

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**Políticas públicas de saúde mental em Guarulhos:
uma perspectiva histórica**

Helena Saroni

**São Paulo - SP
2018**

Políticas públicas de saúde mental em Guarulhos:
uma perspectiva histórica

Helena Saroni

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo
2018

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Políticas públicas de saúde mental em Guarulhos: uma perspectiva histórica

Helena Saroni

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Tereza Etsuko da Costa Rosa

São Paulo
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Saroni, Helena
Políticas Públicas de Saúde Mental em Guarulhos/ Helena Saroni.
São Paulo, 2018.
207p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em
Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria
de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde
Orientadora: Tereza Etsuko da Costa Rosa

1.Saúde Mental 2. Reforma dos Serviços de Saúde 3. Sistema Único
de Saúde I.Título

AGRADECIMENTOS

Aos defensores do SUS que me inspiram e renovam minhas esperanças em uma sociedade mais justa.

Aos “mentaleiros”, irmãos de luta que me dão as mãos e juntos (per)seguimos o direito fundamental à vida, ao respeito e ao cuidado em liberdade de todas e todos por esse Brasil.

Aos usuários e familiares da RAPS Guarulhos com os quais trabalho, aprendo, sofro e comemoro cada passo dado em direção a uma vida mais digna.

Aos entrevistados, que se disponibilizaram em contar suas jornadas profissionais e me proporcionaram a descoberta de um mundo novo.

Às diversas pessoas com quem tive a oportunidade de trabalhar em Guarulhos, à equipe do SAE Carlos Cruz, Regiões de Saúde, equipes NASF/NAAB, UBS Munhoz, DARAS e DAIS.

À RAPS Guarulhos e, especialmente à Fernanda Ramos Ferreira, amiga e parceira de trabalho, atual Coordenadora Municipal que, durante os últimos dois anos segurou a barra da Gestão da RAPS.

Aos professores que possibilitaram meus passos no caminho do conhecimento nesse mestrado, especialmente à Simone Aparecida Ramalho e à Yara Nogueira Monteiro com as contribuições durante o processo de qualificação dessa pesquisa.

À minha orientadora, Tereza Etsuko da Costa Rosa pela disponibilidade, profissionalismo, escuta qualificada e troca de conhecimentos fundamentais para o desenvolvimento desta dissertação.

Às amigas de PUC e agregados da Irmandade, que me acompanham há vinte anos e proporcionam encontros cheios de amor e cerveja.

Aos amigos de infância do Poço do Visconde, que me acompanham há pelo menos 35 anos e cuja amizade segue firme, forte e cheia de sobrinhos.

À Marinete, por ser uma amiga e profissional com quem sempre pude contar durante todos esses anos no cuidado de minha mãe, das cachorras e da casa.

Às irmãs de alma Ariane, Maria Fernanda, Mariana Cassano, Marina e Mariana Cheade com as quais escolhi passar esta vida e cujos encontros me enchem de amor, alegrias e discussões que só as grandes amizades podem proporcionar.

Aos meus mais novos amigos “do Goiás”. Quanta gente linda, inteligente, festeira e companheira que encontro nas minhas idas à Vila Boa de Goiás.

Aos colegas do mestrado que se tornaram grandes amigos, pelas inúmeras trocas de conhecimento e risadas que só a sala de aula e os bares da Roosevelt são testemunhas. Quanta alegria em tê-los nesta jornada.

À Naty Karla e Camila por literalmente dançarem ao meu lado nos bailes da vida.

Ao meu amor Estevão de Pinho Garcia pelo companheirismo e carinho demonstrados dia a dia durante a nossa caminhada, mas principalmente por toda a paciência que requer um marido durante o mestrado de sua mulher, contornando meus momentos de desespero e mau humor.

À minha mãe, Clarice Tobias Saroni, mestre de Reiki e poço de virtudes que me acolheu e me permite vivenciar seu amor incondicional há quarenta anos.

Ao historiador da minha vida, meu pai, Fernando Saroni (in memoriam) que sempre estará presente em meu coração como inspiração, sabedoria e proteção.

Saroni H. **Políticas públicas de saúde mental em Guarulhos: uma perspectiva histórica [dissertação]**. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

RESUMO

Foucault nos mostra que com o fim da epidemia da lepra, na Europa do século XV, os grandes hospitais nos quais os leprosos eram recolhidos cederam espaço para outro tipo de doença: a Loucura. Porém, não serão apenas os locais de enclausuramento que a lepra vai deixar de herança para a Loucura. O que mais permanecerá enquanto legado do advento da lepra, serão as formas de entendimento e exclusão social que passarão a ser vinculadas à Loucura. Seguindo essas indicações, o objetivo deste trabalho foi sistematizar o percurso histórico das Políticas Públicas de Saúde Mental do município de Guarulhos, tendo como fio elementar e primordial o Sanatório São Pedro e São Paulo, ali construído em 1918. A partir daí, diversos equipamentos e serviços voltados à assistência em saúde mental de Guarulhos foram analisados em seus respectivos períodos de implantação e fechamento. A análise teve como base as Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental vigentes no país, com foco para o estado de São Paulo, além do desenvolvimento econômico e urbano do município de Guarulhos durante todo o século XX e início do século XXI. Analisamos 27 entrevistas com 36 pessoas-chave para o entendimento da Política de Saúde e de Saúde Mental em Guarulhos além de documentos históricos encontrados em acervos municipais, estaduais e pessoais de alguns funcionários da Secretaria Municipal de Saúde. Ao final revelamos quatro modelos de assistência em saúde mental coexistindo (ou não) no município durante o período estudado. Esperamos que esta análise contribua para discussão da Política de Saúde Mental em Guarulhos, para a construção de Políticas Públicas que valorizem a vida e o cuidado em liberdade de qualquer cidadão. Entendemos que dessa forma podemos fortalecer o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde neste município.

Descritores: Saúde Mental; História da Loucura; Reforma Sanitária; Reforma Psiquiátrica; Sistema Único de Saúde (SUS); História de Guarulhos.

Saroni H. **Políticas públicas de saúde mental em Guarulhos: uma perspectiva histórica [dissertation]**. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016. Portuguese.

ABSTRACT

Foucault shows us that with the end of the leprosy epidemic, in the XV century, the biggest hospitals in which the lepers were gathered handed over the space for another type of disease: Madness. But it won't only be the places of enclosure that leprosy will leave as heritage. What will mostly remain as legacy of the advent of leprosy will be the forms of understanding and social exclusion that will be linked to Madness. Following these indications, the objective of this work was to systematize the historical path of the Mental Health Public Politics of Guarulho's County, having as the elementary wire of this history the Sanatorium Sao Pedro e Sao Paulo, built in Guarulhos in 1918. From this date on, several equipment and services for the assistance of Mental Health of Guarulhos were analyzed on their respective implementation and closure. The analysis had as base the Public Politics of Health and Mental health in place in the country, focused on Sao Paulo state, also the urban end economic growth of the Guarulho's county during all century XX and the beginning of century XXI. We've analyzed 27 interviews with 36 key people for the understanding of Guarulhos's Public Health and Mental Health Politics and historical documents founded in municipal, state and personal collections of the County Health Secretary 's employees. In the end, we revealed four models of mental health assistance coexisting (or not) in the county during the studied period. We hope that this analysis contributes for the discussion of the Mental Health Public Politics of Guarulhos, for the construction of Public Politics that valorizes life and care for the liberty of each citizen. We understand that this way we can strength the development and the consolidation of the Unique System of health in this county.

Descriptors: Mental Health; History of Madness; Sanitary Reform; Psychiatric Reform; Unique System of Health (SUS); History of Guarulhos.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01 – Evento em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental, 10 de outubro de 2015. Exposição na SMS e bandeirão utilizado na caminhada pelas ruas da cidade durante o evento.....	21
Figura 02 – A Nau dos Insensatos.....	27
Figura 03 – Evolução da adesão dos municípios às Normas Operacionais. Estado de São Paulo. De 1994 a 2000.....	66
Figura 04 – A antiga Santa Casa no dia de sua inauguração.....	92
Figura 05 – Atendimento Odontológico Rural da Prefeitura de Guarulhos.....	94
Figura 06 – Pronto Socorro Municipal.....	95
Figura 07 – Ambulâncias do Pronto Socorro Municipal.....	96
Figura 08 – Centro de Saúde, unidade polivalente. Parceria entre Prefeitura e Estado de São Paulo.....	96
Figura 09 – Central de Pediatria.....	97
Figura 10 – Central de Pediatria – sala de odontologia. Década de 1970.....	97
Figura 11 – Central de Pediatria – sala de oftalmologia. Década de 1970.....	98
Figura 12 – Central de Pediatria – consulta oftalmológica. Década de 1970.....	98
Figura 13 – Laboratório de Análises Clínicas. Década de 1970.....	99
Figura 14 – Primeiro Posto de Pediatria e Puericultura – Taboão.....	100
Figura 15 – Ações de saúde na periferia I.....	100
Figura 16 – Ações de saúde na periferia II.....	101
Figura 17 – Ações de Saúde na periferia III.....	101
Figura 18 – Ações de Saúde na periferia IV.....	102
Figura 19 – Ações de Saúde na periferia V.....	102
Figura 20 – Posto Macedo – Pedra Fundamental e Caixa Fundamental I	103
Figura 21 – Posto Macedo – Pedra Fundamental e Caixa Fundamental II.....	103
Figura 22 – Posto Macedo – Pedra Fundamental e Caixa Fundamental III	104

Figura 23 – Novo anexo do Pronto Socorro Municipal.....	107
Figura 24 – Quadro do RH – atenção primária no ano de 1983.....	109
Figura 25 – Relação de Hospitais Particulares conveniados, sua localização e capacidade	110
Figura 26 – Fachada o Instituto Médico Legal.....	116
Figura 27 – Sanatório São Pedro e São Paulo em construção em 1918.....	120
Figura 28 – Pavilhão central do Sanatório Padre Bento (a).....	121
Figura 29 – Pavilhão central do Sanatório Padre Bento (b). Vista aérea.....	121
Figura 30 – Camisa de força e porta da cela forte usadas no IPG e expostas na SMS durante o evento do Dia Mundial da Saúde Mental – 10 de outubro de 2015.....	129
Figura 31 – Tabela dos diagnósticos de maior frequência apontados no serviços Unidades Básicas de Saúde do município, no período de janeiro a dezembro de 1982.....	147
Figura 32 – Bandeirão de Guarulhos.....	195
Figura 33 – Reportagem sobre o primeiro evento da Luta Antimanicomial que reuniu os serviços de saúde mental de Guarulhos da época – 18 de maio de 2008.....	196
Figura 34 – Reportagem sobre o evento do Dia 18 de Maio de 2008 escrita pelo Secretário de Saúde da época.....	196
Figura 35 – Inauguração CAPS IJ RECRIAR.....	198
Figura 36 – Planejamento para implantação de CAPS. Anos 2007 e 2008.....	239

ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

SIGLA	SIGNIFICADO
AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACIG	Associação Comercial e de Serviços de Guarulhos
AHM	Arquivo Histórico Municipal
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas em Saúde
ALCA	Área de Livre Comércio das Américas
ASF	Associação Saúde da família
ASM	Ambulatório de Saúde Mental
CAH	Coordenadoria de Assistência Hospitalar
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CCSM	Centro Comunitário de Saúde Mental
CdR	Consultório de Rua
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CECAP	Caixa Estadual de Casas para o Povo
CEMEG	Centro de Especialidades Médicas de Guarulhos
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CERESI	Centro de Referência à Saúde do Idoso
CIAM	Convênio de Integração de Atividades Médicas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISM	Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CnR	Consultório na Rua
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COHAB	Companhia de Habitação
COMAD	Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração Previdenciária

CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
COSEMS/SP	Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
CS	Centro de Saúde
CSC	Coordenadoria de Saúde da Comunidade
CSM	Coordenadoria de Saúde Mental
CSM	Coordenação de Saúde Mental
CT	Comunidade Terapêutica
DAIS	Departamento de Assistência Integral à Saúde
DARAS	Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde
DAS	Departamento de Assistência à Saúde
DHPS	Divisão de Higiene e Saúde Pública
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DNPS	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRS	Departamento Regional de Saúde
DS	Distrito Sanitário
ECOSOL	Central de Cooperativas e Empreendimentos Solidários
ECT	Eletroconvulsoterapia
ERSA	Escritório Regional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAAPH	Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
GCM	Guarda Civil Municipal
GRU	Guarulhos
HD	Hospital Dia
HG	Hospital Geral
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMC	Hospital Municipal da Criança
HMCA	Hospital Municipal da Criança e do Adolescente
HMMG	Hospital Municipal e Maternidade de Guarulhos
HMPB	Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso
HMU	Hospital Municipal de Urgência
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
IPG	Instituto de Psiquiatria de Guarulhos
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NAPAD	Núcleo de Atenção e Prevenção ao Abuso de Drogas
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB/SUS	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAMS	Posto de Assistência Médico-Sanitária
PEPD	Proposta para Elaboração do Plano Diretor
PIB	Produto Interno Bruto
PIM	Programa de Intensidade Máxima
PPA	Plano Plurianual
PPP	Posto de Pediatria e Puericultura
PSP	Pronto Socorro Psiquiátrico
PT	Partido dos Trabalhadores
PTC	Projeto Terapêutico Coletivo
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REME	Renovação Médica
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RH	Recursos Humanos
RIAPAC	Rede Intersetorial de Atenção à Pessoa com Acumulação Compulsiva
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAAE	Sistema de Abastecimento de Água e Esgoto
SABESP	Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SES-SP	Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SP	São Paulo

SPA	Substância Psicoativa
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SSPSP	Sanatório São Pedro e São Paulo
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
T.O	Terapeuta Ocupacional
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TEAR	Terapia e Arte
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Serviço

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
---------------------------	----

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS HISTÓRICOS

1.1 A Loucura através dos tempos	
1.1.1 Loucura, Pecado e Salvação	26
1.1.2 A Loucura como desrazão e a ocupação dos antigos leprosários.....	28
1.1.3 Os primeiros hospitais destinados aos alienados no Brasil	29
1.1.4 A Indústria da Loucura e a medicalização do sofrimento.....	31
1.1.5 O movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica	35
1.1.6 A Reforma Psiquiátrica no estado de São Paulo	46
1.2 A Saúde Pública no Brasil e a criação do SUS	50

CAPÍTULO 2 - MÉTODOS

2.1 Introdução ao método.....	69
2.1.1 Pesquisa Qualitativa, Memória e História Oral: Fundamentos Teóricos.....	70
2.2 O Percurso em busca de atores-chave e documentos históricos.....	72
2.2.1 Análise Documental.....	72
2.2.2 As entrevistas.....	73

CAPÍTULO 3 - O MUNICÍPIO DE GUARULHOS NO SÉCULO XX

3.1 O município.....	79
3.2 As Políticas de Saúde e a implantação do SUS.....	89

CAPÍTULO 4 - AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL EM GUARULHOS NO SÉCULO XX E INÍCIO DO SÉCULO XXI

4.1 O modelo manicomial.....	119
4.1.1 – Os primórdios das terapêuticas: entre a alienação e	

a doença mental.....	119
4.1.2 – O hospital como <i>locus</i> do tratamento.....	125
4.1.3 Considerações gerais sobre o período.....	133
4.2 Os modelos de assistência extra-hospitalares.....	135
4.2.1 Leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais, Ambulatórios e as Equipes Mínimas de Saúde Mental nos Centros de Saúde: a década de 1980.....	135
4.2.1.1 O Ambulatório de Saúde Mental.....	135
4.2.1.2 Equipes mínimas de Saúde Mental da década de 1980.....	146
4.2.1.3 O Pronto Socorro Psiquiátrico.....	149
4.2.1.4 Considerações gerais sobre o período.....	151
4.2.2 A implantação do SUS Guarulhos com novos equipamentos e serviços de saúde mental: a década de 1990.....	153
4.2.2.1 As novas Equipes Mínimas de saúde mental na atenção básica.....	155
4.2.2.2 O Hospital Dia.....	156
4.2.2.3 O Núcleo de Atenção e Prevenção ao Abuso de Drogas – NAPAD.....	162
4.2.2.4 O Ambulatório da Criança.....	165
4.2.2.5 O espaço da psiquiatria nos hospitais gerais: os resquícios do Hospital Psiquiátrico.....	168
4.2.2.6 Considerações gerais sobre o período.....	176
4.3 A transição dos antigos serviços para os CAPS e o fechamento do Ambulatório de Saúde Mental.....	179
4.3.1 O CAPS AD – Dr. Arnaldo Brant.....	179
4.3.2 A I Conferência Municipal de Saúde Mental.....	182
4.3.3 O CAPS II – Osório César e a Associação 02 de Abril.....	183
4.3.4 Reabilitação Psicossocial – O TEAR e a sua relação com os CAPS e a ECOSOL.....	185
4.3.5 O CAPS IJ – Recriar.....	192
4.3.6 O CAPS II – Arco-Íris.....	197
4.3.7 O CAPS III – Alvorecer.....	200
4.3.8 A participação da sociedade civil.....	202

4.3.9 A retaguarda hospitalar e o cuidado no momento de crise.....	203
4.3.10 O CAPS II – Bom Clima.....	206
4.3.11 O Serviço de Residência Terapêutica.....	208
4.3.12 O fechamento do Ambulatório de Saúde Mental.....	210
4.3.13 Considerações gerais sobre o período.....	213
4.4 O modelo assistencial com a integração da atenção básica.....	218
4.4.1 Os Núcleos de Apoio.....	218
4.4.2 Outros dispositivos na atenção básica.....	223
4.4.3 Considerações gerais sobre o período.....	225
CAPÍTULO 5 - AS OUTRAS FACES DA SAÚDE MENTAL EM GUARULHOS	
5.1 A supervisão.....	229
5.2 A integração interinstitucional e intersetorial	236
5.3 Dimensões organizativas da área de saúde mental.....	238
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	245
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	256
ANEXO I - TCLE.....	267

APRESENTAÇÃO

“A história é vital para a formação da cidadania porque nos mostra que para compreender o que está acontecendo no presente é preciso entender quais foram os caminhos percorridos pela sociedade brasileira; senão parece que tudo começou quando tomamos consciência das nossas vidas.”

