestão municipal), é fundamental planejamento e gestão com discussões e avaliação contínua e compartilhamentos em gestão colegiada, pois a vida não segue “o papel”, ela é dinâmica, cheia de imprevistos, e é sobre eles que o coletivo pode atuar. Tudo na construção de uma rede - dos serviços à gestão - é preciso “manter-se como espaços amplos de encontro e de reconstrução das experiências de vida cotidiana que estão reunidas num mesmo espaço físico” (Braga-Campos; Mendes, 2012, p. 367).

A SMS de Campinas, em determinado momento de seus diferentes governos, fez a opção de não tratar mais o convênio como uma cogestão do serviço filantrópico, mas como uma parceria de organização social, ou seja, recolheu todos os seus trabalhadores e a infraestrutura da Rede de Atenção Psicossocial, colocando-a para contrato de gestão no qual a SMS tem o papel de fiscalizadora do contrato assinado,

e não de gestora da rede. Esse foi o resultado de um processo de decisão arrastado por anos, tendo em vista os registros em atas de reunião do CMS. De 2009 a 2012, a finalidade primeira do convênio de cogestão para a área da saúde mental foi fartamente debatida e nem sempre aprovada pelo CMS. Muito discutiu-se também sobre a elaboração de termos aditivos, que chegaram à soma de 7% do orçamento da SMS, depositados no SSCF com contratos de ACS que estavam sendo substituídos por concursos, mais contratos de médicos e enfermeiros na mesma condição e até lavanderia para toda a SMS, na urgência de não paralisar a oferta de serviços - que crescia mais que a possibilidade legal de concursos e investimentos próprios pela Lei de Responsabilidade Fiscal, segundo argumentava a SMS para os conselheiros (CMS, 2010b, 2011, 2012b).

Com os apontamentos do Tribunal de Contas da União foi passado régua em todo o convênio e diferentes termos aditivos. Segundo a ata da reunião do CMS de 25 de janeiro de 2012, “as duas partes assinaram um Termo de Ajuste de Contas, o qual garantiu um prazo curto para resolver os impasses e irregularidades dos convênios” (CMS, 2012a, p. 2). O resultado dessa contenda foi a judicialização da desinstitucionalização, um processo que requer cuidado, pois, de alguma forma, fere a autonomia dos usuários que residem num SRT, que não pode ser entendido como sua casa, sendo uma instituição que oferece serviços. A instituição precisou ter controle sobre todo dinheiro individual do usuário (PVC e BPC) para prestar contas ao contratante de seus serviços, comprometendo o processo de desinstitucionalização. E esse é um dinheiro que faz parte de política afirmativa e direitos sociais - individual e intransferível.

Enfim, nesse molde de convênio parecido com o contrato de organização social, o direito da pessoa é convertido em uma mercadoria a ser consumida, e o Estado em gerente dos contratos feitos. Nos planos de trabalho do convênio, a partir de 2012, embora esteja descrito o papel importante dos serviços e da rede ao definir o financiamento, a forma de pagamento e o controle da comissão municipal ferem os princípios que garantem o direito individual do usuário. Abaixo segue um exemplo do plano de trabalho do convênio de 2018 quanto aos objetivos e

matriz de indicadores para monitoramento relativos ao Caps III, que aponta para o que estamos falando:

Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares, sociais e afetivos. (CMS, 2018, p. 3-4)

MATRIZ DE INDICADORES QUALITATIVOS PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CONVÊNIO

[...]

Boas práticas em saúde mental: garantir adequada ocupação de leitos em CAPS III

Apresentar taxa de ocupação média de 60% dos leitos em CAPS III. [...]

Fará jus a 100% do valor se apresentar taxa de ocupação média mensal de 60% ou mais, em todos os CAPS III; fará jus ao valor proporcional à taxa de ocupação apresentada se a mesma for de 59% ou menos em algum dos CAPS III.

Boas práticas em saúde mental: garantir adequada taxa de permanência em CAPS III

Apresentar média de permanência entre 4 e 12 dias em CAPS III. [...]

