

A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas



Cristina Amélia Luzio¹

Solange L'Abbate²

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. The brazilian psychiatric reform: historical and technical-supportive aspects of experiences carried out in the cities of São Paulo, Santos and Campinas. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.

This article seeks to discuss the experiences carried out during 80s in the cities of São Paulo (capital), Santos and Campinas, in order to understand their material, social and political impacts, the progress in the process of breaking away from the psychiatric ward model, and the establishment of creative and productive groups, required to build up the psychosocial treatment in regard to mental health, as well as to evaluate the contribution that the SUS (Brazilian Public Health System) had on the psychiatric reform in the mentioned cities. The research, which is the basis of this paper, is part of a thesis regarding mental health care, whereby the innovative projects implemented in those cities served as framework and basis for comparison to analyze mental health policy in small and medium-sized cities and towns in the state of São Paulo.

KEY WORDS: mental health services. mental health. public health. National Health System (BR). health care reform.

Este artigo tem como objetivo abordar as experiências desenvolvidas, a partir da década de 1980, nos municípios de São Paulo (capital), Santos e Campinas, no sentido de compreender as suas determinações materiais, sociais e políticas, o avanço do processo de rompimento com o modelo manicomial e a emergência de forças criativas e produtivas, necessárias para a construção da atenção psicossocial em saúde mental, bem como conhecer a contribuição do Sistema Único de Saúde no avanço da reforma psiquiátrica nos municípios. A investigação que fundamenta este trabalho é parte de uma tese sobre a atenção em saúde mental, na qual os projetos inovadores desses municípios serviram de moldura e parâmetro para a análise da política de saúde mental em municípios de pequeno e médio portes do estado de São Paulo.

PALAVRAS-CHAVE: serviços de saúde mental. saúde mental. saúde pública. Sistema Único de Saúde (SUS). reforma dos serviços de saúde.

¹ Departamento de Psicologia Clínica, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Unesp, campus de Assis, São Paulo. <caluzio@assis.unesp.br>

² Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, Campinas, SP. <slabbate@fcm.unicamp.br>

Introdução

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizado pela Constituição Federal de 1988, quando muitos municípios do país buscaram viabilizar, em todos os setores da assistência à saúde, os direitos constitucionais dos usuários, constatam-se grandes dificuldades na efetivação das diretrizes gerais, tanto da reforma sanitária como da reforma psiquiátrica.

Felizmente, tem sido possível observar a existência de práticas inovadoras que fortalecem o SUS, por meio de propostas que tiveram de enfrentar o “projeto neoliberal” fortemente implantado no país, notadamente no que se referia ao crescimento do sistema privado de saúde e dos conflitos daí decorrentes. Tais práticas vêm trazendo a configuração de um novo desenho da política de saúde e de saúde mental, por intermédio de vários mecanismos institucionais, principalmente o da descentralização.

Alguns municípios assumiram a assistência em saúde mental, exigindo que os governos federal e estaduais não apenas cumprissem suas atribuições, como participes do processo, mas também construíssem instrumentos técnico-operacionais que lhes permitissem implantar e implementar seus serviços de saúde mental.

Assim, ocorrem experiências inovadoras realizadas em alguns municípios do Estado de São Paulo, dentre as quais ressalta-se a criação, em 1987, na cidade de São Paulo, do primeiro CAPS, Centro de Atenção Psicossocial “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, um modelo realmente inovador para a política de saúde mental, depois reproduzido em outros municípios.

Além disso, em 1989, tendo sido eleitos, pela primeira vez, em São Paulo/ Capital, Santos e Campinas, prefeitos do Partido dos Trabalhadores, foram nomeados, como gestores municipais da área de saúde, profissionais comprometidos com o movimento da reforma sanitária, ator fundamental no processo político-institucional da constituição do SUS. Ao assumirem tais atribuições, faziam-no no sentido de construir novos dispositivos na área da saúde mental, considerados altamente relevantes para o movimento da reforma psiquiátrica, na perspectiva da efetivação do Sistema Único de Saúde.

A criação do NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), em Santos, e do CAPS, em São Paulo, como será abordado posteriormente, demonstrou a indiscutível influência direta dessas experiências na política nacional em saúde mental. A publicação da Portaria do MS nº 224/92, em vigor desde janeiro de 1992, que estabeleceu diretrizes e normas para a assistência em saúde mental, foi um exemplo. Ela reafirmou os princípios do SUS, instituiu e regulamentou a estrutura de novos serviços em saúde mental, orientados nas experiências do CAPS e do NAPS. Os novos serviços, denominados pela portaria como CAPS/NAPS, foram definidos como unidades de saúde locais e regionalizadas, a partir de uma população adscrita segundo a localização, e que deveriam oferecer cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Os CAPS/NAPS podiam constituir-se, ainda, em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendiam, também, a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deveriam estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental (Brasil, 1997).

Embora a Portaria nº 224/92 signifique um avanço importante na construção da atenção psicossocial, deve-se ressaltar que ela continha algumas limitações. Uma delas, conforme apontam Amarante & Torre (2001), é o fato de a portaria igualar experiências distintas (o processo de criação do CAPS e do NAPS), cujas inspirações teórico-conceituais e técnico-assistenciais foram diferentes. Enfim, reduzia ambos os processos a apenas mais uma modalidade de serviço, aparentemente advinda de modelos idênticos, perdendo-se a pluralidade nelas contidas.

Essa situação foi modificada com a Portaria do MS nº 336/2002. Nela, a denominação de NAPS não aparece mais associada ao CAPS. Ela opta pela nomeação apenas de CAPS, estabelecendo três modalidades definidas com base em seu tamanho/complexidade e abrangência populacional, de modo que possam realizar prioritariamente o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Assim, os CAPS devem constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária e funcionar segundo a lógica do território e independente de qualquer estrutura hospitalar. Além disso, devem articular todas as instâncias de cuidados em saúde mental desenvolvidas na atenção básica em saúde, no Programa de Saúde da Família, na rede de ambulatórios, nos hospitais, bem como as atividades de suporte social, como: trabalho protegido, lazer, lares abrigados e atendimento das questões previdenciárias e de outros direitos (Brasil, 2002).

No entanto, apenas os maiores e mais complexos (CAPSIII), por funcionarem durante 24 horas, têm capacidade de ser um dispositivo estratégico no contexto da mudança do modelo assistencial em Saúde Mental, norteadas pela lógica de rede e do território e, portanto, identificados com a proposta dos NAPS.