Boris Fausto – 2011

OS ANTECEDENTES DESTA PESQUISA

Apresentar ao leitor um pouco sobre a minha trajetória profissional em Guarulhos tem como objetivo não apenas mostrar como cheguei ao objeto de pesquisa, mas registrar um caminho de aprendizagem e dificuldades que muitos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) passam e nem sempre evidenciamos por meio do registro escrito. Entendo ser uma oportunidade de mostrar ao público em geral a complexidade que é adentrar nessa área e os diversos debates que podemos levantar sobre a implantação de Políticas Públicas na área da Saúde.

Ao chegar a Guarulhos, em setembro de 2007, fui trabalhar como psicóloga no Serviço de Assistência Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis¹- HIV/AIDS - SAE-Carlos Cruz que ainda funcionava em duas ou três salas dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Luiza.² Nessa época, precisei me aprofundar sobre a assistência psicológica voltada a esse público que até então, não havia tido a oportunidade de estudar.

Em pouco tempo fui convidada a estender minha carga horária para apoiar a lacuna de profissionais psicólogos atuantes na atenção básica de saúde (AB). Dividi quarenta horas semanais entre o Serviço de Assistência Especializada – SAE (20h) e três UBS (20h). Nas UBS eu era a única profissional identificada como da saúde mental (SM), não havia assistentes sociais ou mesmo fonoaudiólogas (consideradas das equipes mínimas de saúde mental nos anos 1990) com as quais eu pudesse compor uma equipe. Assim, fiquei

¹ “O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais passa a usar a nomenclatura “IST” (infecções sexualmente transmissíveis) no lugar de “DST” (doenças sexualmente transmissíveis). A nova denominação é uma das atualizações da estrutura regimental do Ministério da Saúde por meio do pelo Decreto nº 8.901/2016 publicada no Diário Oficial da União em 11.11.2016, Seção I, páginas 03 a 17”. Conteúdo disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst>. Acesso em 25/01/2018.

² Atualmente o SAE Carlos Cruz funciona em prédio próprio.

matriciando e atendendo, sozinha, essas unidades. Tinha como referência para tirar minhas dúvidas 03 profissionais (uma psicóloga, uma fonoaudióloga e uma assistente social) que trabalhavam na mesma região de saúde que eu.

Ao entrar em contato com outros serviços da rede de saúde em Guarulhos, no caso da atenção básica, observava que, assim como no SAE Carlos Cruz, os outros também careciam de funcionários, de materiais para atendimento e de qualidade na assistência.

Aprendi sobre o SUS, sobre a rede de saúde do município e sobre a assistência em saúde mental na atenção básica com os colegas mais próximos, no susto, impulsionada pela preocupação em responder com qualidade aos casos que chegavam para atendimento. Não tive muito contato com a gestão na Região de Saúde responsável pelo território de saúde que eu estava. Na verdade, nem sabia que entrar em contato era possível. Devo confessar que foram anos de grandes aprendizagens, mas também de solidão e sofrimento ao me deparar com um número enorme de casos que não cabiam na agenda de atendimentos. Em sua maioria, exigiam uma articulação de rede de saúde (que eu ainda não dominava) para além da sala de atendimento (psicoterapia) na qual me sentia mais confortável conforme os ensinamentos da época de faculdade.

Com o tempo, compreendi que essa sensação de estar perdida dentro de um furacão e ter poucos apoios aos quais recorrer era comum aos funcionários que chegavam, salvo poucas exceções que tiveram o apoio da regional de saúde.

No final de 2009, dias antes da abertura do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Alvorecer, iniciei outro trabalho (sem aumento salarial, mas com aumento de responsabilidades) como articuladora de saúde mental da Região de Saúde III (na época, era uma junção entre o que hoje chamamos de Região III e IV), enorme. Minha preocupação imediata era, minimamente, recebê-los e ajudá-los a entender o que era um CAPS, além de apresentá-los à rede de saúde.

CAPS inaugurado, e uma semana depois o próximo desafio: implantação dos NASF/NAAB³ na Região (Dez/2009). Algumas reuniões na Secretaria da Saúde para entender os objetivos dos Núcleos e logo chegam mais de trinta profissionais de nível superior que se juntam aos vinte e poucos que já atuavam nas equipes mínimas de saúde mental da atenção básica na Região III.

Na teoria tudo funcionava, bastava que todos os funcionários envolvidos entendessem e transformassem a ideia em ação. Simples, não? Não! Como colocar em prática um novo

³ Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Atenção Básica. Seus objetivos serão apresentados e discutidos no Capítulo 4.

modelo de assistência na atenção básica? Ninguém sabia direito. Nem os novos e antigos funcionários que estavam se juntando nos Núcleos, nem gerentes das UBS e suas equipes e nem eu: representante da gestão e responsável por acolher esses profissionais dos Núcleos na regional de saúde.

A chegada dos NASF/NAAB em Guarulhos daria uma riquíssima pesquisa sobre a construção do SUS no sentido mais amplo que podemos tomar.

Em abril de 2011, assumo a gerência de uma UBS na Região de Saúde Centro, com quatro Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) tendo como referência um NAAB. Assumi a USB (agora com aumento salarial e aumento de responsabilidades), sem uma capacitação institucional que pudesse me mostrar o papel de um gerente, os sistemas de informação que eu deveria dominar, tampouco alguma informação sobre ESF ou Política Pública da Atenção Básica. Meu conhecimento era, em grande parte, o que eu havia estudado na graduação (entre os anos de 1997 e 2001) nos estágios dentro do Projeto Qualis desenvolvido no município de SP (e ainda bem que tive isso na graduação, visto que sabemos que muitos profissionais se formam sem esse conteúdo). Sim, eu fazia muitas perguntas à minha equipe de apoio da Região de Saúde, porém, só conseguimos ter dúvidas daquilo que conseguimos captar no mundo. Se desconhecemos algo, no sentido de não sabermos a literal existência de um fenômeno, não temos a possibilidade da dúvida sobre aquilo. Em outras palavras: não dá para ter dúvida daquilo que não existe para nós.

Um ano e meio como gerente que podia contar como mais uma faculdade. Quanta aprendizagem. Quantos sustos. Quantos sistemas de informação. Quantos embates, brigas, ações, prêmios e projetos executados pela equipe de quase cinquenta funcionários.

Em janeiro de 2013, um novo convite e assumo a Coordenação de Saúde Mental municipal, na Secretaria de Saúde. Mais uma faculdade: a gestão municipal.

Em outubro de 2015, nós da coordenação inventamos um evento para contar a história da saúde mental na cidade em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental (10 de outubro). No entanto, eu e minha colega de gestão nos deparamos com um grande obstáculo: não encontrávamos documentos oficiais, revistas, livros que, de alguma forma, viessem a contribuir com o tema.

Na época, contatamos a Secretaria de Comunicação para desenvolvermos algum material. Após reuniões entre as secretarias, decidimos por entrevistar funcionários que há tempos trabalhavam nos serviços de saúde mental do município visto que eram eles a memória do que havia acontecido.

Dessa parceria criamos um vídeo (curta) de aproximadamente 16 minutos chamado *Saúde Mental em Guarulhos*.⁴

Apesar do entusiasmo de estarmos, pela primeira vez, produzindo um material institucional sobre a história da saúde mental em Guarulhos, permanecemos com o sentimento de que era apenas o início da história e que não poderíamos deixar passar muito mais tempo para contá-la, pois a memória do que havia acontecido no município estava viva com os profissionais que haviam feito parte dela, e não nos arquivos.

A primeira informação que conseguimos à época datava dos anos 1920 com a existência do Sanatório São Paulo: entidade particular, voltada aos cuidados de pessoas com doenças mentais localizada no bairro de Gopoúva e que havia se transformado no Sanatório Padre Bento. Ainda que, mais tarde, viéssemos a entender que essa informação estava incompleta, seguimos a utilizando. Só tínhamos isso.

O evento de 2015, ocorrido durante todo o mês foi, sem dúvida, de suma importância. Resgatamos falas e pudemos realizar uma mesa redonda com alguns funcionários que faziam parte da construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além do vídeo, foi montada uma exposição na sede da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), local muitas vezes marcado pela seriedade e dureza do dia a dia. A exposição contou com a produção dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), do TEAR,⁵ dos Hospitais e Unidades Básicas de Saúde que dialogavam com o tema da saúde mental. Produtos confeccionados através da política da economia solidária foram expostos e vendidos. A SMS ficou diferente. Com outro movimento. Caras novas. Colorido. Vivo.

⁴ GUARULHOS (Secretaria da Saúde). Vídeo. Guarulhos: Secretaria da Saúde. 2015. [acesso em nov 2016]. Disponível no endereço eletrônico: <https://www.youtube.com/watch?v=-g2n12Btxuw>

⁵ O nome é uma composição das palavras **TE**rapia e **AR**te. No decorrer da pesquisa, detalharemos melhor sua história.

Figura 01 – Evento em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental, 10 de outubro de 2015. Exposição na SMS e bandeirão utilizado na caminhada pelas ruas da cidade durante o evento.



Fonte: GUARULHOS/SMS, 2015.

Como coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial de Guarulhos, cujo cargo deixei em maio de 2017, sentia-me extremamente responsável e motivada a sistematizar essa história para que todos os interessados em estudar, analisar e avançar nas Políticas Públicas na área da saúde mental do nosso município pudessem utilizar essas informações.

Guarulhos é a segunda maior cidade do estado de São Paulo com 1.337.087 habitantes em 2016⁶ e o 13º PIB do Brasil.⁷ Apesar desse grande desenvolvimento populacional e econômico, muito de sua história ainda não foi sistematizada. Maiara Albuquerque (2014), ao escrever sobre o *Patrimônio Cultural de Guarulhos*, também apontou a dificuldade em encontrar fontes, dados e informação sobre a história da cidade. Sobre isso, escreve:

(...) a historiografia local sobre Guarulhos vem se desenvolvendo ao longo das últimas décadas, ampliada e modificada com novos trabalhos acerca das múltiplas problemáticas existentes no município. Vários dados ainda precisam ser organizados e revistos; apesar disso, podemos ter uma

⁶ Projeção do IBGE com base no Censo de 2010.

⁷ De acordo com os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Produto Interno Bruto (PIB) de Guarulhos em 2013 alcançou a marca de R\$ 49,4 bilhões, situando-se na 13ª posição do ranking nacional, e em 4º entre municípios paulistas, sendo o 3º em Valor Adicionado Industrial e o 5º em Serviços (dados do site da Prefeitura de Guarulhos – acesso em 17/11/2017).

compreensão de como Guarulhos passou de um aldeamento jesuítico a 8ª cidade mais rica do país através de algumas obras essenciais” (ALBUQUERQUE, 2014, p. 22).

Observamos, portanto, a dificuldade em se pesquisar sobre temas relacionados à cidade, justamente porque sua própria história está sendo sistematizada apenas há algumas décadas.

Outra informação importante, dada durante o curso livre “Guarulhos de aldeia à metrópole” em setembro de 2016 pela Secretaria de Cultura do município, é que a população de Guarulhos, entre os anos 1960 e 1980 era constituída por 71,3% de migrantes. Nesse sentido, o professor Lionel Fontanesi apontou que é a partir dos anos 1990 que inicia, de forma mais emblemática, o nascimento de pessoas no território guarulhense. Segundo ele, esse fato contribuiu para que mais pessoas se identificassem com a cidade, se nomeando como guarulhenses. Portanto, a identidade e reconhecimento do “ser guarulhense” e de pertencimento, de fato, à cidade, é um fenômeno recente. Logo, ele conclui que também é recente o interesse e o comprometimento pela história da cidade por um número maior de pessoas.

O resgate histórico das Políticas Públicas de Saúde Mental no município servirá de registro de uma história local e de mais uma parte de uma história que é mundial e que vem se constituindo há séculos, que é a História da Loucura, e que por diversas influências chegou ao Brasil, através de políticas públicas e modelos assistenciais que reproduziram práticas cruéis e segregadoras, mas também inclusivas e humanizadas.

Neste momento, inscrevemos Guarulhos como parte dessa história.

A ESTRUTURA DA PESQUISA

No decorrer da pesquisa, o leitor irá se deparar com diversas histórias. Nosso objetivo é articular um diálogo entre elas de forma a resgatar os laços que ainda não foram dados e nem escritos em relação ao nosso município e, mais especificamente, no que diz respeito aos modelos assistenciais em saúde mental (SM) que aqui existiram, persistiram ou desapareceram ao longo do século XX e início do século XIX.

A pesquisa tem como objetivo mostrar que o município de Guarulhos, assim como muitos municípios no Brasil, reproduziu, avançou e retrocedeu em relação aos modelos de assistência em saúde mental, justamente por estar interligado à História da Loucura e, principalmente, à história do SUS no Brasil e no estado de São Paulo.

Para isso realizamos análise documental e entrevistamos alguns funcionários identificados como importantes na construção da nossa rede de serviços de saúde mental que, atualmente foi denominada como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pelo Ministério da Saúde. Coube a nós tecer um elo entre essas narrativas mesmo quando se mostravam contraditórias.

O recorte temporal da pesquisa inicia-se no ano de 1918, com a construção do Sanatório São Pedro e São Paulo pela Synagoga Espírita São Pedro e São Paulo no bairro chamado Gopoúva, em Guarulhos, e estende-se até o ano final do ano de 2016.

Apresentaremos no Capítulo 1 a História da Loucura considerando que o entendimento sobre o que é a loucura e as formas de assistência em saúde mental no Brasil e em Guarulhos têm suas raízes em preconceitos e violências que atravessaram séculos, e que até hoje deixam resquício por aqui. Ainda no Capítulo 1, daremos destaque à Reforma Psiquiátrica dos anos 1970 e 1980 cujo modelo de assistência em saúde mental permaneceu em desenvolvimento e como diretriz de uma política pública em saúde mental no Brasil até o final de 2016 (recorte temporal da pesquisa). Dessa forma, contextualizaremos o movimento dessa Reforma Psiquiátrica como um movimento de luta por um tratamento humanizado que também influenciou o município e o estado de São Paulo e que se opôs às práticas de confinamento e exclusão social.

O Capítulo 1 termina com a história da Reforma Sanitária Brasileira e a construção do SUS com o objetivo de subsidiarmos nossa análise em relação ao modo como foi se constituindo a rede de saúde em Guarulhos, base estrutural para a implantação dos modelos assistenciais em saúde mental nos níveis federal, estadual e municipal.

Importante esclarecer que os recortes estabelecidos a fim de contarmos essas várias histórias (em capítulos, itens e sub itens) se deu com o objetivo de tornar a leitura mais fácil. No entanto, elas se cruzam e se influenciam.

Assim como FONTE (2012, p. 2) aborda em sua pesquisa: “as Políticas de saúde mental são aqui consideradas como um acordo político-jurídico que se estabelece numa determinada sociedade sobre a concepção e respostas aos problemas da Loucura/doença mental”.

No Capítulo 2, apresentaremos o nosso método ou os caminhos trilhados a fim de respondermos ao nosso objeto de pesquisa, trazendo ao leitor, de forma mais detalhada, os documentos encontrados, os entrevistados, a escolha por realizar entrevistas abertas e a teoria na qual nos embasamos.

Para a pesquisa foi necessário contextualizarmos o município durante o Século XX visto que, apesar de sermos influenciados pela conjuntura nacional e por modelos assistenciais em saúde mental também vigentes no país e no estado de SP, no município encontraremos especificidades de um grande centro urbano e econômico do país. Dessa forma, separamos o Capítulo 3 para detalharmos essa história.