Fará jus a 100% do valor se apresentar média de permanência entre 4 e 12 dias por CAPS III. Fará jus a 90% do valor se apresentar média de permanência entre 3 e 3,9 dias ou 12,1 e 14 dias em algum(s) dos CAPS III. Fará jus a 80% do valor se apresentar média de permanência abaixo de 3 dias ou acima de 14 dias em algum(s) dos CAPS III. (CMS, 2018, p. 40-42)

A rede assim estabelecida não embala, não deixa que as pessoas se movam de acordo com suas necessidades singulares no processo de desinstitucionalização e, fundamentalmente no reestabelecimento de seus laços socioafetivos, ela se fixa na burocracia de aplicação da legislação e embola a vida cotidiana de cuidado. É preciso considerar que um processo de desinstitucionalização segue na contramão do que os contratos de gestão cobram como produtividade. Esta, como “boa prática” para o cuidado em liberdade, seria a garantia de que se

interne o mínimo possível, e não que se mantenha mais de 60% dos leitos de um CAPS ocupados. “Boa prática” é aquela que garanta o acompanhamento do usuário em ações fora dos serviços, para o ajudar a se inserir na vida cotidiana como qualquer um de nós: escolher e fazer compras, cozinhar, festejar (cantar, dançar) e conviver com as pessoas.

O risco dessa gestão por produtividade é voltar à assistência psiquiátrica anterior: manter mais de 60% de ocupação dos leitos de Caps e permanecer nos serviços 12 dias no mês, faz parecer “naturais” as tecnologias duras de contenção com mais medicamentos, médicos e enfermagem para dar conta do contrato, enquanto os profissionais mais voltados ao acompanhamento das escolhas de vida, das artes e das práticas diárias em oficinas para o trabalho e lazer são vistos como de menor valor produtivo. E pior... finda-se o processo de desinstitucionalização imprescindível para a Reforma Psiquiátrica.

Considerações finais

Foram-se décadas para a estruturação das casas e dos serviços, e para diferentes ensaios para uma vida em liberdade de pessoas que, antes, eram apenas mais um interno de hospital psiquiátrico modelar. Uma grande equipe persiste, e novos entram na engrenagem, ora lubrificando, ora emperrando no argumento da burocracia, de o problema estar no outro, e por aí eleger a culpa institucional em vez de discutir e ter espaço para argumentar em prol de uma mudança.

Nesse período, pudemos compreender os efeitos de uma vida vivida em liberdade a partir da rede para além da saúde, uma vida enredada nos meandros do território, do convívio, dos enfrentamentos e, por que não, dos perigos do viver.

É inegável o ganho para a vida das pessoas que visitamos. Ouvir as histórias em dois tempos foi uma emoção ímpar. Apesar do envelhecimento, que traz dificuldades de locomoção rápida e independente na cidade, apesar do crescimento da vida urbana com sua violência que não escapa a ninguém, apesar da dificuldade do ritmo de trabalho e até da improdutividade para novas rendas, essas pessoas permanecem críticas às mudanças, mesmo que não

as compreendam por inteiro ou não concordem com as justificativas dadas. Elas sabem onde buscar apoio para enfrentar as dificuldades: os Caps continuam sendo seu amparo, embora o serviço não tenha autonomia para resolver questões das escolhas cotidianas. Mas a maioria deles, e também os cuidadores, sabe que estar junto pode marcar a diferença entre uma vida restritiva ou uma vida em liberdade, com tudo que envolve viver na cidade.

Referências

- BENJAMIN, W. O narrador. In: BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 197-221.
- BRAGA-CAMPOS, F. C. (Org.). *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- BRAGA-CAMPOS, F. C. *O modelo da Reforma Psiquiátrica e as modelagens de São Paulo, Santos e Campinas*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- BRAGA-CAMPOS, F. C. A gestão de rede do cuidar em liberdade. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília, DF. *Cadernos...* Brasília, DF: UnB, 2001.
- BRAGA-CAMPOS, F. C. Prefácio. In: SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. (Org.). *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 11.
- BRAGA-CAMPOS, F. C.; FRASSETO, F. Em defesa da liberdade. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4., 2010, Brasília, DF. *Cadernos...* Brasília, DF: UnB, 2010.
- BRAGA-CAMPOS, F. C.; MENDES, R. Saúde mental e promoção da saúde. In: HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; VIANNA, D. L. (Org.). *Promoção da saúde: fundamentos e práticas*. São Paulo: Yendis, 2012. p. 363-377.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica: relatório de gestão 2007-2010*. Brasília, DF, 2011.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 2001, Campinas. *Cadernos...* Campinas: SMS, 2001.
- CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CECILIO, L. C. O. (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CMS - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. *Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde realizada aos 27 dias do mês de junho de 2001*. Campinas, 2001. Disponível em: <<http://bit.ly/2X6WeGR>>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- CMS - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. *Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Campinas realizada aos 26 dias de maio de 2010*. Campinas, 2010a. Disponível em: <<http://bit.ly/31RXotn>>. Acesso em: 12 jun. 2016.
- CMS - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. *Atas das reuniões de 2010*. Campinas, 2010b. Disponível em: <<http://bit.ly/2Jei1Eq>>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- CMS - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. *Atas das reuniões de 2011*. Campinas, 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/2Fw4ASc>>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- CMS - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. *Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Campinas realizada aos 25 dias de janeiro de 2012*. Campinas, 2012a. Disponível em: <<http://bit.ly/31RXotn>>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- CMS - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. *Atas das reuniões de 2012*. Campinas, 2012b. Disponível em: <<http://bit.ly/2YdbmDG>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