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo abordar as experiências ocorridas nessas cidades, a partir da década de 1980, no sentido de compreender as determinações materiais, sociais e políticas necessárias para a construção da atenção psicossocial como um processo de transformações no paradigma manicomial e psiquiátrico, nas esferas político-ideológica e teórico-técnica. Como um processo social complexo, a atenção psicossocial se desenvolve no bojo do processo de transição paradigmático da ciência da modernidade e supõe a articulação de mudanças em várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas, referentes aos campos: epistemológico, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural (Rotelli, 1990; Amarante, 1996, 2003). Portanto, a atenção psicossocial aspira a uma transformação radical do saber e das práticas psiquiátricas e afins, configurando-se como

um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando, ao mesmo tempo, a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando em termos de reabilitação psicossocial e para outras que certamente virão. (Costa-Rosa et al., 2003, p.34)

A investigação que fundamenta este trabalho é parte de uma tese sobre a atenção em saúde mental (Luzio, 2003), na qual os projetos inovadores dos

municípios estudados serviram de moldura e parâmetro para a análise da política de saúde mental em municípios de pequeno e médio portes do estado de São Paulo.

São Paulo: experiências distintas em diferentes gestões públicas

A proposta da Secretaria de Estado da Saúde (SES): o Centro de Atenção Psicossocial CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”

No estado de São Paulo, de 1982-1986, durante o governo de André Franco Montoro (PMDB), norteado pelo projeto de saúde mental implantado em 1973, por Luiz Cerqueira, ampliou-se a rede de assistência extra-hospitalar, com a criação de ações em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e novos ambulatórios. Nesse contexto, a cidade de São Paulo, na gestão de Mário Covas (PMDB), por intermédio da Secretaria de Higiene e Saúde, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo, executou o Plano Metropolitano de Saúde, com financiamento do Banco Mundial. Tal experiência trouxe várias contribuições na organização de serviços de saúde mental, inseridos na rede de saúde pública.

Para Cesarino (1989), iniciou-se um amplo processo de discussões e reflexões críticas a respeito da prática cotidiana dessas ações e das políticas públicas de saúde mental. Esse processo, ao lado da organização dos trabalhadores, possibilitou a construção de novos dispositivos para o fazer coletivo. Organizam-se os Programas de Intensidade Máxima (PIM) nos ambulatórios destinados à clientela com sofrimento psíquico intenso. Esse programa constituiu-se mais uma semente na construção do Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, inaugurado em 1987.

Segundo Yasui (1989), a criação do CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” foi

[...] Derradeiro gesto de uma administração, foi o lugar que acolheu alguns profissionais que vinham de importantes experiências institucionais na rede pública, onde ocupavam posição de destaque e que foram obrigados a abandonar seus trabalhos e projetos no meio do caminho mas que [...] não perderam a capacidade de sonhar com utopias (uma sociedade sem manicômios reais ou simbólicos, sem violência institucionalizada, mais justa, mais igualitária etc.) e, mais do que isso, de acreditar na possibilidade de construir um caminho na direção delas. (Yasui, 1989, p.51)

O CAPS, localizado na rua Itapeva, a uma quadra da Avenida Paulista, na cidade de São Paulo, foi inscrito no sistema hierarquizado, regionalizado e integrado de ações de saúde já instituído, como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, destinado ao atendimento dos usuários considerados psicóticos e neuróticos graves. Como tal, o CAPS propunha-se a atuar como uma estrutura de passagem, na qual os usuários permaneceriam até apresentarem condições clínicas estáveis para continuar o tratamento definitivo em ambulatórios.

Para tanto, a direção do Centro procurou construir uma organização institucional simples, flexível e em permanente mudança, para assegurar maior agilidade e diversidade nas várias modalidades terapêuticas.

O projeto original previa a criação, pela SES-SP, de uma rede de CAPS, em que privilegiasse a construção de uma prática clínica na qual a fala do doente seria tomada *“não pelo reconhecimento do sintoma, mas como produção de um sujeito social dentro dos limites, certamente problemáticos, que a loucura impõe”* (Goldberg, 1996, p.21).

Dessa maneira, buscava-se romper com o modelo centrado na concepção de doença como erro ou distúrbio e cujo tratamento teria como objetivo a pura remissão de sintomas apresentados pelo doente, por intermédio de práticas morais, mecanicistas, homogeneizadoras e burocratizadas. Enfim, pretendia-se um projeto terapêutico que possibilitasse abordar a *“doença mental a partir de um campo terapêutico dilatado, que se constitui na relação médico-paciente para propiciar a emergência do próprio processo de defrontação e conhecimento da doença”* (Goldberg, 1996, p.58-9).

A proposta clínica do CAPS, então, era o desenvolvimento de uma prática centrada na vida cotidiana da instituição e do usuário, de modo a permitir o estabelecimento de uma rede de sociabilidade capaz de fazer emergir a instância terapêutica. Procurava-se, portanto, a criação de dispositivos coletivos destinados à circulação da fala e da escuta, da experiência, expressão, do fazer concreto e da troca, do desvelamento dos sentidos, da elaboração e tomada de decisão. As intervenções deveriam ativar várias práticas terapêuticas (medicação, psicoterapia, grupos, reuniões de usuários, atividades expressivas) na abordagem global do usuário, ancoradas nas concepções contemporâneas da psiquiatria, em outras áreas do conhecimento e, principalmente, em toda uma bagagem de experiências práticas (Goldberg, 1996).

No início de suas atividades a equipe enfrentou muitas dificuldades. Uma delas foi o distanciamento entre os profissionais e usuários devido à inexperiência dos primeiros e, também, ao preconceito para com as pessoas com sofrimento psíquico intenso. Houve, ainda, dificuldade para romper de fato com o modelo médico, com o planejamento hierarquizado das ações, e definir as competências profissionais no processo terapêutico. Aos poucos, a equipe evoluiu, passando a perceber o usuário em sua singularidade, valorizar os projetos coletivos, reconhecer o tratamento como um processo de transformação contínuo e a longo prazo, bem como conceber a instituição como uma referência para os usuários (Goldberg, 1998).