Ainda no Capítulo 3, abordaremos o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e a implantação do SUS em Guarulhos. Demos destaque ao tema, pois, logo no início da pesquisa, ficou evidente que essa história também não havia sido sistematizada dessa forma. Na verdade, inicialmente tivemos acesso a um material sobre o assunto disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde e a uma pesquisa escrita por Cristina Passeri, funcionária municipal, durante um curso de especialização em 2010.

Considerando a importância do SUS Guarulhos ao entendimento da construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município, tivemos que recorrer aos entrevistados a fim de esclarecermos algumas lacunas que permaneciam após a análise desses materiais iniciais.

Os vários modelos de assistência em saúde mental que abordaremos no Capítulo 4 serão evidenciados a partir da implantação e do fechamento das instituições de saúde mental que existiram em Guarulhos durante o século XX e início do século XIX. Propomos um debate que é específico ao município, e que, ao mesmo tempo, extrapola seus muros.

Já no Capítulo 5 trataremos de outros dois temas: a intersetorialidade das Políticas Públicas e a gestão em Saúde Mental, a partir dos quais pretendemos discutir os avanços e potencialidades da RAPS municipal e algumas dificuldades que extrapolam o debate dos modelos assistenciais identificados no Capítulo 4.

Importante lembrarmos que não é nosso foco a reconstituição detalhada da história das instituições de saúde mental em Guarulhos. Apesar disso, alguns documentos e as entrevistas trouxeram informações e lembranças de algumas delas e, assim, utilizamos esse material vivo e rico em detalhes para mostrar, mesmo que em parte, o que foi lembrado da história desses locais.

Esperamos que essa viagem no tempo das instituições de saúde mental em Guarulhos, bem como o debate sobre as políticas públicas de saúde mental em nosso município, sejam estímulos para nos aproximarmos cada vez mais daquilo que queremos para a RAPS e para o SUS em seus três níveis governamentais (municipal, estadual e federal). Pretendemos dar ao leitor peças iniciais para que ele possa (re)afirmar, de forma mais crítica e consciente, os princípios da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica dos anos 1970 e 1980 e possa, dessa forma, contribuir para a defesa da vida humana.

Justamente por ser um dos primeiros materiais sistematizados sobre o assunto deve ser entendido enquanto uma primeira análise, e, como tal, já convidamos o leitor a fazer seus apontamentos e a não deixar que a mesma termine por aqui.

CAPÍTULO 1

ASPECTOS HISTÓRICOS

1.1 A LOUCURA ATRAVÉS DOS TEMPOS

1.1.1 Loucura, Pecado e Salvação

Na época da fundação da aldeia de Nossa Senhora da Conceição dos Guarulhos (1560), apesar de não termos registros de pessoas com graves sofrimentos psíquicos nesse local, revisitando a História da Loucura através de alguns autores, mas principalmente Foucault, observa-se que todo século XVI, foi caracterizado por um modo de lidar e conviver com a loucura.

Para entendermos o que estava acontecendo no século XVI e nos séculos seguintes, e porque não dizer até hoje, vamos retroceder um pouco mais na história mundial e contextualizar o entendimento sobre a loucura durante a Idade Média (séculos V a XV) na Europa.

Sabemos que entre os séculos XII e XIV, o grande mal que assolava o continente europeu, em termos de saúde, era a epidemia da lepra. Como todos os olhares estavam voltados a esse público, pouco se fazia em relação ao cuidado daqueles identificados como loucos.

Segundo FOULCAULT (2014), a Igreja explicava a lepra e futuramente a loucura através dos olhos de Deus, uma vez que a doença deveria ser entendida como uma chance para a remissão dos pecados e, assim, enquanto purificação. Em nome do medo e com essa explicação, os leprosos foram recolhidos em grandes hospitais e por lá permaneceram por muito tempo.

A loucura durante a Idade Média foi explicada através da Igreja Católica, visto que essa instituição dominava o conhecimento sobre o mundo e sobre o homem nessa época. Nesse período, você era aquilo que Deus havia desejado para você e se você nasceu com algum problema é porque de alguma forma mereceu.

Na Idade Média, os alienados não possuíam um lugar na sociedade, aliás, o lugar dessas pessoas era o “não lugar”, pois eram expulsos das cidades e aldeias. Segundo FOUCAULT (2014), eles ficavam largados à sua própria sorte e destino, forçados a circular no mundo. Como num rito de passagem para a morte e para a salvação em meio às águas que

simbolicamente retratam a limpeza e a purificação, essas pessoas eram colocadas em barcos e enviadas para qualquer destino mar adentro. A própria visão de homem calcada nos pressupostos da Igreja justificará tal ato como benevolência, visto que a morte, para quem é doente, é a salvação e os católicos estariam proporcionando essa chance aos alienados. Muitos artistas retrataram esse fenômeno da embarcação dos loucos e uma das pinturas mais lembradas é o quadro do artista holandês Hieronymus Bosch do final do século XV, a *Nau dos Insensatos*.⁸

Figura 02 – A Nau dos Insensatos



⁸ Disponível no link: <https://imagensamadasdotcom.files.wordpress.com/2013/07/a-nau-dos-insensatos-bosch.jpg>. Acesso em 23/09/2016.

1.1.2 A Loucura como desrazão e a ocupação dos antigos leprosários

Foi apenas no século XVII que a loucura passou a ser vista e definida como “não razão” e a desrazão foi julgada moralmente. FOUCAULT (2014), em *História da Loucura*, discorre sobre o pensamento de René Descartes (1596-1650), filósofo e matemático francês criador do pensamento cartesiano, sistema filosófico que deu origem à Filosofia Moderna. A partir do momento em que as ideias de Descartes vão tomando força, ou seja, enquanto a frase “Penso, logo existo” vai se tornando cada vez mais representativa de uma sociedade, temos, por outro lado, o louco como aquele que não pensa, desprovido de qualquer razão e que, portanto, não é. Assim, desprovido da razão, deverá se submeter a tudo e a todos, pois apenas os outros seriam detentores da sabedoria e do conhecimento, inclusive sobre o que seria a loucura e como tratá-la. Os loucos não poderiam responder por si.

Ainda não havia o “conhecimento científico” sobre a loucura e assim o descontrole não aparecia apenas nomeado no corpo daquele que enlouquecia, mas também aparecia no desconhecimento das academias. Em outras palavras, se eu não consigo explicar a loucura, eu não tenho como controlar essas pessoas, portanto, com medo, as excluo da sociedade. Tranco em nome do medo do que me é desconhecido.

Com o fim do advento da lepra e das cruzadas, marcando o final da Idade Média (Século XV), os leprosários cederam espaço para a loucura. Porém, para FOUCAULT (2014), não serão apenas os locais de enclausuramento que a lepra vai deixar de herança para a loucura. O que mais permanecerá enquanto legado serão as formas de entendimento e exclusão social que passarão a ser vinculados à loucura. Sobre isso escreve:

A lepra se retira, deixando sem utilidades esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido da exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar a sua volta um círculo sagrado (FOUCAULT, 2014, p. 6).

A loucura só passará a ser objeto de estudo da medicina (considerada uma doença) e da ciência no século XIX quando a psiquiatria surge com Charcot e Pinel. É quando a psiquiatria, psicologia e a própria psicanálise vão tentar definir o que é loucura, estudando o comportamento humano e estruturando seus alicerces teóricos.

1.1.3 Os primeiros hospitais destinados aos alienados no Brasil

Segundo FONTE (2012) a história da saúde mental (SM) no Brasil poderia ser dividida em sete períodos, desde os primeiros hospitais abertos após a vinda da família real ao Brasil (1808) até o ano de 2012 quando finaliza sua pesquisa.

O primeiro período se iniciaria justamente com a vinda da família real para o Brasil e com as primeiras preocupações com o controle da sociedade da colônia, afinal nada poderia atrapalhar a realeza. O que havia sido desprezado durante trezentos anos passa a ser preocupação no Brasil Colônia objetivando o bem-estar da família real e de toda a realeza. Os alienados são encaminhados, por exemplo, aos porões das Santas Casas (FONTE, 2012).

O tratamento aos alienados no Brasil até o século XIX e, portanto nas primeiras instituições que de alguma forma recolhiam essas pessoas era de cunho religioso e com julgamento moral, o mesmo que encontramos durante a Idade Média na Europa.

Em 1830, a Sociedade de Medicina e Cirurgia que existia no Brasil, já não mais colônia de Portugal, lança uma palavra de ordem: *aos loucos o hospício*, em resposta ao cenário anterior onde os poucos locais que se dispunham tratar dessas pessoas, até aquele momento, eram de cunho religioso, estavam sempre cheios, com uma demanda crescente e não possuíam estrutura adequada, tanto física como de recursos humanos (especialistas/psiquiatras) para a reabilitação dos pacientes considerados doentes. E, assim, a solução foi abrir hospitais específicos aos alienados: os chamados hospícios “modernos”, conforme as experiências do hospício francês de Pinel e Esquirol (FONTE, 2012).

O hospício, considerado na época o principal instrumento terapêutico da psiquiatria, aparece como exigência de uma crítica higiênica e disciplinar às instituições de enclausuramento e ao perigo presente em uma população que começa a ser percebida como desviante, a partir de critérios que a própria medicina social estabelece (FONTE, 2012, p. 4).

Acontece que, mesmo com a psiquiatria, psicologia e psicanálise estudando e estruturando o conhecimento sobre o comportamento humano, pouquíssimos médicos trabalhavam nesses hospícios. Justamente por isso os critérios de admissão dos pacientes eram extremamente arbitrários e cabia às autoridades públicas policiais, na maioria das vezes, determinar quem iria ingressar no local.

Em artigo publicado sobre as primeiras instituições para alienados no Brasil, Ana Maria Oda e Paulo Dalgalarrodo (2005), após analisarem relatórios dos presidentes das

províncias de São Paulo, Rio Grande do Sul, Maranhão, Pernambuco e Pará, entre 1846 e 1889, concluíram que a enfermidade da alienação mental era considerada como uma enfermidade especial durante esse período no Brasil. Todos (sociedade e instituições) defendiam um local próprio para o tratamento dessas pessoas que, até então, permaneciam nas Santas Casas, vagando de cidade em cidade ou estavam presas em cadeias ou trancadas em suas casas. De certa forma, entendia-se que cadeias não eram locais adequados para tratamento. Porém tampouco eram as Santas Casas. Os autores concluem que “o processo de institucionalização dos alienados foi marcado pela construção de uma opinião pública consensual quanto à necessidade e, sobretudo, quanto à legitimidade de sua reclusão em hospícios próprios” (ODA e DALGALARRONDO, 2005, p. 23).

Em relação aos que eram recolhidos, ODA e DALGALARRONDO (2005) observaram:

...eram pessoas pobres submetidas a uma reclusão forçada e a péssimas condições de vida, durante toda a segunda metade do século XIX. Condições que os alienados partilhavam com outros doentes sem posses, como os morféticos, o que pode ser exemplificados no caso do Pará, em que estes eram vizinhos dos alienados, e igualmente obrigados a aceitar o *compelle intrare* da Caridade, personificada na aliança entre as Santas Casas e os governos provinciais (ODA e DALGALARRONDO, 2005, p. 23).

Assim como FONTE (2012), ODA e DALGALARRONDO (2005) discutem sobre a pressão social para o recolhimento dos alienados. E foi justamente por esse motivo que muitas pessoas da sociedade da época contribuíram com doações em dinheiro para a construção desses primeiros hospitais.

Apenas alguns anos a frente os médicos assumirão o controle administrativo e terapêutico desses locais.

A província de São Paulo abriu seu primeiro hospital especializado em 1852, chamado de Hospital dos Alienados.

Em São Paulo, até 1852, foi fundado um hospital para os Alienados; estes também não contavam com um local apropriado para seus devidos cuidados e eram tratados nas cadeias públicas até morrerem, juntamente com os criminosos. O presidente da província de São Paulo, Dr. José Tomás Nabuco de Araújo, autorizado pela Lei Provincial nº12, de 18 de setembro de 1848, estabeleceu uma casa provisória para nela serem recolhidos os alienados e em 1852, finalmente, seria fundado o Hospital dos Alienados (JORGE e SALGADO, 2005, p. 6).

No entanto, FONTE (2012) aponta para a diferença nos locais destinados ao tratamento de pobres e ricos. Aos pobres, a internação era nos hospícios, pois se entendia que não possuíam condições de cuidar de seus doentes. As famílias ricas podiam permanecer com seus doentes em casa, desde que reproduzissem um hospício no interior de suas residências. Um caso conhecido em São Paulo é a história de Dona Yayá, mulher milionária que no início do século XX permaneceu trancada em casa durante 35 anos⁹.

Nesse período, aquilo que no discurso pode parecer um tratamento melhor qualificado, visto que seria realizado em locais específicos para tal, na prática permanece com a lógica do recolhimento dessas pessoas, fomentando a exclusão social e corroborando o estigma social do louco perigoso.

1.1.4 A indústria da loucura e a medicalização do sofrimento

Segundo FONTE (2012), o segundo período da saúde mental no Brasil ocorre entre 1889 e 1920, imediatamente após a Proclamação da República. Em nome da *Ordem e do Progresso* fundamenta-se o projeto de “civilidade” brasileiro que não contempla os loucos e degenerados. Assim, organiza-se um novo local para tratamento: as “Colônias Agrícolas”.

Nesta época, a maioria dos Estados brasileiros incorpora colônias agrícolas à sua rede de oferta de serviços, seja como complemento aos hospitais psiquiátricos tradicionais, seja como opção única ou predominante (FONTE, 2012, p. 7).

As colônias agrícolas serviram para o controle social e exclusão dos indesejáveis da sociedade, mas também traziam uma nova proposta de tratamento através do trabalho. Ele foi considerado o meio e o fim do tratamento. Na época, ser produtivo, estar trabalhando, representava um indivíduo que era capaz de ser útil e não um peso à sociedade. Quem trabalhava era porque estava saudável.

Para Paulo Amarante (apud FONTE, 2012), o período que constitui a implantação das Colônias Agrícolas enquanto locais especializados e, portanto mais apropriados ao tratamento da loucura pode ser considerado a primeira reforma psiquiátrica brasileira.

⁹ Atualmente funciona no local um Centro de Preservação Cultural ligado à USP. O imóvel é aberto às visitas e fica na Rua Major Diogo, 353. Bela Vista. SP/SP. Mais informações no link: <http://prceu.usp.br/uspprofissoes/orgaos-de-integracao/orgaos-de-apoio/cpc/>. Acesso em 23/12/17.

Apesar das diferenças de implantação de hospitais psiquiátricos e de Colônias Agrícolas em território nacional, o que ampliou o espaço asilar, permanecia o padrão de exclusão de pessoas, encarceradas até a morte (FONTE, 2012).

O terceiro período delimitado por FONTE (2012) é caracterizado pela higiene mental e pela psiquiatria comunitária.

Em 1923, com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), se cristaliza o movimento de higiene mental, como um programa de intervenção no espaço social com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas (...) As palavras de ordem da Liga eram “controlar, tratar e curar” e os fenômenos psíquicos eram vistos como produtos da raça ou do meio, decorrentes de obscuros fatores biológicos ou orgânicos (FONTE, 2012; p. 8).

No auge das ideias higienistas, sugeria-se a esterilização “dos tarados e degenerados” a fim de se erradicar a loucura. Além disso, havia uma preocupação sanitária na qual se achava que a sífilis e o alcoolismo eram desencadeadores das doenças mentais (FONTE, 2012).

Em 1930 há um reordenamento da Saúde no país e é criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública que em 1937 passa a se chamar Ministério da Educação e Saúde. Com a modernização, centralização e nacionalização da assistência em saúde é criada uma nova proposta da assistência em psiquiatria no país, culminando na implantação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) vinculado ao Ministério da Educação e Saúde.

Paralelamente, no estado de São Paulo em 1930 é criada a Assistência Geral a Psicopatas ficando responsável por todas as atividades de saúde mental do Serviço Sanitário do estado (MASCARENHAS, 2006, p. 6).

Já na década de 1940, 80,7% dos hospitais psiquiátricos no Brasil eram públicos. A expansão se deu a partir do incentivo estatal.

As décadas de 1940 e 1950 se caracterizam pela expansão de hospitais públicos em vários estados brasileiros, cujo crescimento foi propiciado pela aprovação do decreto-lei 8.555, de 3 de janeiro de 1946, que autorizava o SNDM a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. O Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945, condenava as denominações ‘asilo’, ‘retiro’ ou ‘recolhimento’, reconhecendo a categoria ‘hospital’, se afirmando o espaço de atuação do hospital psiquiátrico (FONTE, 2012, p. 8).

Apesar do grande número de hospitais públicos, os pacientes continuavam em total abandono. Com o pouco controle dos agentes públicos e calcado no discurso da má administração pública, se inicia o quarto período da história da saúde mental no Brasil, intitulada de “Indústria da Loucura” (FONTE, 2012).