- CMS - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. *Plano de Trabalho*: programa de parceria na assistência em saúde mental. Campinas, 2018. Disponível em: <<http://bit.ly/2X751Zn>>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- INAMPS - INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL; CONASP - CONSELHO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE PREVIDENCIÁRIA. *Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social*. Rio de Janeiro, 1982.
- INAMPS - INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL; CONASP - CONSELHO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE PREVIDENCIÁRIA. *Programa de reestruturação da assistência psiquiátrica no âmbito da previdência social*. Rio de Janeiro, 1983.
- KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.
- L'ABBATE, S. *Direito à saúde*: da reivindicação à realização: políticas de saúde em Campinas. 1990. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.
- LEVI, P. *É isto um homem?* Rio de Janeiro: Rocco, 1988.
- LIONÇO, T. et al. Justiça social e Reforma Psiquiátrica. In: BRAGA-CAMPOS, F. C.; LANCETTI, A. *SaúdeLoucura 9*: as experiências da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 337-352.
- MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
- NASCIMENTO, E. P. L.; CORREIA, S. R. S.; NOZAWA, M. R. O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 16, n. 3, p. 161-173, 2007.
- ONOCKO, R. T.; AMARAL, M. A. Cândido Ferreira: experimentando a mudança institucional. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 353-371.
- SILVA, M. B. et al. A vida activa dos egressos de internação psiquiátrica: uma pesquisa avaliativa no Centro-Oeste. In: BRAGA-CAMPOS, F. C.; LANCETTI, A. *SaúdeLoucura 9*: as experiências da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 311-336.
- TODOROV, T. *A vida em comum*: ensaio de antropologia geral. Campinas: Papyrus, 1996.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram igualmente para a concepção, escrita e o desenvolvimento do texto.

Recebido: 30/05/2019

Reapresentado: 30/05/2019

Aceito: 10/06/2019

ERRATA

Na apresentação “Entre desafios e aberturas possíveis: vida em liberdade no contexto da desinstitucionalização brasileira”, doi 10.1590/S0104-12902019000003, publicado no volume 28, número 3, 2019, a seção está incorreta.

Onde se lia:

ARTIGOS

Leia-se:

DOSSIÊ

No artigo “O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários”, doi 10.1590/S0104-12902019190435, publicado no volume 28, número 3, 2019, a seção está incorreta.

Onde se lia:

ARTIGOS

Leia-se:

DOSSIÊ

No artigo “Produção compartilhada de conhecimentos em saúde mental: o Comitê de Acompanhamento de Pesquisa”, doi 10.1590/S0104-129020190436, publicado no volume 28, número 3, 2019, a seção está incorreta.

Onde se lia:

ARTIGOS

Leia-se:

DOSSIÊ

No artigo “Construindo histórias em tessitura lenta: desinstitucionalização e narrativas em pesquisa”, doi 10.1590/S0104-129020190428, publicado no volume 28, número 3, 2019, a seção está incorreta.

Onde se lia:

ARTIGOS

Leia-se:

DOSSIÊ

No artigo “Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí?”, doi 10.1590/S0104-12902019190429, publicado no volume 28, número 3, 2019, a seção está incorreta.

Onde se lia:

ARTIGOS

Leia-se:

DOSSIÊ

No artigo “A rede embala e o ritmo da gestão embola”, doi 10.1590/S0104-12902019190443, publicado no volume 28, número 3, 2019, a seção está incorreta.

Onde se lia:

ARTIGOS

Leia-se:

DOSSIÊ