Nesse contexto, foi construído um outro dispositivo importante. Foi criada uma entidade civil, a Associação Franco Basaglia, com a participação de usuários, familiares, profissionais e outros interessados. A associação, em conjunto com o CAPS, passou a desenvolver projetos especiais, cuja finalidade era promover a autonomia e maior abrangência da clientela, incentivar a participação da família e de outros segmentos sociais, viabilizar a gestão extraclínica da vida dos usuários (de forma a ampliar o poder contratual e as possibilidades de trocas afetivas e materiais), enfim, fomentar o exercício pleno da cidadania e difundir novos valores, noções, conceitos e modos de perceber a loucura e efetivar sua assistência.

Desde o início do projeto, os integrantes da equipe mantiveram interlocução constante com outros serviços que também atendem pessoas com intenso sofrimento psíquico. Entre os intercâmbios, destacam-se os mantidos com: 1) a Clínica La Borde, na França (criada por Jean Oury, em 1953, e onde atuou também Félix Guattari), acerca da formulação de projetos de intervenções

sensíveis às características da psicose; 2) o Centro de Saúde Mental de Setúbal, iniciado na década de 1970, em Portugal, responsável pela assistência psiquiátrica pública de vários municípios da região, para operar com a concepção de setor utilizado na definição da geodemografia da população a ser atendida pelo CAPS.

A proposta da SES-SP de se criar uma rede de CAPS não prosperou, tanto em decorrência dos retrocessos provocados pelos governos Quéricia e Fleury (1987 a 1994), como da implementação do processo de municipalização da saúde, uma vez que o governo estadual começou a retrair seus investimentos na criação de novos serviços de saúde. Mas a experiência do CAPS “Prof Luiz da Rocha Cerqueira” permanece como tendo sido bastante promissora e inspiradora da política nacional de saúde mental.

A experiência da Secretaria Municipal de Saúde: os Centros de Convivências e Cooperativas (CECCOs)

Em 1989, o governo municipal de São Paulo, comprometido com os princípios e diretrizes das reformas sanitária e psiquiátrica, implantou um programa de saúde mental com base em duas premissas fundamentais: a **primeira**, a de que o sofrimento psíquico era parte integrante e indissociável do sofrimento global dos indivíduos submetidos a desigualdades sociais; a **segunda**, a importância de uma política de saúde mental que, de fato, rompesse com o modelo hegemônico centrado nas internações psiquiátricas e em outras práticas manicomial.

De acordo com o projeto de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde - SP (SMS-SP), essa ruptura se daria por intermédio:

- da conscientização popular, do combate dos interesses privados do setor e de uma rede assistencial que criasse condições para a desospitalização;
- da priorização de espaços de discussão com a população nos bairros e com as organizações populares e sindicais, objetivando desmistificar a loucura e o transtorno mental, além de promover a reflexão de seus determinantes sociais;
- do reconhecimento e da valorização dos saberes e das práticas culturais populares como forma de equilíbrio psicossocial; do investimento na expansão da rede de serviços de Saúde Mental extra-hospitalar, de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde - OMS (Braga Campos, 2000).

Para essa autora, a política de saúde mental no município de São Paulo retomou o modelo da reforma psiquiátrica centrado na atenção primária à saúde e orientado nos princípios do SUS e na Declaração de Caracas, na qual se definem novos caminhos para a atenção primária.

A SMS-SP criou, também, outros serviços de atenção intensiva, orientados no modelo de hospital-dia. Construiu, ainda, ações em espaços públicos com o objetivo de viabilizar a inclusão dos grupos populacionais excluídos do convívio social e das possibilidades de lazer: os Centros de Convivências e Cooperativas (CECCOs) (Scarcelli, 1998).

Os CECCOs eram pautados por duas linhas de ações. Por um lado, pretendiam combater a cultura manicomial e resistir ao surgimento de outros signos também manicomial, além das forças burocráticas das práticas profissionais e institucionais. Por outro lado, propunham inserir o usuário, sua família e a população marginal e dispersa na sociedade.

Foram instalados 18 CECCOs em parques, centros esportivos, praças e centros comunitários do município de São Paulo. Eles procuraram transformar o bem público em espaço coletivo e, desse modo, possibilitar a convivência das pessoas como um processo para a reconstrução da história de vida e perspectivas futuras, a construção de novos vínculos e de relação entre a experiência, a representação e a realidade (Lopes, 1999).

O CECCO era um serviço de perfil cultural, e não somente técnico-profissional. Utilizava-se essencialmente de recursos do mundo das artes, realizando intersetorialização com outros dispositivos da cultura, com educação, habitação e esporte. As práticas abarcavam música, artesanato, pintura, dança, teatro e esporte. Além disso, os Centros de Convivências promoviam atividades para ressignificar o processo de trabalho, visando à inserção social. Para tanto, criaram-se núcleos de trabalho responsáveis pela produção de bens e serviços. Esses núcleos, além de viabilizar a comercialização dos produtos e a divisão dos lucros, buscavam problematizar todo o processo produtivo, incluindo não apenas o produto a ser vendido, mas também a produção do sujeito que o produz.

Em síntese, a experiência desenvolvida pelo gestor municipal no início da década de 1990 reproduziu, de uma maneira geral, a lógica do modelo hierarquizado implantado na década de 1980. Porém, deve-se destacar que a criação dos CECCOs representou uma significativa contribuição para a construção de novos modos assistenciais em saúde mental, embora não tenha sido incorporada pela política nacional de saúde mental. É um dispositivo que compõe uma rede articulada de atenção à saúde mental, com a finalidade de construir o direito à vida, à cidadania e difundir novos valores, noções, conceitos e modos de perceber a loucura e efetivar sua assistência.

Durante os governos de Maluf e Pitta (1992 a 2000), esse projeto foi desmontado. Implantou-se o Plano de Assistência à Saúde (PAS), no qual toda a assistência em saúde e saúde mental foi terceirizada, ficando sob responsabilidade das cooperativas profissionais. Os funcionários municipais da saúde, em especial da saúde mental, não aderiram ao PAS e as cooperativas contrataram novos e inexperientes profissionais. Com isso, as ações voltaram a ser restritas às consultas e aos exames, centradas no modelo médico-curativo tradicional. Na realidade, o PAS produziu apenas desassistência e caos na saúde.

A partir de 2000, a gestão da prefeita Marta Suplicy buscou reorganizar a saúde do município e implantar a política de saúde mental vigente.