Após o Golpe Militar de 1964, se inicia a contratação de leitos em hospitais psiquiátricos dando acesso aos trabalhadores e seus familiares ao tratamento. A Indústria da Loucura foi um período de grande internação, onde convênios do Estado com instituições particulares cresciam exponencialmente, justamente por caracterizarem-se lucrativos. O lucro advinha, dentre outras coisas, do maior tempo de internação de um paciente, logo quanto mais tempo internado mais lucro a diretoria do hospital obtinha. Não visavam alta hospitalar.

Em 1965 havia 110 hospitais psiquiátricos particulares passando para 178 em 1970. No final da década de 70 havia 351 hospitais conveniados ao INAMPS. Cerca de 90% dos leitos psiquiátricos eram privados, portanto, a principal estrutura de tratamento aos transtornos mentais era o hospital psiquiátrico não ocorrendo nenhum investimento nos serviços comunitários (MOREIRA et al, 2001, p. 4).

Outro autor que apresenta dados sobre a época da Indústria da Loucura é COSTA-ROSA (1987). Nesse caso, conseguimos visualizar o número de leitos que os hospitais psiquiátricos destinavam ao recolhimento de pessoas com diagnósticos de neurose. Segundo o autor, enquanto as pesquisas demonstram que as internações nesses casos não deveriam ultrapassar os 2%, alguns estados brasileiros chegavam à marca dos 49%. Era muito dinheiro que estava em jogo nesse sistema regendo as regras de internação em detrimento das avaliações técnicas.

(...) entre 1975 e 1979, as condições do Setor e da saúde da população não melhoram, pelo contrário. Em 1979, por exemplo, com uma média de 44.897 pacientes em 276 hospitais particulares, ocorrem 367.864 entradas nos hospitais psiquiátricos contratados, 87.834 das quais por neurose. Isso representa uma média superior a mil internações por dia, ainda com o agravamento de que 25% eram diagnósticos de neurose, chegando a 49% em alguns Estados (COSTA-ROSA, 1987, p. 55).

Demoraram a chegar ao Brasil alguns medicamentos e formas de tratamento mais avançadas para a época e desenvolvidos na Europa. CAPONI (2012) escreve que na primeira metade do século XX ainda há o entendimento de que o louco traduz de certa forma o nosso “eu interior” e esse espaço interno é explicado através de partes conscientes, subconscientes e inconscientes. Podemos perceber aqui que a autora traz as influências da psicanálise de Freud

como forma de descrever, explicar e entender o comportamento humano e a loucura ainda permeados pelo desconhecido que não era passível de controle.

No entanto, CAPONI (2012) observa que será principalmente a partir da segunda metade do século XX que o comportamento humano passará a ser nitidamente explicado através da química e da biologia. Aponta que a alma, enquanto explicação de uma essência será cada vez mais substituída por termos biológicos e neurológicos (como o DNA) e, assim, o mundo “psi” será progressivamente substituído pelo mundo neuroquímico e pelo termo molecular. Dessa forma, o comportamento humano foi cada vez mais explicado e, portanto cada vez mais passível de tentar ser controlado através das medicações.

A Revolução Psicofarmacológica, como ficou conhecida, tem seu início com a descoberta dos primeiros neurolépticos na década de 1950. A partir da medicação era possível tratar as pessoas fora dos hospitais psiquiátricos e, de certa forma, esse pensamento propiciou a formulação de terapêuticas e políticas públicas de saúde mental extra hospitalares.

O que não se previu foi o uso descontrolado das medicações a fim de abafar o sofrimento humano e, quase como um círculo vicioso que se retroalimenta, houve o aumento das classificações das doenças mentais. Em seu artigo sobre o problema da medicalização da sociedade contemporânea, RODRIGUES (2003, p. 15) conclui que “a cada dia o que anteriormente se considerava característica de personalidade hoje é convertido em doença (...) são criadas novas patologias para as quais se busca uma solução medicamentosa”.

Nesse sentido, a indústria farmacêutica não está apenas interessada em informar a sociedade sobre os benefícios de sua medicação, segundo o autor “existe a intenção em se vender a ideia de que a medicação pode restaurar o equilíbrio, dar ao indivíduo condições de ter uma vida produtiva, reintegrá-lo plenamente à sociedade, proporcioná-lo alegria e sentido” (RODRIGUES, 2003, p. 19).

Para ele, o uso da medicação deve ser racional e político a partir do momento em que, enquanto médico, posso utilizá-la não para aprisionamentos, como modernas camisas de forças, mas usar a medicação para “produzir espaços de liberdade e singularização” (RODRIGUES, 2003, p. 21).

Dessa forma, o período da “Indústria da Loucura” ficará marcado pela violência física e química nos hospitais psiquiátricos através do financiamento público da barbárie, das internações sem critérios e sem fim pelo Ministério da Saúde.¹⁰

¹⁰ O Ministério da Saúde foi criado em 1953.

Segundo TENÓRIO (2002, apud FONTE 2012) havia: 1) um discurso de especialistas defendendo o hospital psiquiátrico enquanto lugar principal para o tratamento da loucura, 2) apoio social para internação devido ao estigma do louco violento e improdutivo e 3) inexistência de outros modelos assistenciais em saúde mental alternativos à internação. Dessa forma, o sistema de saúde enquanto política pública impulsionava a internação, mesmo quando poderíamos encontrar a boa fé.

1.1.5 O movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica

Durante a ditadura militar, muitos médicos foram exilados, torturados e mortos fomentando uma discussão na Associação Brasileira de Psiquiatria que exigia o cumprimento dos Direitos Humanos no Brasil. Esse discurso foi estendido para o doente mental e assim, exigia-se a humanização do tratamento e o direito à saúde desse público. No entanto, segundo FONTE (2012) ainda não estava claro o modelo de assistência a ser adotado enquanto política pública na área da saúde mental para o Estado brasileiro.

Tanto a Reforma Sanitária quanto a Reforma Psiquiátrica foram influenciadas por um momento nacional de luta pela volta de um Estado Democrático de Direito que não existia desde o Golpe Militar de 1964. Esse ideal por uma sociedade mais justa, longe das garras da ditadura, influenciou toda uma geração de profissionais de saúde.

Esses movimentos culminaram na Constituição Federal de 1988 e no Sistema Único de Saúde (SUS) que sustentaram uma nova Política Pública de Saúde Mental preconizada pelo Movimento da Luta Antimanicomial. Essa nova política denominamos de Reforma Psiquiátrica, porém é importante ressaltar que ela não foi a primeira reforma psiquiátrica brasileira conforme apontamos anteriormente. A Reforma Psiquiátrica, deflagrada nos anos 1970 e 1980, se constituiu a partir de diversas influências teóricas e práticas ao longo de algumas décadas e que apresentamos a seguir.

A partir da década de 1960, o cenário da assistência à saúde no Brasil vinha se deteriorando ano após ano. A economia nacional apontava sinais de declive desencadeando uma crise sem precedentes nos anos 1980. A insatisfação popular era crescente e reivindicava

condições básicas de sobrevivência em diversas áreas, exigindo políticas públicas que visassem a melhor distribuição de renda e garantissem serviços públicos.

As repercussões econômicas implicaram em aumento do contingente de pauperizados, mesmo no período de maior crescimento do PIB (Produto Interno Bruto), devido à expansão do modelo privatista concentrador de rendas. Entre as repercussões sociais da crise é pertinente que destaquemos o aumento das populações da cidade, por êxodo rural, e sua aglomeração nas zonas periféricas geralmente sem quaisquer condições de infraestrutura de habitação. Vale destacar ainda uma maior vulnerabilidade nas condições da saúde em geral, posta à prova durante a epidemia de meningite que se alastrou, particularmente sobre São Paulo nos anos de 70 até 75. As condições do Setor da Saúde que já vêm precárias, desde antes de 1964, se agravam ainda mais a partir daí. É sobre o pano de fundo tecido por essa conjuntura social que vamos encontrar um grupo de profissionais da Saúde Mental à frente das reivindicações pela transformação das condições de atendimento em Saúde Mental (COSTA-ROSA, 1987, p. 48).

Segundo COSTA-ROSA (1987), a primeira sistematização dos preceitos desta Reforma Psiquiátrica aconteceu em Porto Alegre em 1967, quando um grupo de profissionais se reúne e escreve um documento conhecido como Ata de Porto Alegre.

O grupo de profissionais ali reunidos, sensíveis aos problemas em que se achava imerso o setor, produz um bloco de conclusões, do qual é conveniente destacar: a restauração do Serviço Nacional de Doentes Mentais, a integração da Saúde Mental à Saúde Pública, ênfase na criação e ampliação da rede extra-hospitalar, aceleração dos programas de formação de pessoal – resultando já a incorporação das Universidades brasileiras nesse processo; finalmente, propõe também o reforço do Hospital Psiquiátrico como empresa privada e a sua expansão à custa de parte dos seus lucros (COSTA-ROSA, 1987, p. 51).

Logo depois, o autor apresenta dois encontros internacionais e outro nacional nos quais os princípios da Ata de Porto Alegre serão reforçados: I Conferência sobre Saúde Mental nas Américas realizada em 1968 em San Antonio, no Texas; uma reunião com Ministros da Saúde de países da América Latina, em Vinã Del Mar em 1969, no Chile e o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria em parceria com a Associação Psiquiátrica Latino Americana em 1970, em São Paulo.

Após o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, “sai a Declaração de Princípios de Saúde Mental de Mário Machado de Lemos, Ministro de Saúde na época, (...) que servirá de base ideológica a uma série de ações” (...). Outro fato importante destacado por COSTA-ROSA

(1987, p. 53) é que, após esse mesmo Congresso, há a nomeação de um grupo de profissionais no âmbito federal responsável por avaliar e propor uma reforma aos serviços de saúde mental em nível nacional. Era a resposta do Governo para lidar minimamente com o cenário de insatisfações que emergia.

Podemos resumir assim as conclusões do grupo encarregado de estudar a situação a nível federal, em relatório de 1971: distorção no uso de leitos, principalmente com altas taxas de readmissão e tempo elevado de permanência; inexistência de ambulatórios; o crescimento quase geométrico das internações não corresponde ao índice de crescimento das psicoses; excessivo aumento das internações com diagnóstico de neurose (COSTA-ROSA, 1987, p. 53).

Esse grupo de profissionais sugeriu a reformulação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) como um processo renovador e que viria a contribuir na regulação da qualidade dos serviços prestados pelos conveniados (incluindo os hospitais psiquiátricos), porém a reformulação não ocorreu. Os hospitais privados continuaram recebendo o financiamento pelo INPS e nada melhorou (COSTA-ROSA, 1987, p. 53).

Segundo COSTA-ROSA (1987), apesar de o Governo Federal se mostrar sensível às propostas para uma reformulação na assistência de saúde mental, assumindo em teoria e discurso que era necessária uma mudança para uma assistência preventiva e comunitária, ele deixa brechas nas legislações antagônicas ao seu discurso. Com isso, o grupo de empresários, donos dos hospitais psiquiátricos, permaneceu com suas atividades de alguma forma.

Apesar das brechas na legislação brasileira, a partir de 1972, após a 3ª Reunião de Ministros da Saúde na América Latina, os países saem com a recomendação de introduzir em suas políticas de saúde os “Centros Comunitários em todas as cidades acima de 100 mil habitantes, serviços com um psiquiatra para cada 100 leitos e uma enfermeira para cada 500, terapeuta ocupacional para cada 50 leitos e modernização através da utilização de técnicas de uso coletivo” (COSTA-ROSA, 1987, p. 53 e 54).

Nos anos 1970, temos, portanto, avanços e retrocessos em relação ao interesse dos grupos privados e ao modelo de assistência à saúde mental de base comunitária, modelo americano, que encontra dificuldades de avançar no Brasil. Um dos marcos nesse retrocesso é a destituição do coordenador do hospital Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, que vinha desempenhando ações reformistas.

De fato, 1975 marca um ponto de virada no sentido das propostas e ações que visavam a implantação do modelo comunitário no âmbito federal. Nesse mesmo ano, já com outro ministro, fecha-se a experiência que vinha sendo desenvolvida com sucesso no hospital Engenho de Dentro, pertencente à DINSAM e demite-se seu diretor. Para seu lugar é nomeado um coronel médico. (...) Com estes elementos reafirmamos a ideia de que nunca cessa a resistência do modelo asilar a implantação no país das práticas comunitárias, nem mesmo nos anos de 1972 e 73 quando estas produziam seu maior impacto. (...) A lei (federal) nº 6.229, de 1975, (...) garantiu a preponderância dos interesses privados, interesses que continuam amplamente garantidos (em outra) Portaria Interministerial de 1979 (COSTA-ROSA, 1987, p. 54 e 55).

Dessa forma, foram necessários muitos anos para que se iniciasse de fato o desmonte dos grandes hospitais e surgissem novas formas de atendimento em saúde mental no Brasil.

(...) as mudanças no panorama de assistência psiquiátrica demoraram algumas décadas para ocorrer. Contrariamente ao que aconteceu em países como Estados Unidos, Inglaterra e França – a partir da década de 40 – no Brasil, nos anos 70, houve uma enorme expansão da rede hospitalar privada a partir da unificação dos Institutos Previdenciários (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e nenhum investimento nos serviços comunitários. A ampliação da cobertura psiquiátrica calcada na contratação de leitos privados foi de tal ordem que veio a se constituir na terceira maior despesa com internação do sistema de saúde até 1990 (CAMBRAIA, 1999, p. 2).

É nesse contexto de crise nacional em âmbito econômico, reivindicação por um país democrático e de luta de interesses com empresários dos hospitais psiquiátricos, que sanitaristas e trabalhadores da saúde mental encontraram campo fértil para o fortalecimento de uma luta por uma saúde pública para todos e tratamento em liberdade para aqueles que sofriam graves sofrimentos mentais, principalmente para os moradores dos hospitais psiquiátricos que haviam se transformado em grandes depósitos humanos.

Como vimos, já estavam em circulação no país e no estado de São Paulo desde os anos 1960 ideias contra hegemônicas ao modelo de assistência psiquiátrica hospitalocêntrica.

Paulo Amarante (1995) divide a Reforma Psiquiátrica em três períodos. O primeiro seria do final da década de 1970 até início dos anos 1980. O segundo, do início dos anos 1980 e que se estendeu até 1987 com a I Conferência Nacional de Saúde Mental. E o terceiro período: a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção.

Segundo AMARANTE (1995), a Reforma Psiquiátrica foi um movimento cujo estopim foi a “Crise da DINSAM”,¹¹ em 1978, quando sua diretoria sofria críticas constantes em relação ao que era observado e denunciado nos hospitais psiquiátricos da época, pelos quais a DINSAM era responsável. O que foi encontrado nesses hospitais foi comparado às torturas vivenciadas pelos presos políticos no regime militar (AMARANTE, 1995).

Para FONTE (2012), o ano de 1978 com o marco da crise da DINSAM inaugura o quinto período da história da saúde mental brasileira.

Nos anos 80, o cenário político começou a mudar. O hospital psiquiátrico ainda era a principal estrutura de oferta de atendimento (ou se se quiser, o representante de nosso “modelo assistencial”). Porém, essa hegemonia, criticada há muito tempo por uma ala importante de profissionais do campo, passou a ser questionada pelos próprios órgãos oficiais. Com o movimento pela redemocratização do país (iniciado a partir da metade dos anos 70), dentre as várias denúncias e reivindicações feitas por diversos segmentos sociais organizados, foram tornadas públicas as barbaridades que ocorriam no interior de alguns hospitais estaduais e federais (CAMBRAIA, 1999, p. 3).

Segundo CAMBRAIA (1999), as denúncias surgiam em vários estados, mas principalmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul. Com repercussão nacional, ficou mais fácil a adesão de muitas entidades a fim de solucionar o problema. Foi o caso do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e do REME – Movimento de Renovação Médica e que, segundo AMARANTE (1995), já lutava por novas propostas desde 1976.

É nessa luta que os profissionais de saúde mental se organizaram criando o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental – MTSM, cujo objetivo era constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutinava informações, organizava encontros, reunia trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995).

Foi nessa época também que chegaram ao Brasil teorias e práticas internacionais em saúde mental, dentre os quais, segundo Paulo Amarante (1995), alguns nomes merecem destaque: Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Szasz, Basaglia, Illich. Alguns vieram ao Brasil e participaram de encontros, congressos e eventos disseminando novos modelos teóricos e assistenciais em psiquiatria que já estavam em andamento nos EUA e Europa.

¹¹ Divisão Nacional de Saúde Mental ligada ao Ministério da Saúde.

Um grupo de profissionais brasileiros iniciou uma sistematização do modelo italiano (de Franco Basaglia) de desinstitucionalização. Ao final dos anos 1980 “surgem os primeiros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e fecham-se alguns manicômios e se inicia um embate epistemológico, político e técnico em prol de ‘uma sociedade sem manicômios’” (FONTE, 2012, p. 11).

Esse movimento foi importante porque construiu um espaço de luta não institucional com a participação da população: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MLA. Esse movimento:

(...) não busca a modernização de técnicas e instituições psiquiátricas, nem se restringe a reivindicações de humanização das relações entre os sujeitos, a sociedade e suas instituições, ele busca construir um outro lugar social para a Loucura, a diversidade e a divergência. Seus princípios são: a inclusão, a solidariedade e a cidadania (KODA, 2002, p.39).

Ainda sobre o surgimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e suas características:

(...) um movimento social deveras heterogêneo, mas com um importante consenso entre seus integrantes: não é mais aceitável que o infortúnio do acometimento de um transtorno mental leve qualquer indivíduo ao encarceramento num manicômio por décadas de sua vida, muitas vezes sem cuidados integrais a sua saúde e com desrespeito a seus direitos Humanos e civis (FONTE, 2012, p. 12).

Sobre a década de 1980, AMARANTE (1995) indica marcos que influenciaram em grande parte a Reforma Psiquiátrica desse período da história da saúde mental brasileira. Destacamos os ocorridos com a participação do estado de São Paulo ou em nível nacional:

1 – A Cogestão – Implantada entre os Ministérios da Saúde e o da Assistência e Previdência Social para a reestruturação dos hospitais da DINSAM.

2 – O Plano do CONASP¹² – Inicialmente colocado em prática como plano piloto no Rio de Janeiro, tinha como objetivo diminuir o número e o tempo das internações. Posteriormente foi implantado em outros estados.

¹² Conselho Consultivo de Administração Previdenciária. Criado em 1981 em função da necessidade de revisão das formas de organização da assistência médica previdenciária diante do imperativo da contenção das despesas da previdência social com a assistência médica, numa conjuntura de aguda crise financeira do sistema previdenciário (PUGIN, S.R., NASCIMENTO, V.B. do, *Principais Marcos Legais das Mudanças Institucionais no Setor Saúde 1974-1996*, Série Didática n°1, Dezembro 1996, p. 11).

3 – O I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste – Em 1985 esse encontro tornou-se importante, dentro outros fatos, por decidir pela implantação das CISM, Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental.

4 – II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste – Realizado em abril de 1987, propôs como uma nova forma de atendimento às emergências psiquiátricas nos hospitais gerais, introduzindo a área de saúde mental dentro do campo geral da saúde.

Na década de 1980, a luta dos profissionais era pela desinstitucionalização, por direitos políticos dos pacientes, durante e após o período de tratamento, pela valorização dessas pessoas como cidadãos e pela estruturação de uma política jurídica que sustentasse as reivindicações com força de Lei. Foi nessa época que a Reforma Psiquiátrica teve maior vigor, aliando-se a Reforma Sanitária (AMARANTE, 1995).

Em 1987, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial na cidade de São Paulo – CAPS Itapeva – e foram colocados em prática os projetos de Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, em Santos/SP. No entanto, esses equipamentos só foram regulamentados pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 336 de 2002. Ou seja, 15 anos depois.

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (MS/BR, 2005, p. 7).

Para Paulo Amarante (1995), um dos marcos da Reforma Psiquiátrica em questão foi a I Conferência de Saúde Mental, de 1987, que ocorreu como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986.

Foi também em 1987 que ocorreu o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, onde foi criado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Segundo AMARANTE (1995), foi quando o movimento reencontrou suas raízes e afirmou que “é

preciso mudar a Política Nacional de Saúde Mental para que uma pessoa seja bem atendida, seja ouvida e cuidada”.

Já o ano de 1989 merece destaque, pois foi nessa época que foi dada a entrada do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) no Congresso Nacional marcando, “o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo” (DELGADO et al, 2007, p. 41 in FONTE, 2012, p. 11).

É interessante ressaltar o fato de que o Projeto de Lei 3.657/89 estimulou o debate sobre a Loucura em todo o País. Até 1992, o projeto tinha sido aprovado na Câmara dos Deputados, encontrando dificuldades no Senado, onde recebeu o nº 08/91-C. Porém, seu aparecimento possibilitou muitas discussões e estimulou a apresentação de projetos de lei em muitos estados. Até 1993, os estados que possuíam projetos tramitando nas Assembléias Legislativas era: Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. E aqueles que possuíam a Lei aprovada: Rio Grande do Sul, Ceará, Distrito Federal e Pernambuco (AMARANTE, 1995, p. 94).

A partir da década de 1990, em função do compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas¹³ e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passaram a vigorar no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia. É o início do sexto período da história da saúde mental no Brasil (FONTE, 2012).

Mais especificamente, segundo AMARANTE (1995), com a Declaração de Caracas houve o reconhecimento, pela Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que a assistência psiquiátrica brasileira era de fato ruim e estabeleceram um direcionamento de verba específica para a saúde mental.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) foi de grande importância, pois teve uma maior participação popular, de familiares e de usuários, o que não havia ocorrido no primeiro ano já que a maioria participativa era composta de técnicos.

A realização da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL é resultado de entendimento entre os diversos setores sociais interessados na questão de saúde mental. É consensual, entre os usuários, técnicos, governo e prestadores de serviços, a necessidade e urgência de estabelecimento de uma nova Política de saúde mental. A Conferência

¹³ Documento firmado em 14 de novembro de 1990 que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

Regional de Caracas para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica nas Américas (1990) e a IX Conferência Nacional de Saúde (1992) apontaram para a premência de ampla revisão da legislação específica e do modelo assistencial predominante na área de saúde mental, o que está expresso no temário central da presente Conferência. Coerentemente com os princípios da Reforma Sanitária brasileira, e mais precisamente com as diretrizes para o Sistema Único de Saúde emanadas da IX Conferência Nacional de Saúde, a etapa nacional da II Conferência Nacional de Saúde Mental pretende ser a culminância de um processo, iniciado nos níveis municipal e estadual, que resulte em princípios e diretrizes para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil (MS/BR, 1992, s/p).

A partir da década de 1990, o Estado brasileiro passou a incorporar e executar propostas e modelos de assistência que os movimentos organizados já discutiam. Os projetos e experiências viraram Diretrizes Nacionais em formato de Leis e Portarias e, efetivamente, a Reforma Psiquiátrica começou a se materializar em serviços extra-hospitalares. É o período da Institucionalização da Reforma Psiquiátrica (FONTE, 2012).

Segundo FONTE (2012), citando AMARANTE e TORRE (2010), o que por um lado ajudou na solidificação de uma política humanizada no tratamento para essas pessoas, por outro lado engessou o país num determinado modelo, limitando novas experiências.

As principais portarias ministeriais criadas nessa época, com o objetivo de assegurar em lei e no país uma estrutura de atendimento, foram, segundo MOREIRA et al (2001):

1. Portaria 189 (novembro/1991) – Dispõe sobre a compatibilização dos procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial proposto.
2. Portaria 224 (janeiro/1992) – Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares. Atendimento ambulatorial, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Saúde (CS), e Ambulatórios de Saúde Mental (ASM), de NAPS e CAPS e o atendimento hospitalar (Hospital-dia, Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral, leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital geral e Hospital Especializado em Psiquiatria).
3. Portaria 407 (abril/1992) – Dispõe sobre a autorização para cadastramento de hospitais psiquiátricos no grupo de procedimentos – Internação em psiquiatria III.
4. Portaria 408 (dezembro/1992) – Dispõe sobre a inclusão no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH-SUS os procedimentos para tratamento em psiquiatria realizado pelo Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

5. Portaria 63 (abril/1993) – Cria o grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAAPH) e nomeia seus membros.

Apesar de as portarias já sinalizarem um avanço na consolidação da Política Nacional de Saúde Mental no SUS, foi a partir dos anos 2000 que foram promulgadas duas leis que solidificaram a direção desta Política.

No contexto da reforma psiquiátrica, duas leis solidificaram a direção da Política de saúde mental no Brasil, no sentido da desospitalização da assistência psiquiátrica, atendimento na comunidade e respeito aos direitos humanos do paciente: a Lei Federal nº. 10.216, de abril de 2001, com base na famosa "Lei Paulo Delgado", sobre a extinção dos manicômios, criação de serviços substitutivos na comunidade e regulação da internação psiquiátrica compulsória (aprovada no Congresso após 12 anos de tramitação); e a Lei Federal nº. 10.708, de julho de 2003, instituindo o Programa De Volta para Casa (conhecida como "Bolsa-Auxílio"), que assegura recursos financeiros que incentivam a saída de pacientes com longo tempo de internação dos hospícios para a família ou comunidade . Outras Portarias importantes foram também a nº 106, de 2000, que dispõe sobre as residências terapêuticas e a Portaria de nº 336, de 2002, que regulamenta os novos serviços e o modelo assistencial, introduzindo as modalidades CAPS I, II e III, CAPSi e CAPSad (FONTE, p. 12 e 13).

Ainda confere ao evento da III Conferência Nacional da Saúde Mental ocorrida no final de 2001 a consolidação dos Princípios da Reforma como uma política de governo fornecendo os substratos políticos e teóricos para a Política de Saúde Mental no Brasil na qual cabe aos “CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência e estabelece o controle social como garantia da Reforma Psiquiátrica” (DELGADO et al, 2007, p.13 in FONTE, 2012).

O sétimo e último período que FONTE (2012) denomina para a história da saúde mental no Brasil se inicia em 2003 e segue até 2012, ano de publicação do seu estudo. O período fica marcado, segundo a autora, pela redução dos leitos psiquiátricos, expansão dos serviços substitutivos, maior acompanhamento e avaliação dos serviços hospitalares, financiamento das residências terapêuticas incentivando sua implantação, além do incentivo financeiro para que os moradores dos hospitais psiquiátricos voltassem para suas casas (com familiares ou nas próprias residências terapêuticas) através do Programa de Volta para Casa.

Em 2011, já se podia identificar que, do total dos gastos realizados pelo Ministério da Saúde em saúde mental, 70% eram para serviços extra-hospitalares e que, com a política de se remunerar melhor hospitais psiquiátricos de pequeno porte (até 160 leitos), nesse mesmo ano

identificou-se que 49,53% dos leitos psiquiátricos estavam “situados em hospitais de pequeno porte, enquanto em 2002 apenas 24,11% estavam nestes hospitais” (FONTE, 2012).

Sobre os leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais FONTE (2012) aponta:

A expansão de leitos psiquiátricos nos Hospitais Gerais é ainda um problema para a rede de saúde mental, necessitando-se investigar suas causas. Enquanto o número total de leitos SUS em hospitais psiquiátricos, em 2011, era de 35.426 leitos, a estimativa de leitos habilitados de psiquiatria em Hospitais Gerais era de apenas 3.910 leitos, distribuídos em 646 Hospitais gerais, localizados de forma muito desigual no território nacional (BRASIL, 2012, p.20 apud FONTE, 2012, p. 14).

Assim observamos que o progresso no fechamento dos hospitais psiquiátricos foi consequência de uma série de ações no sentido de criar condições para que as pessoas que ali estavam pudessem retornar às suas casas, sejam de seus próprios familiares ou, na sua grande maioria, para as residências terapêuticas subsidiadas pelo poder público. Dessa forma, também foi necessário criar uma rede de serviços de saúde mental no território, ou seja, fora do hospital psiquiátrico para acolher, cuidar e acompanhar todas aquelas pessoas.

Além disso, o Programa de Volta pra Casa (PVC), pelo fato de proporcionar uma pequena renda aos desospitalizados, favoreceu esse processo. FONTE (2012) relata, com base nos dados do Ministério da Saúde, que em 2011 existiam 779 residências em funcionamento, com um total de 3.470 moradores, e ainda 154 residências em implantação. Aponta que esse número ainda era muito baixo em relação ao necessário no Brasil e que até 2011 havia quatro estados brasileiros sem residências terapêuticas.

Já em relação ao PVC, em 2010, FONTE (2012) relata que 65,7% dos beneficiários (2.347 pessoas), encontravam-se nos estados do sudeste. Sobre os CAPS, como foi apenas a partir de 2002 que passaram a receber financiamento específico do Ministério da Saúde, houve um crescimento no número de equipamentos após este período, com um total de 1.742 CAPS em funcionamento em 2011, o que é pouco para o território nacional tomando como base os parâmetros estabelecidos pelo Ministério.

Para FONTE (2012), a Institucionalização da Reforma Psiquiátrica e sua consolidação enquanto nova Política Pública de Saúde Mental garantiu novas práticas terapêuticas com a materialização de serviços extra-hospitalares mesmo que tenha engessado o modelo assistencial no formato de atendimento dos Centros de Atenção Psicossociais..

O Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica deflagrada nesse processo de construção de um novo modelo assistencial, segundo FONTE (2012), foram

muito importantes para a ampliação da rede de serviços extra-hospitalares, no entanto, não atingiu o território nacional como um todo. Além disso, a autora levanta uma grande questão: os serviços extra-hospitalares, como os CAPS, não garantem a natureza Antimanicomial e a qualidade da assistência pelo simples fato de serem implantados. O novo modelo permitiu uma reinstitucionalização, ou que ela chama de CAPScização, pois coloca esses serviços no centro do sistema de atendimento em saúde mental.

Outros fatores apontados por FONTE (2012) ao discutir os avanços e retrocessos das políticas de saúde mental no Brasil e, principalmente, após o Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma psiquiátrica instaurada no período, apontam para um aumento da medicalização do sofrimento. Ou seja, mesmo após todas as lutas, reivindicações e arcabouço de Leis, Portarias e Decretos que foram importantes para o avanço de uma assistência em saúde mental humanizada, não foi possível retroceder a medicalização da vida ou regulamentar o avanço da indústria farmacêutica. O que retrata o poder econômico e político dessa indústria no Brasil.

Outro grande desafio que FONTE (2012) coloca para o período é a inclusão social dessas pessoas e o fim do estigma social que a loucura permanece vinculada que é a concepção de periculosidade e incapacidade dessas pessoas. Segundo a autora, a Reforma Psiquiátrica desse período ainda não foi capaz de modificá-los.

A permanência do estigma em relação ao portador de sofrimento psíquico pode colaborar na perpetuação da exclusão social, na dificuldade de inserção no mercado trabalho e na comunidade, na construção de relações afetivas e no isolamento, muitas vezes levado a efeito pela própria família, na intenção de proteger seus membros do risco da chacota e do escárnio social (FONTE, 2012, p. 18).

Observamos, assim, que os estigmas sociais da loucura construídos durante a Idade Média perpetuam nos séculos XX e XXI e continuam influenciando as práticas de assistência no campo da saúde mental.

1.1.6 A Reforma Psiquiátrica no estado de São Paulo

Segundo COSTA-ROSA (1987) sempre houve consonâncias entre o processo de desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental entre o estado de São Paulo e o Governo Federal. Por um período, andaram em sintonia.

Em 1971, assume, no estado de São Paulo, o Coordenador de Saúde Mental, Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. Em sua gestão é apresentada uma nova proposta de atendimento em saúde mental calcada nos modelos americano e europeu cuja base era o tratamento em uma rede de serviços extra-hospitalar, com redução gradual dos leitos nos macro hospitais e de base comunitária (MOREIRA et al, 2001).

Esse grupo de profissionais brasileiros, do qual também fazia parte Luiz Cerqueira, através do intercâmbio com outros profissionais americanos e latino-americanos, veiculado em reuniões e congressos, com a participação das agências internacionais – OMS e OPAS – encontra no modelo americano o primeiro baluarte para as suas pretensões de transformação das condições nacionais do setor da Saúde Mental. (...) Destas reformulações cabe destacar já a redução na utilização do leito hospitalar e a reformulação das terapêuticas na Instituição Fechada, além da tentativa de implantação de uma rede de recursos extra-hospitalares com a participação "comunitária", que permitisse a remoção do hospital do centro das decisões (COSTA-ROSA, 1987, p. 49).

Luiz Cerqueira César nomeia um grupo de profissionais para reavaliar a política pública de saúde mental vigente e o mesmo aponta problemas como a priorização das internações e o pouco investimento em serviços primários, tudo muito parecido com a Ata de Porto Alegre.

Acontece que as pressões do capital privado nunca deixaram de existir e ao ser divulgado tal reformulação da rede de serviços no estado, as mesmas brechas em leis, portarias e documentos oficiais que o Governo Federal deixou, o Governo do Estado de São Paulo também assim o faz. Para entendermos sobre essas brechas, COSTA-ROSA escreve:

Para a nossa análise é importante que destaques de saída estes pontos: a garantia do espaço de atuação ao capital privado; a meta ambiciosa que pretendiam alcançar 1 CCSM¹⁴ para cada 100.000 habitantes ou 39 só no município de São Paulo; a integração, ao programa do governo, de todas as escolas de medicina; a utilização dos Centros de Saúde já existentes e a construção de ambulatórios; a definição do núcleo básico de pessoal, onde se destaca já a preocupação em garantir a preponderância médica; e finalmente, as limitações do modelo clínico, que era como aqui estava pensada em princípio a atuação ambulatorial (COSTA-ROSA, 1987, p. 57).