Santos: “rachando” o modelo da reforma psiquiátrica brasileira

A cidade de Santos, também a partir de 1989, integrou-se à luta pela construção do SUS. Como cidade pólo da região metropolitana da Baixada Santista, no litoral sul do estado de São Paulo, apresentava, naquele momento, uma desorganização do seu espaço urbano, claramente percebida pela ausência de projetos destinados às áreas marginalizadas, multiplicidade de habitações coletivas e aumento da ocupação nas áreas de risco e de favelas de palafitas. Enfim, era explícita a enorme dívida social do governo municipal para com seus cidadãos mais desfavorecidos.

A nova administração municipal, comprometida com o tecido social, propôs implantar “*uma política urbana integrada, harmoniosa, capaz de melhorar*

a qualidade de vida da população e reduzir as desigualdades na apropriação do espaço e das vantagens da vida urbana” (Capistrano Filho, 1997, p.17).

Na área da saúde, de acordo com Campos (1997c), a reforma sanitária não havia produzido, até 1989, ecos em Santos. A organização dos serviços de saúde era deficitária e ineficaz, pois ainda reproduzia a mesma lógica e abrangência da década de 1940.

A Secretaria de Higiene e Saúde de Santos (SEHIG), também conduzida por atores importantes do movimento da reforma sanitária, assumiu a implantação do SUS e pôde, assim, demonstrar sua viabilidade e seu compromisso com a “Defesa da Vida”. Para isso, buscou-se combinar as práticas clínicas com as de promoção de saúde, bem como a descentralização e intersectorialidade das ações. Porém, foi na área da saúde mental que ocorreu um maior grau de radicalidade no modelo “em defesa da vida” dos cidadãos (Campos, 1997c).

Esse processo foi desencadeado pelo início da intervenção decretada pela prefeita Telma de Souza na Casa de Saúde Anchieta de Santos, após vitória realizada pela Prefeitura de Santos em conjunto com vários setores da sociedade civil (Nicácio, 1994).

Após a intervenção, as ações iniciais foram voltadas para a criação de um ambiente nas dependências do hospital com condições mínimas de convivência. Para isso, foram:

- suspensas toda e qualquer situação ou ato de violência, proibindo-se as agressões verbais, físicas, as celas fortes, e os aparelhos de eletrochoque foram desativados;
- abertos todos os espaços físicos internos do hospital, possibilitando a circulação das pessoas e o acesso das visitas aos internos;
- recuperadas as condições de higiene e alimentação dos internos, bem como suas condições de saúde;
- reconstruídas as identidades dos pacientes, por meio do uso contínuo de seus nomes próprios e da definição de locais (quarto e cama) para eles dormirem;
- resgatadas as histórias de vida dos internos, bem como realizadas a revisão de diagnósticos e medicação.

Esse conjunto de ações continha um significado importante, pois refletia a instauração de uma nova ordem institucional: não-violência; não-humilhação; mais tratamento; mais dignidade; mais liberdade, enfim, a possibilidade de se viver com dignidade.

Kinoshita (1997), um dos principais atores daquele processo, definiu o momento como a desconstrução da “velha ordem” e a criação de uma outra comprometida com uma “nova ética”.

Essa nova ética, inspirada, sobretudo, na psiquiatria democrática italiana, passou a orientar a implantação de uma política de saúde mental em Santos. Uma política que se originou na radicalidade, tanto no enfrentamento e confronto de forças (poder público x donos do hospital) como na ousadia de virar “o manicômio no avesso”, de instituir um processo de “negação da própria instituição” e romper com a lógica da exclusão. Em síntese, uma política cuja intervenção possibilitou colocar a doença entre parênteses e estabelecer o contato com a pessoa considerada doente, isto é, com sua existência-sofrimento, inserida no tecido social. Internar não é tratar. Enfim, a luta por uma sociedade sem manicômios (Nicácio, 1994).

Buscou-se a organização interna do hospital, norteadas pela reativação das

subjetividades de todos os atores envolvidos no processo - internos, familiares, trabalhadores, gestores e população. Não havia um modelo a ser seguido, o ponto de partida era a necessidade dos usuários. Instituíram-se espaços de convivência, recorreu-se à grupalidade, às discussões coletivas de necessidades, conflitos, desejos e reivindicações.

[...] o momento da assembléia representava o desnudamento dos papéis codificados, que possibilitava a profissionais e internos conversarem, pensarem, descobrirem alternativas e possibilidades. (Nicácio, 1994, p.72)

Concomitante às ações dirigidas ao espaço interno da instituição, procurou-se intervir no espaço social da cidade, visando romper a separação hospital/cidade, facilitar intercâmbios entre os internos e a comunidade. Procurou-se, dessa maneira, estimular visitas da comunidade ao hospital, realizando festas, visitas e outros encontros, bem como levar os pacientes para as ruas por meio de passeios, visitas a exposições, idas a cinema, teatro e festas.

Além desse intercâmbio cultural, foi introduzida uma outra estratégia para agenciar a relação hospital/cidade. Reorganizou-se o espaço hospitalar de modo que a acomodação dos internos nas alas e enfermarias correspondesse às regiões da cidade. Assim, os vários grupos de internos tiveram suas equipes de referência. Estas, por sua vez, também tiveram a atribuição de conhecer o contexto socio-econômico-cultural das pessoas internadas, buscar recursos e construir projetos nos territórios dos usuários (Kinoshita, 1997).

A partir desse momento, iniciou-se a construção de novos serviços e de um novo modelo de atenção em Saúde Mental. No período de 1989/1996, foram criados: cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), Unidade de Reabilitação Psicossocial, Centro de Convivência Tam-Tam, Lar Abrigado, Núcleo de Atenção aos Toxicodependentes, e Serviço de Urgência nos Prontos Socorros Municipais.

Os NAPSs atendiam integralmente à demanda de saúde mental de cada região, principalmente dos casos graves. Eles passaram a funcionar ininterruptamente, realizando ações de hospitalidade integral, diurna ou noturna; atendimentos às situações de crises; atendimento ambulatorial; atendimentos domiciliares; atendimentos grupais; intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossocial. A Unidade de Reabilitação Psicossocial era encarregada de coordenar e acompanhar os projetos de trabalhos dos usuários, visando sua participação social e autonomia, como, por exemplo: lixo limpo, grupo de vendas de apiários, limpezas de caixas d'água, adote uma praça, construção civil. Dessa unidade, originou-se a criação da Cooperativa Mista Paratodos em 1994. O Centro de Convivência Tam-Tam promovia ações culturais e artísticas e dirigia a rádio Tam-Tam. A República acolhia os usuários graves, ex-moradores, sem vínculos familiares, da Casa de Saúde Anchieta. O Núcleo de Atenção aos Toxicodependentes era responsável pelo atendimento de usuários dependentes de drogas por intermédio da hospitalidade integral, atendimento ambulatorial, atendimentos individuais e grupais. Finalmente, o serviço de urgência nos Prontos Socorros Municipais dava retaguarda ao sistema como um todo.

Essa rede de serviços substitutiva, construída em Santos, dispunha-se a: 1) respeitar a garantia do usuário ao direito de hospitalidade, bem como sua

proteção ou continência, de acordo com sua necessidade; 2) disponibilizar uma rotina institucional ágil e plástica, capaz de responder ao pedido de auxílio do usuário ou dos seus familiares; 3) inserir ações assistenciais no território de origem dos usuários; 4) priorizar os projetos de vida nos serviços assistenciais; 5) promover um contínuo processo de valorização dos usuários, com sua conseqüente reinserção social (Kinoshita, 1997).

Em síntese, conforme aponta Braga Campos (2000), a experiência santista, ao iniciar seu projeto de saúde mental a partir do interior de um hospital sob intervenção municipal, rompe com a lógica desse modelo, proporciona a ampliação das experiências e a criação de outras “modelagens”, cujas inovações vêm orientando a remodelação da rede de atenção em saúde mental, o rompimento com a lógica manicomial predominante na organização de serviços e no processo de trabalho, bem como a superação de ações hierarquizadas, com o desenvolvimento de ações tendo a rua como espaço terapêutico, a articulação com o PSF e com outros recursos do território.

Após 1997, as novas gestões municipais não desestruturaram formalmente a rede de atenção à saúde mental construída até aquele momento. Os serviços continuam funcionando, mas sem a continuidade do projeto de saúde mental implementado até 1996.

Campinas: a construção de um novo modelo de atenção em saúde e de gestão em dois tempos

Em Campinas, desde os anos de 1970, atuava de forma bem organizada o Movimento Popular de Saúde, ator fundamental na construção da rede municipal de unidades básicas de saúde, iniciada em 1976, com o secretário de saúde Sebastião de Moraes, médico de um dos principais hospitais da cidade (L'Abbate, 1990).

Já na década de 1980, as autoridades de saúde do município, em conjunto com as direções da Puccamp e Unicamp, não apenas deram continuidade ao processo de construção de um Sistema Integrado de Saúde, como buscaram seu aperfeiçoamento. Segundo L'Abbate (1990), foram implementadas as diretrizes do Projeto Municipal Pró-assistência (a versão campineira do CONASP), e o município passou a organizar e gerenciar os serviços e as ações sob sua responsabilidade.

No entanto, em Campinas, como em outros municípios nos quais foi implantada a política de saúde mental vigente no estado, tais propostas não produziram alterações significativas na lógica manicomial dominante.

Foi somente a partir de 1989, com a eleição de uma gestão municipal também comprometida com os movimentos populares e com a construção do SUS, que esse quadro mudou. A SMS de Campinas passou a assumir, a partir daí, a direção de planejamento e implementação do processo de municipalização da política de saúde do município, tendo o então secretário de saúde do município na direção da política municipal de saúde, à frente do Conselho Municipal de Saúde (L'Abbate, 1990).

A SMS procurou garantir o acesso da população aos serviços de saúde, aperfeiçoando e profissionalizando, de fato, a rede de centros de saúde, transformando-a em porta de entrada, de acordo com as diretrizes dos SILOS. Substituíram-se os Prontos Atendimentos pelos ambulatorios e viabilizou-se o

Hospital Municipal como um serviço efetivo de urgência no município (L'Abbate, 1990). Ao mesmo tempo, implementaram-se medidas voltadas para a integração da assistência em saúde mental ao sistema geral de saúde, nos vários níveis de complexidade e de maneira progressiva (Braga Campos, 2000).

Na política de assistência à saúde mental, a SMS busca provocar ruptura com

os modelos direcionados do preventivismo, que reproduziam na Saúde Mental, de forma mecânica, o que era proposto na saúde geral, por meio de um sistema hierarquizado nas atenções primária, secundária e terciária. (Paulin, 1998, p.146)

Medeiros (1994) informa que, naquele momento, foi realizado o I Seminário de Saúde Mental, com profissionais de saúde e administradores municipais de Campinas, bem como implantadas reformas administrativas nos serviços e o sistema de co-gestão no hospital psiquiátrico “Cândido Ferreira”. No I Seminário de Saúde Mental, ocorrido em 1989, segundo essa autora, as conclusões reafirmaram as diretrizes do modelo anteriormente implantado, mas as suas deliberações tiveram entendimentos diferentes entre os atores sociais envolvidos. Isso propiciou demarcações territoriais que desencadearam conflitos e contradições em suas práticas.

A busca de rupturas com o modelo preventivista-comunitário

A implantação de um projeto assistencial em saúde mental que privilegiasse o centro de saúde como porta de entrada acarretou a ampliação tanto das possibilidades de acesso do usuário, como da capacidade de resolução dos problemas de saúde mental da população. Foi iniciada uma reforma administrativa que fechou o ambulatório de saúde mental, descentralizou os serviços, assim como reorganizou os papéis e funções dos profissionais que atuavam na assistência em saúde mental. Enfim, buscou-se construir um modelo assistencial balizado por novos padrões de gestão e planejamento, de política de recursos, de práticas clínicas mais condizentes com o modelo “em defesa da vida”, e não apenas voltadas para a mera reprodução da força de trabalho (Campos, 1994).

As mudanças desencadeadas geraram reações diversas. Houve intransigência por parte dos profissionais mais antigos. De maneira geral, a resistência apareceu centrada na perspectiva de transformações no perfil dos centros de saúde. Segundo Campos (1997b), a rede básica viu-se obrigada a acolher o egresso hospitalar de seu território. As ações deveriam ser planejadas em consonância com as necessidades da população e as condições de trabalho em equipe. Abandonou-se a idéia de equipe mínima, composta por: um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, conforme preconizava a política nacional e estadual vigente. O tipo e o tamanho das equipes da rede básica passaram a ser determinados pelo projeto terapêutico da unidade.