Conforme exposto, as políticas de assistência em saúde mental, federal e do estado de São Paulo andavam em sintonia e, por essa e outras iniciativas, o Governo Federal declara que

¹⁴ Centro Comunitário de Saúde Mental.

o estado de São Paulo será o projeto piloto dessa Política de Saúde Mental que depois deveria se expandir para o país.

Após alguns anos, em 1975, há a destituição de Luiz Cerqueira César do cargo de Coordenador de Saúde Mental no estado, justamente porque ele não defendia as políticas com interesses privados. Dessa forma, alguns avanços que poderiam se dar em direção a uma Política de Saúde Mental de base comunitária (modelo americano) são suspensos e apenas na década de 1980 é que serão de fato implantados. Foi um período bastante difícil para os serviços de saúde mental já implantados no estado de SP, porém a maioria continuou funcionando apesar do desmonte que sofriam dia após dia. De qualquer forma, não desapareceram e podem ser considerados como sementes que aguardavam um solo mais favorável para germinar (COSTA-ROSA, 1987, p. 61).

Foi apenas em 1982, após a eleição de Franco Montoro para governador do estado de São Paulo, que se inicia uma real reestruturação da Política de Saúde Mental, e que reverberou em âmbito nacional.

A proposta era de se colocar em prática a Política calcada nos preceitos da Luta Antimanicomial, como haviam sido formulados na década de 1970. A proposta era que a rede de serviços em saúde mental deveria estar organizada em níveis de atenção: em nível primário (UBS, Centros de Saúde e Postos de Saúde), secundário (Ambulatório de Saúde Mental e CAPS) e terciário, este caracterizado por enfermarias. No estado de São Paulo, a Secretaria de Saúde implantou e implementou esse modelo nessa época. A esse respeito, MOREIRA et al (2001) escreve:

Na Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental da Coordenadoria de Saúde Mental, foram implementadas tais propostas para serem desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde, com equipes de Saúde Mental e em Ambulatórios de Saúde Mental como parte da Política de saúde mental do Governo de Estado ilustrada na proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental – documento conhecido como Cartilha (MOREIRA et al, 2001; p.6).

A “Cartilha” era o nome dado pelos profissionais da saúde mental a um documento oficial da Secretaria de Estado da Saúde de SP, “elaborado pela Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental da Coordenadoria de Saúde Mental, que continha a *Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde e em Ambulatórios de Saúde Mental*” (CAMBRAIA, 1999, p. 12).

Cabia aos Ambulatórios desenvolver formas de intervenção que conseguissem absorver o tratamento de indivíduos para os quais a internação psiquiátrica era a terapêutica de eleição, e superar a redução medicalizante da oferta assistencial que se tinha até então, incorporando abordagens que visavam novos objetos: melhorar a inserção do sujeito na comunidade, manter vínculos familiares e de trabalho... Enfim, esses ambulatórios deveriam adotar práticas que favorecessem níveis crescentes de autonomia e não apenas a remissão sintomatológica dos quadros (CAMBRAIA, 1999, p. 1 e 2).

COSTA-ROSA (1987), em sua análise sobre as políticas de saúde mental federal e do estado de SP, apresenta um dado bastante importante no qual até 1987, data de conclusão do estudo, as políticas vigentes no país não deixavam claro muitas das causas para tantos adoecimentos mentais. Segundo o mesmo, as causas sociais, econômicas da conjuntura nacional e internacional não apareciam nos documentos oficiais. Em sua maioria, colocavam os profissionais da área da saúde como os grandes responsáveis pelo avanço dessas políticas, retirando, dessa forma, o Estado enquanto produtor (em grande parte) de uma sociedade doente. Segundo ele, poderia até haver profissionais que realmente não entendiam que a conjuntura influenciasse nas questões de qualidade de vida e adoecimento da população, mas aponta que isso acontecia para não provocar os interesses do capital (COSTA-ROSA, 198, p. 72).

1.2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A CRIAÇÃO DO SUS

Vamos abordar um pouco da história da Saúde Pública no Brasil e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois, conforme apontamentos anteriores, muitos elementos estão interligados entre seu surgimento, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica.

Considerando que essa pesquisa refere-se a um município do estado de SP, em alguns momentos apontaremos, brevemente, o que estava acontecendo em relação ao Sistema de Saúde no estado de São Paulo.

Durante o Brasil Colônia, até a vinda da família real, muito pouco interessava ao governo português zelar pela saúde ou pela saúde mental daqueles que aqui estavam. Os tratamentos das doenças eram realizados, em grande parte, por curandeiros e boticários.¹⁵ As famílias ricas pagavam por consultas médicas e a população permaneceu por muito tempo nas mãos caridosas da Igreja Católica, sendo cuidadas nas Santas Casas de Misericórdia.

A primeira Santa Casa surgiu em 1543, quando Brás Cubas fundou, em Santos, a Irmandade de Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Depois, foram criadas as Santas Casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. Assim, a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes. Já os militares eram recolhidos e cuidados pelas famílias ricas. Posteriormente, eram atendidos por cirurgiões-militares em hospitais das irmandades das santas casas, cabendo ao governo da Colônia o pagamento de uma taxa anual (PAIM, 2009, p. 26).

Com a chegada da família real ao Brasil, inicia-se a preocupação em manter a capital do Império (Rio de Janeiro) em condições sanitárias aceitáveis a fim de assegurar a saúde da realeza. Surgem os primeiros colégios de medicina. No entanto, o pouco do que foi estruturado era bastante ineficaz.

Uma nova reforma dos serviços sanitários foi efetuada durante o Império, com a criação da Inspetoria Geral de Higiene, da Inspetoria Geral da Saúde dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública. (...) ao final do Império, era rudimentar e centralizada a organização sanitária brasileira, incapaz de responder às epidemias e de assegurar a assistência aos doentes, sem discriminação (PAIM, 2009, p. 26 e 27).

¹⁵ Os curandeiros utilizavam plantas e ervas na cura de doenças e os boticários manipulavam as fórmulas prescritas pelos médicos e também chegavam a indicá-las.

Nessa época, o cenário em São Paulo, segundo MASCARENHAS (2006, p. 4), é definido pelas atividades da Inspetoria de Higiene na Província de São Paulo “sendo que, no período de 1886 a 1889, restringiam-se à estatística demógrafo-sanitária (principalmente da Capital), fiscalização das profissões médica e farmacêutica, fiscalização sanitária, combate a epidemias, principalmente à varíola”.

Após o Império, com a Proclamação da República (1889), o problema continuava e as cidades brasileiras permaneciam expostas a todo tipo de doenças e epidemias. Será nesse período que ocorre uma divisão nas responsabilidades em relação aos cuidados em saúde no âmbito federal e estadual.

Com a proclamação da República, a responsabilidade pelas ações de saúde passou a ser atribuída aos estados. No âmbito federal, foram reunidos os serviços de saúde terrestres e marítimos na Diretoria Geral de Saúde Pública (1897), que tinha por finalidade atuar onde não cabia a intervenção dos governos estaduais, como era o caso da vigilância sanitária nos portos (PAIM, 2009, p. 27).

É a partir da Constituinte de 1891 que se inicia a história dos serviços estaduais de Saúde Pública no Brasil.

A Constituinte de 1891 procurou dar ao país a Carta Magna mais liberal possível, quiçá seguindo as tradições da Constituição dos Estados Unidos da América do Norte. Pela nossa primeira constituição republicana, tudo que não fosse atribuição específica da União deveria cair na esfera de ação dos governos estaduais. Os serviços terrestres de Saúde Pública enquadravam-se nessa forma constitucional (MASCARENHAS, 2006, p. 4).

A necessidade de criar seus próprios serviços de saúde levou o Governo do Estado de São Paulo a criar, através da Lei nº 120 de 28 de outubro de 1891, a Inspetoria Geral de Higiene do Estado de São Paulo para saneamento, fiscalização de profissionais e combate às doenças transmissíveis visto que, com a precária Saúde Pública ao final do século XIX (e também no início do século XX), as populações das cidades sofriam com epidemias de varíola, malária, cólera, febre tifoide e febre amarela. Em 1892, a Inspetoria foi transformada no Serviço Sanitário do Estado (MASCARENHAS, 2006, p. 5).

De uma maneira geral, o sistema de saúde brasileiro precisou ser reorganizado e o estado de São Paulo não ficou de fora. Em 1906, com objetivo de “centralizar” as ações de saúde pública, Emílio Ribas, então diretor do serviço sanitário do estado de São Paulo,

extinguiu “praticamente os serviços municipais de saúde. Dividiu o Estado em 14 distritos sanitários, chefiados cada um por um inspetor sanitário estadual” (MASCARENHAS, 2006, p. 5). Porém, o que se presenciou a partir dessa reorganização foi uma descentralização das atividades da saúde dificultando o acompanhamento. Em 1911 houve outra reorganização e, em 1913, Emílio Ribas sai da diretoria do Serviço Sanitário (OLIVEIRA, 2016).

Segundo PAIM (2009), nessa época não havia um Ministério da Saúde e a saúde pública estava sob responsabilidade do Ministério da Justiça levando a realização de ações e campanhas em saúde que mais pareciam operações militares. Um exemplo disso aconteceu no Rio de Janeiro, onde o médico Oswaldo Cruz, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), propôs erradicar a epidemia de febre amarela. Para isso, criou um verdadeiro exército que invadia domicílios e queimavam seus pertences a fim de não haver a propagação da doença. Além disso, para tratar a epidemia de varíola, Oswaldo Cruz propôs a vacinação forçada da população. Essas ações revoltaram a população, culminando com o movimento popular conhecido como a Revolta da Vacina, em 1904.

Em 1920, outro médico, Carlos Chagas, Diretor no Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, iniciou uma nova forma de pensar e tratar as doenças. Ele propôs que o DNSP se responsabilizasse pela profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, vigilância sanitária e controle de endemias inovando as ações Campanhistas que eram puramente de ordem fiscal e policial.

Com o início da industrialização do país, a saúde começa a ser vista “como questão social, ou seja, como um problema que não se restringia ao indivíduo, exigindo respostas da sociedade e do poder público” (PAIM, 2009, p. 27).

É justamente nessa época, com esse novo olhar para a saúde que, em 1922, assumia no estado de São Paulo o Diretor Geral do Serviço Sanitário, o médico Geraldo Horácio de Paula Souza. Ele idealizou os Centros de Saúde aos moldes do que estava se desenvolvendo nos Estados Unidos e Europa: principais equipamentos voltados à promoção de saúde, com educadores sanitários, tendo dessa forma reduzido o poder coercitivo da polícia sanitária (MASCARENHAS, 2006, p. 6). Apesar de muitas críticas e até serem extintos, os Centros de Saúde se propagaram pelo estado de São Paulo:

O Inspetor Geral do Interior (cargo criado em 1931) Dr. Humberto Pascale, depois Diretor da Divisão do Serviço do Interior, conseguiu, através de convênios, que muitas Prefeituras do Interior fornecessem numerário para a criação de 82 centros de saúde, obtendo para tanto o apoio do então Chefe do Poder Executivo de São Paulo, Dr. Armando de Salles Oliveira. Graças a Pascale, foi possível a montagem de uma rede de órgãos

locais de saúde pública, polivalentes, que posteriormente foram absorvidos totalmente pelo Estado (MASCARENHAS, 2006, p. 7).

Ainda na década de 1930, o então Diretor Geral do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, Dr. Raul de Braga Godinho, substituiu o antigo Serviço Sanitário pelo Departamento de Saúde. Com essa decisão, ele traz a gestão de todos os serviços de saúde para esse departamento, retirando a gestão de alguns deles do Secretário de Estado. Ele reúne: Departamento de Profilaxia da Lepra, Instituto Butantã e Instituto de Assistência a Psicopatas.

Sob a administração de Raul Godinho, foi prevista a criação de centros de saúde como unidade básica da ação. Segundo MASCARENHAS (2006), a proposta de reorganização da saúde do estado defendida por Raul Godinho foi muito bem planejada “tendo como fundamento os mais modernos preceitos de administração existentes na época”, porém sua implantação foi desastrosa fazendo com que muitos diretores de órgãos voltassem a se subordinar diretamente ao Secretário de Estado. Como consequência grave, aponta três situações:

a. exagero da autossuficiência, implantando um sistema quase feudal na organização dos serviços estaduais de saúde pública; b. proliferação de órgãos locais diferentes: os chamados centros de saúde (nas cidades com menos de 5.000 habitantes), os Postos de Assistência Médico-Sanitária (PAMS), os postos de puericultura, os postos de malária, os postos de tracoma, os dispensários de lepra, os dispensários de tuberculose; c. as unidades sanitárias, com exceção parcial das de lepra e tuberculose, não possuíam ação dinâmica, pois não contavam com visitadora. A unidade sanitária local sem visitadora perde 90% de seu valor (MASCARENHAS, 2006, p. 8).

A industrialização no Brasil, no início do século XX, só foi possível com o acúmulo de capital das exportações de café. Essa industrialização ocorreu principalmente na faixa entre Rio de Janeiro e São Paulo. Para trabalhar nas fábricas que surgiam, foi necessário utilizar mão de obra estrangeira, visto que a população brasileira era composta basicamente de escravos recém-alforriados e da população rural, ambos pouco qualificados para o trabalho nas indústrias. É nessa época que ocorrem as primeiras imigrações, principalmente de países europeus, e depois do Japão. Com isso, a área da saúde pública começa a se preocupar com a saúde de seus trabalhadores a fim de torná-los cada vez mais produtivos.

A atenção do sistema de saúde brasileiro se deslocou, então, do processo de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias – preocupação dos camponeses – para o âmbito do corpo do trabalhador, visando à manutenção e preservação de sua capacidade produtiva. Esta

movimentação acabou por aniquilar o movimento camponês em detrimento do que se convencionou chamar de modelo médico assistencial privatista. Este modelo foi gestado simultaneamente ao crescente movimento de integração e universalização da Previdência Social, com as caixas de aposentadorias e pensões da década de 20, os institutos de aposentadoria e pensão de 30 a 60, até a criação do Instituto Nacional da Previdência Social, em 1966 (PASSERI, 2010, p. 13)

Foi através da luta desses operários por condições melhores de trabalho, no início do século XX, que as indústrias começam a pensar em formas de garantir alguns direitos aos seus trabalhadores e “instituíam fundos de auxílio mútuo, nos quais também o empregador colaborava, de forma a garantirem meios de subsistência quando não fosse possível se manterem no trabalho por motivos de doença ou velhice” (BATICH, 2004, p. 33).

A assunção do Estado na gerência do sistema previdenciário brasileiro foi lenta e gradual. No início, apenas empregadores e empregados tinham acesso a sua gestão. Como consequência, em 1923, foi promulgada a Lei Elói Chaves que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) apenas aos trabalhadores urbanos. A primeira CAP foi a dos ferroviários pela importância que essa indústria tinha na época e pela capacidade de mobilização de seus operários. Porém, “eram sociedades civis em que a ingerência do setor público era mínima, cabendo sua administração a um colegiado composto de empregados e empregadores” (BATICH, 2004, p. 33).

Além de aposentadorias e pensões, as Caixas provinham auxílio funeral e assistência médica dando início a medicina previdenciária.

Em 1930, Getúlio Vargas cria o Ministério da Educação e Saúde, e o Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP sai do Ministério da Justiça (PAIM, 2009).

Ainda na década de 1930 haverá uma transformação em como as CAPS serão arrecadadas e utilizadas. Segundo BATICH (2004), essa decisão foi consequência de uma crise na exportação do café brasileiro.

Com as transformações econômicas da década de 30 e a crise no mercado internacional do setor de exportação cafeeira, toma corpo um processo de crescimento industrial intenso, em que é marcante a presença das classes assalariadas urbanas reivindicando melhores condições de vida, o que levou o Estado a iniciar um processo de interferência nas relações trabalhistas, de forma a conciliar conflitos entre capital e trabalho. Nesse contexto, o poder público expandiu sua interferência como responsável pela proteção social dos trabalhadores, determinando que as CAPS, baseadas em vínculos de trabalhadores por empresa, fossem substituídas por outro tipo de instituição, aglutinando categorias profissionais e abrangendo todo o território nacional (BATICH, 2004, p. 34).

Em 1937, é promulgada a quarta Constituição do Brasil. Nela, as CAPS viram IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensões. Assim, todo coletivo de trabalhadores teria acesso à previdência e saúde de forma igualitária. Nessa época, empresas maiores podiam ofertar e garantir serviços de melhor qualidade aos seus contribuintes/funcionários e as empresas menores, não. A maioria dos trabalhadores se sentia injustiçada. No entanto, apesar da unificação, a divisão dos IAP ocorreu por categoria profissional. Ou seja, os comerciários possuíam um IAP (IAPC), os bancários possuíam o IAPB e assim sucessivamente.