A co-gestão do Hospital Cândido Ferreira

Em 1990, foi estabelecido o convênio de co-gestão entre a secretaria municipal de saúde e o hospital “Dr. Cândido Ferreira”. O fato representou o

desafio de se produzir a superação, na prática, do manicômio e suas práticas segregadoras “por dentro” do próprio hospital. Para tanto, iniciou-se ali o processo de revisão diagnóstica, recuperação das histórias de vida e a localização das famílias dos usuários internados. Enfim, o usuário passou a ser o centro das ações terapêuticas. Além da reforma física e funcional dos prédios, houve, no hospital “Cândido Ferreira”, a organização de quatro unidades de produção: hospital-dia, unidade de internação, núcleo de oficinas de trabalho e unidade de reabilitação dos pacientes moradores. Essa organização foi realizada “*a partir da definição dos objetivos a serem alcançados em cada situação do processo de desenvolvimento da doença mental em que se encontra o usuário*” (Onocko, 1997, p.360).

Esse foi um momento de muita efervescência e de enfrentamento de muitos desafios. Segundo Braga Campos (2000), configuraram-se, então, dois modelos de assistência à saúde mental no município: o da rede básica e o da co-gestão do “Cândido Ferreira”. Esses dois modelos compunham uma certa “hibridez” na assistência de saúde mental em Campinas. De um lado, o desafio de construir práticas substitutivas ao modelo manicomial, por intermédio das transformações na rede básica, centradas no planejamento local e na autonomia da equipe sob a área de cobertura. De outro lado, o desafio de desconstruir, e não apenas melhorar um manicômio.

Estabeleceram-se intercâmbios com outras experiências em andamento, principalmente em Santos. Intensificaram-se os seminários, cursos e as reuniões no sentido de viabilizar, na assistência em saúde mental, o modelo assistencial orientado pela “Defesa da Vida”.

As reformulações empreendidas no hospital “Dr. Cândido Ferreira” tiveram suporte do Laboratório de Planejamento e Administração em Serviços de Saúde (LAPA) do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. No processo de organização dos serviços, foi utilizado um sistema de gestão e planejamento participativo, a partir das equipes - assistenciais, de apoio técnico e administrativo - das unidades de produção. Nesse contexto, procurou-se conduzir o processo de mudanças orientado nas teorias de planejamento, principalmente de Carlos Matus e Mário Testa, com a finalidade de possibilitar a definição da missão da instituição, o sistema de planejamento comprometido com o desmonte do manicômio e de suas práticas segregadoras por dentro dele, enfim, uma prática histórica comprometida com a mudança social (Onocko, 1997).

Os desdobramentos subsequentes à abordagem dos microprocessos institucionais exigiram outras tecnologias, com objetivo de construir sujeitos coletivos autônomos, éticos e críticos. Nesse sentido, buscou-se um trabalho de intervenção no processo de trabalho das equipes para se conhecer os fenômenos que operavam naquele campo e, também, como se apresentavam suas várias forças. Dessa forma, buscou-se inspiração na análise institucional, notadamente na produção teórica de Lourau, Lapassade e Guattari (L'Abbate, 1997, 2003).

Sintetizando, a experiência de Campinas norteou-se não apenas na expansão da rede pública, como também e, fundamentalmente, na necessidade de se reformular as concepções e práticas de administração pública e os modos de se organizar a atenção à saúde.

Segundo Braga Campos (2000), também foi iniciado o processo de discussão

para a criação dos CAPS. Estes deveriam estar abertos, ininterruptamente, durante as 24 horas do dia, para acolher as situações de crise, hospitalidade-noite, bem como desenvolver ações de reabilitação psicossocial. Finalmente, foram criados o Centro de Convivência Infantil e o Centro de Referência ao Alcoolismo e à Drogadição.

A construção de um novo modelo de saúde e gestão: a saúde mental e o Programa Paidéia - Saúde da Família

A gestão municipal iniciada em Campinas em 2001 avaliou que a rede básica do município apresentava diversos problemas que indicavam sua incapacidade de absorver a demanda, ou mesmo atender às necessidades básicas de saúde (Secretaria Municipal de Saúde-SMS, 2001a). Dessa maneira, retomou as experiências realizadas na área da saúde ocorridas no período de 1989-1991.

A recondução do médico sanitário e professor da Unicamp, Gastão Wagner de Souza Campos, ao comando da secretaria municipal de saúde, possibilitou a reorganização e ampliação da atenção em saúde, norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS, e na perspectiva da mudança do modelo assistencial e gerencial, bem como da redefinição do processo de trabalho em saúde e das relações das equipes com os usuários.

Assim, a SMS instituiu o Projeto de Saúde Paidéia, que propôs conjugar os conceitos de saúde e cidadania e teve como eixo fundamental não o equipamento de saúde, mas a equipe local de referência às famílias adscritas em um determinado território³. Além disso, priorizou a responsabilização pelo cuidado e a ampliação da prática clínica de modo a abarcar a dimensão subjetiva e social dos processos de saúde e doença. Também procurou aumentar a capacidade da rede básica de resolver problemas de saúde por intermédio da ampliação das ações da saúde coletiva e da integração das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (Campos, 2003).

Dessa forma, foram implantadas, pela secretaria da saúde, equipes locais de referência - as equipes de saúde da família e núcleos de saúde coletiva - e as equipes matriciais. Tais equipes, constituídas como unidades de produção, partilhavam de objetivos comuns, além de deterem um poder gerencial próprio, isto é, tinham uma relativa autonomia para pensar e organizar o processo de trabalho e os projetos terapêuticos. Isso porque a gestão participativa reconhecia que era *“no exercício da co-gestão que se irão construindo contratos e compromissos entre sujeitos envolvidos com o sistema”* (Campos, 2003, p.165).