Os tipos e valores dos benefícios previdenciários dos IAPs não eram uniformes. Cada categoria de atividade os estabelecia livremente e eram dependentes do percentual de contribuição que os participantes pagavam ao instituto durante sua vida ativa. As categorias com salários mais elevados tinham mais recursos para as provisões previdenciárias e incluíam até serviços de assistência médica. E tal como acontecia com as CAPS, os participantes dos IAPs conduziam-se pautados por laços de solidariedade, uma vez que as contribuições dos trabalhadores da ativa eram utilizadas para a cobertura de quem se afastava do trabalho por doença ou velhice, porém, agora, além de contarem com a contribuição dos empregadores, passavam a ser financiados também pelo Estado, que cuidaria principalmente das despesas com a administração (BATICH, 2004, p. 34).

Segundo PAIM (2009, p. 31), as ações em saúde pública desempenhadas pelo DNSP, não tinham qualquer integração com “as IAPs, nem com a saúde do trabalhador. Separava, artificialmente, a prevenção e a cura (tratamento), a assistência individual e a atenção coletiva, a promoção e a proteção em relação à recuperação e à reabilitação da saúde”.

Um fato fundamental para se entender o desenvolvimento econômico e o início do desvio de dinheiro da saúde para outras áreas, foi: através do regime de contribuição forçada e da capitalização das IAP, as empresas eram obrigadas a manter o dinheiro arrecadado nos bancos, e assim, o Estado utilizava os juros arrecadados através de desvios para o desenvolvimento e criação de indústrias. Segundo PAIM (2009) a saúde nunca foi prioridade. Primeiro pagava-se os aposentados e pensionistas, depois, o que sobrava ia para a saúde dos trabalhadores com carteira assinada e seus familiares. Segundo o autor:

A capitalização obtida com as contribuições previdenciárias dos trabalhadores permitia que os recursos fossem desviados para investimentos na economia. Com recursos oriundos dos institutos, foram construídas a Siderúrgica Nacional na Era Vargas; a ponte Rio-Niterói, a Transamazônica

e a Usina de Itaipu no período militar; e nos momentos de democracia os recursos da previdência foram utilizados na construção de Brasília (tempo de JK) e no pagamento da dívida aos bancos (governos FHC e Lula) (PAIM, 2009, p. 34).

Sobre isso, BATICH (2004, p. 34) apresenta diversos “decretos governamentais que impuseram às IAPs a subscrição de ações preferenciais de empresas”. Em especial, cita “o decreto de criação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (DL 1.628/52), em seu artigo 7º, obrigava as instituições previdenciárias a concederem empréstimos em montantes fixados pelo Ministério da Fazenda”.

Outro fator importante, apontado por BATICH (2004) para entendermos quanto dinheiro estava acumulando nas IAPs, é que a maioria dos trabalhadores era jovem, numa sociedade em que era recente a utilização da mão de obra em grande escala e, portanto, muitos estavam longe de alcançarem a aposentadoria. Arrecadava-se muito e gastava-se pouco. BATICH (2004, p. 34) chega a apresentar dados de ANDRADE (2003), onde “o montante das reservas financeiras, para se ter uma ideia, entre 1930 e 1949, representava em média 67% da arrecadação, pois os gastos com benefícios atingiam 43%”.

Em 1949 foi criado o serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido por todos os IAP e Caixas remanescentes. Com exceção do Ipase (Instituto dos servidores do Estado), todos os institutos foram unificados em 1966, durante o regime militar, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (PAIM, 2009). Ao se aumentar o número de contribuintes, o sistema médico previdenciário ficou inchado e não conseguiu atender toda população. Diante disso, o Governo Militar prefere passar os recursos financeiros da saúde para a iniciativa privada, com o discurso de que eram serviços melhores. No entanto, o maior objetivo era o de obter apoio de setores importantes e influentes da sociedade e da economia, aumentando seu poder político. Esse sistema torna-se cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS.

Paralelamente a todo esse movimento das IAPs e Caixas, em 1947 o Governo do Estado de São Paulo cria a Secretaria de Estado da Saúde Pública e da Assistência Social e, logo depois, em 1953 é criado o Ministério da Saúde a nível nacional.

Segundo MASCARENHAS (2006), no estado de São Paulo ao final da década de 1950 e início da de 1960, o então Secretário da Saúde, Fauze Carlos incentivou a construção de prédios para as unidades sanitárias como uma tentativa de integrar uma rede de serviços em um mesmo espaço, facilitando, dessa forma, uma integração da saúde no estado.

Dependendo das ações em saúde que desempenhava, as unidades sanitárias eram denominadas de bivalente, trivalentes ou polivalentes agregando em apenas um edifício: um PAMS (Posto de Assistência Médico-Sanitária) com um Posto de Puericultura, ou um Centro de Saúde com um Posto de Puericultura ou (e) um dispensário de tuberculose ou de lepra, ou (e) um Posto de Malária ou de Tracoma, etc.

Para PAIM (2009), a partir da década de 1960, dá-se o início da privatização da saúde no Brasil. Ou seja, o modelo da medicina de grupo cresceu expressivamente. Segundo o autor, os gestores dos IAPs já priorizavam a compra de serviços em saúde de empresas do setor privado. Esses gestores não optavam por investir em equipamentos e serviços próprios que ampliaria a rede de saúde pública.

Se no final da década de 1940 cerca de 80% dos recursos federais eram gastos em saúde pública e 20% com assistência médica individual, em 1964 essa distribuição já era exatamente o contrário. A medicina de grupo constituía um tipo de empresa médica que prestava serviços a uma grande empresa industrial ou de serviço, mediante pré pagamento, contando inicialmente com um estímulo do governo, que dispensava parte das contribuições da previdência social (PAIM, 2009, p. 32).

A privatização torna-se então um ótimo negócio, praticamente sem riscos de perdas financeiras, visto que há incentivo para se implantar o serviço (o pagamento é mensal e contínuo, ligado à folha de pagamento dos trabalhadores de uma empresa), há descontos na contribuição à previdência para as empresas que contratarem esses serviços porque se entende que aqueles trabalhadores que se utilizarão dos serviços conveniados não deverão utilizar a saúde pública e, ainda, se recebia por procedimento: as chamadas US - Unidades de Serviço.

Quanto mais procedimentos um hospital particular, conveniado ao Governo, executava, mais o Governo repassava uma verba e, lógico, quanto mais caro o procedimento, mais se procurava realizá-lo. PAIM (2009) chega a falar que aconteceram epidemias de cesarianas, internações de mendigos em hospitais psiquiátricos particulares, cirurgias ginecológicas em homens, entre outros absurdos, apenas objetivando o lucro dessas empresas.

Nesse mesmo período, quando olhamos para o que vinha se desenhando na Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, ainda durante a década de 1960, nos deparamos com um convite a um grupo de profissionais para que avaliassem e propusessem mudanças nessa Secretaria. Faziam parte desse grupo dois técnicos norte-americanos, um especialista em medicina preventiva e saúde pública e outro especialista em administração pública (MASCARENHAS, 2006).

O trecho a seguir mostra uma parte do relatório apresentado pelos profissionais e que nos ajuda a entender o que se passava no âmbito da saúde estadual.

O tradicional problema de organização de saúde pública e a tradição brasileira de individualismo refletem-se claramente na organização atual da Secretaria que tem a forma de uma estrutura feudal bastante complexa, composta de muitos centros de poder autônomos apenas nominalmente subordinados ao Secretário responsável pela administração de toda a Secretaria (MASCARENHAS, 2006, p. 10).

O autor MASCARENHAS (2006), enquanto funcionário do estado continua a sua descrição sobre a saúde em São Paulo:

Em janeiro de 1966 estavam subordinados ao Secretário de Estado 25 órgãos, todos semi-independentes no ponto de vista técnico, muitos autosuficientes ou querendo sê-lo, dirigindo hospitais, unidades especializadas locais e praticamente, não realizando pesquisas de caráter operacional, indispensáveis à formulação do plano de ação que aliás nunca existiu. O Secretário tinha seu tempo tomado em receber os políticos que o procuravam, os diretores de órgãos de sua Pasta que lhe traziam problemas, geralmente administrativos, que não podiam resolver, e na assinatura de milhares de papéis, muitos dos quais não tinha nem tempo de ler. De outro lado, o poder decisório estava concentrado nos órgãos sediados na Capital, numa centralização absurda para um Estado de 18 milhões de habitantes (MASCARENHAS, 2006, p. 10).

No entanto, a partir de 1967, segundo MASCARENHAS (2006), assume a Secretaria de Estado da Saúde o sanitarista Walter Pereira Leser, que possuía grande apoio do Governador, propiciando uma reorganização administrativa na saúde do estado.

A reforma da secretaria foi induzida pelo conhecido Decreto-Lei 200 de 25/2/1967, ambicioso projeto de reforma da administração pública. Sua versão paulista, o Decreto-Lei 48.040 de 01/06/1967, espelhava as diretrizes da lei federal: eficiência operacional; eficiência administrativa; e valorização do servidos público – numa perspectiva que se contrapunha à cultura patrimonialista e alterava a relação das forças políticas estabelecidas (MELLO e BONFIM, 2015, p. 2752).

Com a reformulação administrativa, o estado de São Paulo foi dividido em dez Divisões Regionais de Saúde que seriam responsáveis pelos Distritos Sanitários. Ligada à Secretaria de Saúde ficaram quatro coordenadorias responsáveis por áreas e órgãos com objetivos diferentes: Saúde da Comunidade, Assistência Hospitalar, Saúde Mental e Serviços Técnicos Especializados.

Há, praticamente, duas coordenadorias de hospitais, pois, pela amplitude das atividades, foi necessário dar destaque às atividades de saúde mental. A Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados é integrada pelo Instituto Butantã, pelo Instituto Adolfo Lutz e pelo Instituto de Saúde. Este novo órgão é de caráter normativo para saúde materna e da criança, para tisiologia, para hanseniologia, para educação de saúde pública, para oftalmologia, enfermagem de saúde pública, nutrição, odontologia sanitária e moléstias degenerativas (MASCARENHAS, 2006, p.11).

Sobre a reforma, MASCARENHAS (2006) escreve que a mesma representava o sonho de uma equipe de sanitaristas que vinha se arrastando há mais de três décadas, preocupados com a estagnação da saúde no estado. Considerando que o autor escreve esse documento em 1973,¹⁶ ele deixa ao leitor a construção dos próximos capítulos. Adverte que muitos eram contra, mas muitos trabalhavam a favor da reforma e que “a história da saúde pública de São Paulo na década de 1970 está(va) se iniciando”.

Antes de 1975, o orçamento do Ministério da Saúde não alcançava nem 1% dos recursos públicos da área federal. No entanto, nesse ano há a promulgação da Lei 6.229 que criava o Sistema Nacional de Saúde - SNS e definia as competências dos seus componentes ocasionando um aumento no aporte financeiro destinado à saúde (PAIM, 2009). Ainda sobre a década de 1970 e a criação do SNS, TANAKA et al (1992) nos dá mais detalhes:

Durante a década de 70, houve um processo de integração e fortalecimento da assistência médico-hospitalar de característica curativa, na área da Previdência. Em 1975, com a Lei 6.229/75, era criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS) que se determinava a: “organizar o complexo de serviços do setor público e privado, voltados para as ações de interesse da saúde”, partindo do diagnóstico da dispersão de recursos e indefinição de competências das entidades públicas e privadas do setor, como as principais causas de seu desempenho inadequado. O SNS procurava coordenar as ações da medicina previdenciária, que neste momento já vinham adquirindo autonomia em relação à Política Nacional de saúde formulada pelo Ministério da Saúde (MS) (TANAKA et al, 1992, p. 185).

Dessa forma, os autores continuam descrevendo a política de saúde nacional com objetivo de integração culminando, em 1976, em uma reestruturação do Ministério da Saúde e criação da Secretaria de Ações Básicas de Saúde que ficaria com a responsabilidade pelos programas de assistência médico-sanitárias. Porém, segundo TANAKA et al (1992) os

¹⁶ Rodolfo dos Santos Mascarenhas escreveu o artigo sobre a “História da saúde pública no Estado de São Paulo” em 1973, tendo sido publicado na Revista de Saúde Pública à época. A versão utilizada dessa pesquisa data de 2006, quando a mesma revista a republica em matéria “Clássicos dos Primeiros Dez Anos”.

programas foram criados de maneira específica fragmentando, novamente, a prestação de serviços.

Em 1977, o Governo Militar cria o INAMPS (Instituto Nacional de assistência Médica da Previdência Social) em substituição ao INPS que estava se tornando bastante complexo. Sendo assim, cria-se um Instituto apenas para a Saúde cujo objetivo era prestar atendimento médico aos trabalhadores (e seus dependentes) que contribuía com a previdência social (PAIM, 2009).

Segundo TANAKA et al (1992, p. 186), “a criação do INAMPS acarretou um processo de centralização técnico-administrativa nas decisões no âmbito da assistência médica individual de caráter curativo”, mantendo a autonomia da política previdenciária.

Durante todo o Governo Militar, as práticas de saúde preventivas não foram priorizadas. Neste período a saúde era entendida enquanto cura de doenças (PAIM, 2009).

A partir do ano de 1975, ainda durante o regime militar, com o objetivo de discutir e construir um novo sistema de saúde brasileiro e lutar por uma sociedade democrática, foi organizado o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Segundo PAIVA e TEIXEIRA (2014), duas instituições tiveram destaque à frente da construção da área da saúde coletiva no Brasil e, conseqüentemente da Reforma Sanitária Brasileira: a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

No lugar de uma perspectiva autoritária, a Abrasco e o Cebes defenderam participação social; no lugar de políticas de controle das doenças, notadamente transmissíveis, a promoção da saúde e melhoria da qualidade geral de vida; no lugar de um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, um sistema unificado e universal. Sua agenda, nesse sentido, confunde-se com o próprio processo de crise da ditadura e de redemocratização da sociedade brasileira (...) (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p. 22).

Em 1980, o Governo Federal cria a CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento que contava com membros do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, caracterizando uma das primeiras ações do Governo Federal no sentido de planejar conjuntamente ações da saúde pública e da medicina previdenciária (TANAKA et al, 1992, p. 186).

Nesse período houve uma crise do custeio da assistência médico-hospitalar também em decorrência da política econômica recessiva do Governo Federal. Como resposta, é criado em 1981, o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária que

apresenta um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Esse Plano, segundo TANAKA et al (1992):

(...) tinha entre os seus objetivos principais a melhoria da qualidade da assistência à saúde, a cobertura desses serviços da forma igualitária para a população rural e urbana, o planejamento da assistência à saúde de acordo com parâmetros definidos e o aumento da produtividade com a racionalização de serviços. Dentre as 17 propostas de intervenção do Plano CONASP destacava-se o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS) que preconizava a regionalização progressiva do sistema de saúde, planejado e coordenado por comissão paritária. O Programa das Ações Integradas de Saúde logo foi transformado em estratégia AIS (TANAKA et al, 1992, p. 187).

Em 1982, em decorrência das “Diretas Já”, da eleição de Tancredo Neves e do surgimento de vários movimentos populares, é criado o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde – CONASS e mais tarde, em 1988, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS (PAIM, 2009).

Segundo PASSERI (2010, p. 14), o Governo Federal lança o programa das AIS - Ações Integradas em Saúde, de 1983 a 1987, que era “um programa de atenção médica”, e buscava “a reorganização institucional da assistência à saúde, já com os princípios da universalidade, equidade, integralidade à saúde; regionalização e hierarquização dos serviços”.

Em 1985, no estado de São Paulo, aconteceu outra reforma administrativa que corroborou com esse movimento de descentralização e implantação das AIS do Governo Federal.

A reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), ocorrida em 1985, veio reforçar o processo de gerenciamento colegiado no Estado, tendo sido primordial para o avanço do processo a criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), que se constituíram nas instâncias descentralizadas de decisão da SES-SP (TANAKA et al, 1992, p. 187).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, consagra os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e em 1987 é implantado o SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde, que também se colocava no sentido da descentralização e hierarquização. O SUDS foi:

(...) como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos¹⁷ (VECINA NETO, CUTAIT e TERRA, s/d, s/p).

Segundo TANAKA et al (1992), até o advento do SUDS, a relação com o setor privado estava mantida na responsabilidade do INAMPS.

Abaixo segue um trecho de um artigo no qual Marta Salomão, médica sanitária, funcionária do estado de São Paulo, conta sua trajetória no SUS e relembra a época de implantação do SUDS no estado:

A municipalização da Saúde, em 1988, na gestão Pinotti, mesmo antes da criação do SUS, possibilitou grande avanço na assistência em nosso Estado, com triplicação do número de unidades básicas, garantia de altas coberturas vacinais, aumento da população com assistência básica, mas ainda era necessário garantir outros níveis de assistência ambulatorial e de assistência hospitalar. Cabe lembrar que, antes do SUS, somente os trabalhadores com carteira assinada tinham garantia de assistência médica. Nessa época de transição foi realizado convênio SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), quando compartilhamos com o INAMPS a gestão dos recursos de saúde em nosso Estado (SALOMÃO, 2008, p. 40).