O sistema de co-gestão era formado por espaços coletivos, como conselhos locais de saúde (coordenação, equipe e usuários), colegiados de gestão (equipe interdisciplinar), outros dispositivos (oficinas, assembléias com usuários, reuniões por categorias profissionais etc.) e gestão cotidiana democrática para análise de temas e tomadas de decisão envolvendo os interessados. Esses espaços coletivos operacionalizavam as diretrizes do governo, fortaleciam os sujeitos e produziam a democracia institucional, a partir da transformação das relações de dominação, criação de novos contratos, composição de consensos, alianças, e implantação de projetos. Enfim, conseguiram aumentar:

³ Busca-se desenvolver uma experiência singular do Programa Saúde da Família (PSF) integrando, também, a atenção em saúde mental, a exemplo do que ocorreu em outros municípios na década de 1990, como: Quixadá, CE, em 1994; Camaragibe, PE, em 1995; São Paulo, SP, em 1998, entre outros (Lancetti, 2000).

a capacidade de análise e de intervenção dos agrupamentos humanos, melhorar a sua capacidade de reconhecer uma situação sanitária, de identificar os determinantes envolvidos e, apesar das dificuldades do contexto ou das pessoas, ampliar as possibilidades de intervenção sobre o quadro considerado nocivo. (Campos, 2000, p.1)

Para alcançar os efeitos apontados, a SMS - Campinas passou a realizar, com o apoio das universidades e dos Pólos de Capacitação de Saúde da Família, um processo de educação continuada com as equipes locais de referência e de apoio⁴, com objetivo de modificar o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de ampliar a clínica. Nesse sentido, todos os trabalhadores da saúde foram capacitados para atuar de maneira mais acolhedora, humanizada e com responsabilidade. O modelo pedagógico adotado era o construtivo do conhecimento e de intervenção na realidade, com a articulação entre a informação, o texto, a análise e a práxis.

⁴ Cf. a respeito: Moura et al., 2003.

Segundo Braga Campos (2001), a implantação do Programa de Saúde Paidéia constituiu também um desafio para a rede de atenção em saúde mental, uma vez que colocou as equipes de saúde mental das UBS, dos CAPS, Centros de Convivências e outros serviços em contato com uma demanda que não se enquadrava nas modalidades de atendimentos oferecidos pela rede.

Os profissionais responsáveis pela saúde mental na rede básica passaram a compor as equipes de apoio matricial às equipes locais de referência do Programa de Saúde Paidéia, com a finalidade de: a) apoiar e acompanhar as equipes locais de referência; b) trocar conhecimentos e contribuir na formação de um raciocínio generalista e multidisciplinar por intermédio da discussão de casos em saúde mental; c) fornecer assistência especializada na perspectiva de uma clínica ampliada, desenvolvida em todo território geográfico, histórico, biográfico e subjetivo (SMS, 2001b).

Para manter seu compromisso de responsabilização pelo usuário, ampliaram-se e consolidaram-se os serviços de atenção psicossocial e suas equipes multidisciplinares, de maneira a garantir a flexibilidade de ofertas necessárias ao tratamento mais eficaz e, portanto, romper com o sistema de serviços hierarquizados. Também foi iniciado e concluído o processo de fechamento do Hospital Psiquiátrico Tibiriçá, com realocação do recurso, tanto financeiro quanto humano, na própria rede substitutiva no município.

De acordo com o Relatório de Gestão 2001-2004 da SMS, a rede substitutiva em saúde mental, existente nos cinco distritos do município, em 2004, era composta de: cinco Caps III, com oito leitos cada um; um Caps II; cinco Centros de Convivência e Cooperação; vinte Oficinas de Geração de Renda; 33 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Campinas conta, ainda, com ações de emergência e primeiro atendimento no território em saúde mental realizadas pelo SAMU; Atenção à Dependência Química e Atenção à Criança e ao Adolescente (SMS, 2004).

Essa experiência implantada em Campinas, de 2001 a 2004, durante o governo do Partido dos Trabalhadores, apontou alguns aspectos importantes para a construção do modelo de atenção psicossocial, de fato, substitutivo ao modelo psiquiátrico tradicional.

Considerações finais

Todas as experiências descritas contribuíram muito para os avanços da reforma psiquiátrica brasileira. Em suas semelhanças e diferenças, essas experiências são compromissadas com a implantação e consolidação do SUS, mostrando, com isso, a viabilidade e importância do Sistema Único para a promoção de saúde e assistência de qualidade da população. Para isso, tiveram como eixo orientador a defesa e a qualidade de vida dos cidadãos, e não apenas a relação custo/benefício financeiro de serviços e ações.

Cada experiência, à sua maneira, contribuiu para a nova legislação de saúde mental, construída a partir da década de 1990 para viabilizar a atenção psicossocial no SUS dos municípios brasileiros. Observou-se que seus resultados, associados às reflexões e propostas operadas pelo movimento da reforma psiquiátrica, possibilitaram sua visibilidade e disseminação entre os gestores, profissionais, usuários e a sociedade civil, bem como criou tensões nas esferas dos governos federal e estadual, no sentido de que eles não apenas cumprissem suas atribuições como partícipes do processo, mas também construísssem instrumentos técnico-operacionais que permitissem aos municípios implantar e implementar seus serviços de saúde mental.

Em síntese, conforme indicado no decorrer do texto, tais práticas não apenas enfrentaram a implantação do “projeto neoliberal” no país, notadamente no que se refere ao crescimento do sistema privado de saúde e dos conflitos dele decorrentes, como também possibilitaram a configuração de um novo desenho da política de saúde e saúde mental.

As experiências realizadas em São Paulo, pelos gestores dos níveis estadual e municipal, e a de Campinas, em seu primeiro momento, embora tenham retomado o modelo da reforma psiquiátrica centrado na atenção primária à saúde, sob orientação dos princípios do SUS e da Declaração de Caracas, reproduziram a lógica do modelo hierarquizado, mas também foram inovadoras. Os gestores assumiram, em relação à saúde mental, o desafio de não apenas avançar na humanização das relações entre sujeitos, sociedade e instituições psiquiátricas e na construção de novas tecnologias para a assistência na área, como também buscaram a construção de um outro lugar social para a loucura que não fosse o da anormalidade, da periculosidade, irresponsabilidade, incompetência, insensatez, do erro, defeito e da incapacidade, pois os objetivos estavam centrados na inclusão, na solidariedade e cidadania.

A proposta de Santos continha maior ousadia e radicalidade. Ela propiciou o enfrentamento e confronto de forças (poder público x donos do hospital) por intermédio do processo de interdição no hospital psiquiátrico “Casa Anchieta”; produziu um rompimento mais efetivo com a lógica manicomial; garantiu a descentralização e intersetorialidade das ações na perspectiva uma rede de cuidado com recursos do território. No entanto, a ausência de movimentos sociais e, conseqüentemente, da organização da sociedade civil em defesa de políticas públicas voltadas para as necessidades e os interesses da maioria da população, anterior à gestão municipal de 1989, com certeza dificultou a defesa e manutenção das mudanças ocorridas na saúde e na saúde mental.

A descontinuidade político-administrativa trouxe efeitos negativos também e, mais acentuadamente, para o município de São Paulo. O desmonte do Sistema de Saúde e da rede de atenção de saúde mental, construída na gestão de Luiza

Erundina, promovido pelas gestões de Maluf/Pitta, conforme foi apontado anteriormente, provocou o caos e a desassistência, de difícil recuperação.

Em Campinas, a situação foi diferente. Desde a década de 1980, o município assumiu a responsabilidade de construir um sistema integrado de saúde. No que se refere à saúde mental, com base na avaliação do trabalho desenvolvido na rede básica de saúde, integrou-se, de modo progressivo e nos vários níveis de complexidade, a assistência em saúde mental ao sistema geral de saúde. Assim, essa experiência, associada às parcerias das duas universidades e do movimento popular por saúde, permitiu a construção de um modelo assistencial “em defesa da vida”, voltado para a reorganização e ampliação da atenção em saúde, norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS e de um sistema de co-gestão formado por espaços coletivos em que se viabilizam as diretrizes do governo, fortalecem os sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), bem como permite a transformação das relações de dominação, criação de novos contratos, composição de consensos, alianças e implantação de projetos.

Em síntese, pode-se concluir que, com o compromisso político dos gestores, a implicação das equipes dos serviços e organização dos usuários, é possível produzir a mudança do modelo de atenção em saúde mental. Por se tratar de uma mudança do modelo psiquiátrico em suas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural, pode-se afirmar que as experiências abordadas foram fundantes do processo de transição paradigmática ora em curso.

Referências

- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para loucura e psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n.58, p.26-34, 2001.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: _____. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 1**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. (Coleção Archivos)
- BRAGA CAMPOS, F. C. B. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. 2000. Tese (Doutorado) – Faculdade Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- BRAGA CAMPOS, F. C. Os desafios da gestão de redes de atenção em saúde mental para cuidar em liberdade. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001. Brasília. **Cadernos de texto...**: Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.46-51.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 224 de 29 de janeiro de 1992 – que estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 6ª região/SP. **Trancar não é tratar**: liberdade: o melhor remédio. 2.ed. São Paulo: CRP/6ª, 1997. p.42-8.
- BRASIL. Presidência da República. Lei 10.216 de 6 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. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. **Caderno Informativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.58-62.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece as modalidades de serviços nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/portarias/2002>>. Acesso em: 21 out. 2002.

- CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. **Inventando a mudança na saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 29-87.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997b.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde em Santos: o SUS que está dando certo. In: BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUE, C. M. P. (Orgs.). **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997c. p.11-3.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. **O apoio Paidéia: palavra do secretário municipal de saúde**. Campinas: SMS, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/index.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2003.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAPISTRANO FILHO, D. Sempre vale a pena ser governo? In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUE, C. M. P. (Orgs.). **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.17-20.
- CESARINO, A. C. Uma experiência de saúde mental na prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. (Org.). **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.3-32.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 25, n.58, p.12-25, 2001.
- ESTADO DE SÃO PAULO. **Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de saúde mental**. São Paulo: Arquivos da coordenadoria de saúde mental do estado de São Paulo, 1983. (edição especial).
- GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. 2.ed. Rio de Janeiro: Te Cora Editora; Instituto Franco Basaglia, 1996.
- GOLDBERG, J. **Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtornos mentais em instituição pública**. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUE, C. M. P. (Orgs.). **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.67-77.
- L'ABBATE, S. **O direito à saúde: da reivindicação à realização**. Projetos de política de saúde em Campinas, 1990. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: ONOCKO, R.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.267-292.
- L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.8, n.1, p. 265-74, 2003.
- LANCETTI, A. (Org.) **SaúdeLoucura: saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- LOPES, I. C. Centros de Convivência e Cooperativa: reinventando com arte agenciamentos de vida. In: FERNANDES, M.I.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E.S. (Orgs.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. p.139-69.
- LUZIO, C. A. **A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica**. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- MEDEIROS, M. H. R. **A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional**. 1994. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- MOURA, A. H.; VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F.; BARROS, R. D. B.; ONOCKO-CAMPOS, R.; L'ABBATE, S. Análise do trabalho institucional nas equipes dos distritos sanitários e no Hospital Mário Gatti de Campinas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.167-85.

NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, instituição e cultura. 1994. Dissertação (Mestrado) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ONOCKO, R.; AMARAL, M. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec, 1997. p.353-71.

PAULIN, L. F. R. S. **A criação de um serviço de urgência psiquiátrica**: uma análise histórica documental e oral. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-59.

SCARCELLI, I. R. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental**: a experiência do município de São Paulo. 1998. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade São Paulo, São Paulo.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Projeto Paidéia de Saúde da Família – Campinas/2001. **Diretrizes para atenção básica à saúde**. Campinas: SMS - Colegiado de Gestão, 2001a. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/index.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Saúde Mental**: o apoio matricial ao Paidéia - Saúde da Família. Campinas: SMS, 2001b. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/index.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Relatório de gestão - 2001-2004**. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/ou/rel_gestao_2004.htm>. Acesso em: 29 abr. 2005.

YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (Org.). **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.47-59.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. La reforma psiquiátrica brasileña: aspectos históricos y técnico-asistenciales de las experiencias de São Paulo, Santos y Campinas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.

El objetivo del presente artículo es abordar las experiencias desarrolladas, a partir de la década de 1980, en los municipios de São Paulo (capital), Santos y Campinas, para la comprensión de sus determinaciones materiales, sociales y políticas, del avance del proceso de ruptura con el modelo habitual de manicomio y la emergencia de fuerzas creativas y productivas necesarias para la construcción de la atención psicosocial en Salud Mental, así como para el conocimiento de la contribución del Sistema Único de Salud para el progreso de la reforma psiquiátrica en los municipios. La investigación que fundamenta este trabajo es parte de una tesis sobre la atención en salud mental, en la cual los proyectos innovadores de dichos municipios sirvieron de base y parámetro para el análisis de la política de Salud Mental en municipios de pequeño y mediano portes del estado de São Paulo.

PALABRAS CLAVE: servicios de salud mental. salud mental. salud publica. Sistema Único de Salud (SUS). reforma en atención de la salud.

Recebido em 22/06/05. Aprovado em 16/11/05.