O SUDS foi um passo para se chegar ao SUS, assim como as AIS foram para se chegar ao SUDS. Este último apresentou dificuldades em sua implantação. As autoras PUGIN e NASCIMENTO (1996) fizeram alguns apontamentos sobre esse processo.

O modo pelo qual o SUDS foi concebido levava em conta a conjuntura Política de então, na qual os governadores eleitos eram os parceiros privilegiados. Um dos principais obstáculos à sua implantação foi, inicialmente, a permanência da centralização de recursos, embora se previsse um planejamento ascendente. Além disso, o setor privado e a burocracia do INAMPS pressionam pelo afastamento do grupo dirigente do órgão (o que se dá em 1988), diante da possibilidade de extinção do INAMPS e do aumento do poder dos Estados. Agregue-se ainda o despreparo técnico dos Estados para incorporar a assistência médica às atividades até então predominantemente preventivas que realizavam (INOJOSA e JUNQUEIRA, 1989, p. 19, apud PUGIN e NASCIMENTO, 1996, p. 20).

¹⁷ Informações retiradas do site da SES de Santa Catarina. Disponível em : http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extras/notas.html. Acesso em: 06/02/2018.

Todos esses movimentos anteriores em relação a propostas para um novo modelo de saúde no país, entendido como direito social de toda a população, propiciou então que em 1988 a nova Constituição Federal trouxesse um capítulo específico dedicado à saúde – SUS – Sistema Único de Saúde.

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase 5 mil participantes diversos estudos e proposições para a RSB. O relatório final do evento inspirou o capítulo “saúde” da Constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas Leis Orgânicas de Saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do SUS. Na medida em que estas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro (PAIM, 2009, p. 40).

O movimento da Reforma Psiquiátrica, que acompanhava o Movimento da Reforma Sanitária, referendou as conclusões e recomendações apresentadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, em 1987 (SILVA, 1997). Esse é um dos exemplos que nos ajudam a entender como os trabalhadores e movimentos que reivindicavam direitos sociais se juntaram para um mesmo objetivo: o SUS, a saúde como um direito.

Na Constituição Federal dentro do Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção I – Disposições Gerais, a Saúde foi definida como um direito de todos e dever do Estado e, o modo como deverá ser implantada no país foi delineado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante Políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 129).

A década de 1990 inicia com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde de 1990 - Lei nº 8.080, porém a implantação do SUS é um processo bastante complexo que envolve interesses de grupos econômicos específicos (como a Indústria Farmacêutica ou dos Planos de

Saúde) que visam o próprio lucro dificultando que o SUS seja colocado em prática em sua amplitude.

O SUS é um plano nacional de atendimento à saúde guiado por alguns princípios.

Princípios Doutrinários: Universalidade, Integralidade, Equidade. **Princípios Organizativos:** Descentralização, Regionalização/Hierarquização, Participação/Controle Social. Segundo o caderno do Ministério da Saúde (MS/BR, 2000):

Princípios Doutrinários

Universalização: com base no conceito de que a saúde é um direito de todos será dever do Poder Público garantir o acesso da população às ações e serviços, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Este princípio visa garantir acesso às ações e aos serviços de saúde a todos que dele necessitem. Os serviços deverão guiar-se pelas ações preventivas.

Equidade: este princípio tem como objetivo possibilitar a redução de disparidades regionais e sociais a partir do planejamento em saúde. Para isto, deve levar em consideração que pessoas ou regiões de saúde que possuem menos recursos precisam receber mais apoio do Governo, como por exemplo, mais financiamento, investimento. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Dar mais para quem mais precisa. Este princípio diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a ideia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos.

Integralidade: este princípio considera que a saúde das pessoas depende de uma série de fatores, e para isso as ações em saúde devem incluir a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Um dos princípios que garante o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença. Para além da saúde, este princípio requer a articulação com outras Políticas Públicas, requer a intersetorialidade para que se garanta a qualidade de vida dos indivíduos.

Princípios Organizativos

Regionalização e Hierarquização: Os gestores estaduais e municipais devem buscar a melhor maneira de garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade do SUS através do planejamento e organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. Este princípio atribui aos gestores estaduais e municipais a responsabilidade de organização dos serviços, levando em

consideração o que é necessário a cada região, cidade ou estado. Quanto mais os gestores assumirem o pressuposto da regionalização, mais o SUS será um sistema hierarquizado.

Descentralização: redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo de forma que cada esfera de governo seja autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Este princípio exige o repasse financeiro aos municípios, estados e Distrito Federal de forma que os recursos possam ser melhores administrados. O Governo Federal distribui a verba e os gestores usam conforme a demanda.

Participação Popular: por meio dos Conselhos de Saúde nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, possibilitar à população organizar os serviços de acordo com suas necessidades e controlar as ações que estão sendo desempenhadas em sua comunidade. Este princípio visa garantir a participação popular no dia a dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da Política de saúde.

A partir de 1990, o SUS começa a ser implantado no país através das NOB – Norma Operacional Básica – publicadas pelo MS. Tivemos a NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93, NOB/SUS 01/96. Em 2001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/01) que foi revisada e republicada em 2002 – NOAS/SUS 01/2002.

As Normas Operacionais definem critérios para que Estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde (CONASS, 2003, p. 17).

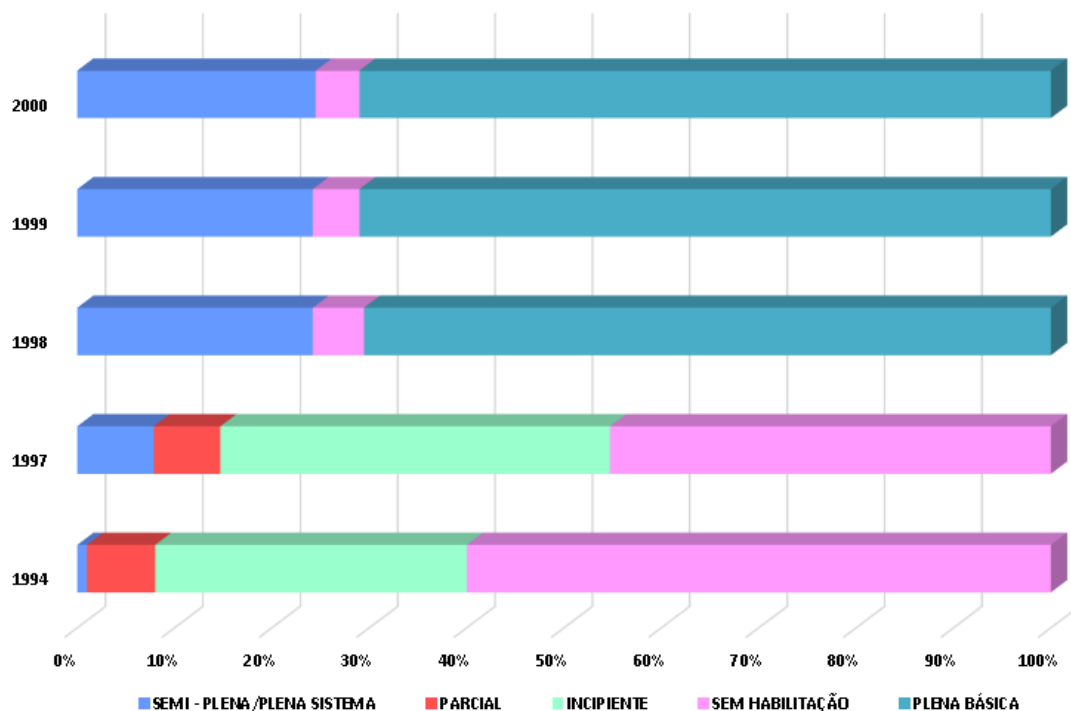
Conforme os municípios conseguiam executar os critérios e progredissem na execução dos requisitos como criar o Conselho Municipal de Saúde, criar o Fundo Municipal de Saúde, apresentar Planos Municipais de Saúde, apresentar contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento, etc., eles podiam, primeiramente, se municipalizar e, posteriormente, pleitear gestões do sistema de saúde cada vez mais complexas como: incipiente, parcial e semiplena (NOB/93), plena da Atenção Básica e plena do sistema municipal de saúde (NOB/96), plena da Atenção Básica ampliada e plena do sistema municipal de saúde (NOAS/01).

Em dezembro de 2001, segundo a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), mais de 99,21% dos municípios

brasileiros (5.516) se habilitaram a uma das condições de gestão previstas na referida Norma, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica (4.952) e 10,14% em Gestão Plena de Sistema Municipal (564). A maior parte destas habilitações ocorreu em 1998, no primeiro ano de implementação da NOB/SUS 01/96 (CONASS, 2003, p. 32).

A seguir, temos um gráfico sobre as adesões dos municípios aos diferentes tipos de gestão do SUS no estado de São Paulo entre 1994 e 2000. Como podemos observar, em 1994, aproximadamente 1% dos municípios estavam habilitados para a gestão semiplena/plena do sistema de saúde e 60% ainda não haviam feito adesão a nenhum modo de gestão. Já em 2000, a evolução é bastante clara com aproximadamente, 22% dos municípios com adesão à gestão semiplena do sistema de saúde, 72% com gestão plena básica e apenas 6% sem adesão.

Figura 03: Evolução da adesão dos municípios às Normas Operacionais. Estado de São Paulo. De 1994 a 2000.



Fonte: GUERRA, 2017.

Em fevereiro de 2006, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, lança o Pacto pela Saúde através da Portaria nº 399. O objetivo era a formalização de um compromisso para a implantação e melhoria do SUS nos estados e municípios de forma cooperativa e respeitando as diferenças regionais.

Fruto de uma discussão de quase três anos, o novo pacto delimita responsabilidades coletivas e específicas para os três gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), no campo do gerenciamento e da atenção à saúde. Apresenta inovações importantes em relação às normas anteriores, entre elas: define um novo modelo de financiamento do sistema; extingue o processo de habilitação de forma cartorial e apresenta o termo de compromisso de gestão como peça fundamental para a relação intergestores e aprimoramento do controle social (...) Com o pacto, altera-se a lógica do processo de habilitação dos estados e municípios. Não haverá mais a divisão entre município/estado habilitado e não habilitado. Todos passam a ser gestores das ações de saúde, com atribuições definidas e metas a cumprir (CNS, 2006).

Segundo GUERRA (2017), em 2007, 643 municípios do Estado de São Paulo assinaram os Termos de Compromisso de Gestão como parte do Pacto pela Saúde.

Em 2010, através da Portaria nº 4.279 o Ministério da Saúde cria as Redes Regionais de Atenção à Saúde:

De acordo com a Portaria GM/MS nº 4279/10, as Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS - são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado num determinado território. São caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a Atenção Básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde. Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (COSEMS/SP, 2011, p. 2 e 3).

Seu objetivo era “organizar as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, garantindo a integralidade do cuidado, num determinado território” (SES, 2011, p. 2).

No ano seguinte, 2011, temos a publicação do Decreto nº 7.508 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O Decreto instituiu (1) o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, o COAP, para formalizar os compromissos para com a saúde nos entes federativos, (2) estabeleceu a organização do SUS em Regiões de Saúde e (3) o planejamento da Saúde através do Mapa da Saúde e do Plano de Saúde que deverá estar alinhado ao Plano Plurianual (PPA).

Tanto o Plano de Saúde como o PPA devem passar pela aprovação do Conselho de Saúde e do Legislativo. A articulação federativa se dá através da CIR, CIB e CIT que são

Comissões Intergestores onde acontecem as pactuações do planejamento em saúde nos níveis Regional, Estadual e Federal. E, por fim, indica uma relação de ações e serviços que devem ser ofertados através da RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) e da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) (MS, 2014).

Considerando que esta pesquisa se propõe a um recorte histórico entre 1918 e 2016, não iremos analisar as alterações realizadas pelo Ministério da Saúde (MS) durante o ano de 2017.

CAPÍTULO 2

MÉTODO

2.1 INTRODUÇÃO AO MÉTODO

Para a realização desta pesquisa percorremos um longo caminho. Importante deixar claro ao leitor que tivemos que organizar a pesquisa em duas etapas em relação ao nosso objeto, pois para analisarmos as políticas públicas de saúde mental de Guarulhos, foi preciso construir algo que vinha antes: a cronologia de abertura e fechamento dos diversos equipamentos e serviços de saúde mental ao longo de quase cem anos no município.

Como se não bastasse essa dupla jornada, nos deparamos com o escasso material sistematizado sobre a história da saúde mental em Guarulhos e, portanto, recorremos à memória dos funcionários que a vivenciaram. Sendo assim, optamos por uma abordagem metodológica qualitativa utilizando como estratégias de coleta de dados entrevistas e análise documental.

Nosso objetivo com as entrevistas e documentos foi levantar o maior número de informações a respeito de quando e como foram implantadas e fechadas essas instituições para que pudéssemos minimamente construir a cronologia da saúde mental no município e, posteriormente, analisá-las enquanto modelos de política pública em saúde mental.

Dessa forma, as entrevistas não foram analisadas em relação ao discurso e linguagem utilizada, pois nesse momento não nos interessava saber sobre o seu conteúdo latente. Optamos pela análise de conteúdo que se utiliza da análise por categorias temáticas (CAREGNATO e MUTTI, 2006, pg. 683).

No decorrer da pesquisa nos deparamos com outra dificuldade, pois o pano de fundo para entendermos a história das instituições de saúde mental era justamente a história da saúde pública municipal, que também carecia de informações e sistematizações. Dessa forma, também tivemos que pesquisar em documentos e fazer entrevistas que nos ajudassem a sistematizá-la.

2.1.1 Pesquisa Qualitativa, Memória e História Oral: Fundamentos Teóricos

Antes de adentrarmos nas especificidades da pesquisa qualitativa, partiremos do pressuposto que a pesquisa é um produto provisório que integra a historicidade do processo social e da construção teórica. (MINAYO, 1996, p. 27).

A pesquisa qualitativa é utilizada para a construção de teorias e conhecimentos que requerem um entendimento da realidade que não pode ser quantificado e “que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica” (MINAYO, 1996, p. 47).

(A pesquisa qualitativa) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reproduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1996, p. 21 e 22).

Em nossa pesquisa, vamos estudar algumas instituições de saúde mental que existiram ou existem em Guarulhos e, como tal, devemos entender que essas instituições “nada mais são do que ações humanas objetivadas”, ou seja, o homem “é autor das instituições, das leis, das visões de mundo que em ritmos diferentes, são todas provisórias, passageiras, trazendo em si mesmas as sementes de transformação” (MINAYO, 1996, p. 40).

Da mesma forma, a memória e a linguagem utilizadas pelos entrevistados e mesmo por nós também estão mergulhadas nesse caldo social e, como tal, repletas de significados, intencionalidades e interpretações de nossas ações de acordo com a nossa consciência histórica (MINAYO, 1996).

A memória do indivíduo depende do seu relacionamento com a família, com a classe social, com a escola, com a Igreja, com a profissão; enfim, com os grupos de convívios e os grupos de referência peculiares a esse indivíduo (BOSI, 1994, p. 54).

Para BOSI (1994), a memória é singular e social. É uma versão provisória da vivência, que depende de estímulos do presente para ser evocada. Logo, o que responderemos hoje não será a mesma resposta de amanhã.

Partindo do pressuposto que o homem é um ser social e que fabrica documentos, leis e instituições, podemos dizer que tanto os documentos históricos escritos como as entrevistas que utilizamos como fonte de informações retratam uma versão de uma história, escritas ou

vivenciadas por um indivíduo que entendeu, explicou e significou a sua realidade daquela maneira (consciente ou inconscientemente).

Sendo assim, é necessário considerar que o documento sempre é portador de um discurso, uma construção, e não pode ser visto como algo que reproduz fielmente a realidade. Um texto, seja ele escrito ou imagético, não se dissocia de seu contexto de produção (UAB, s/d, p. 73).¹⁸

Por muito tempo a utilização de fontes orais para a constituição de uma história foi questionada sobre sua validade justamente por seu cunho subjetivo. Um dos argumentos era que dependia da memória de pessoas. No entanto, para THOMPSON (1992), a narrativa apresentada pelos entrevistados adquire importância a partir do momento que representam uma versão de uma história coletiva rica em detalhes e, por isso, mais próxima à realidade. Nesse sentido, a oralidade adquire sua importância enquanto um documento histórico.

Enquanto os historiadores estudam os atores da história à distância, a caracterização que fazem de suas vidas, opiniões e ações sempre estarão sujeitas a serem descrições defeituosas, projeções da experiência e da imaginação do próprio historiador: uma forma erudita de ficção. A evidência oral, transformando os “objetos” de estudo em “sujeitos”, contribui para uma história que não só é mais rica, mais viva e mais comovedora, mas também mais verdadeira (THOMPSON, 1992, p. 150).

Por este motivo, o tratamento a ser dado às entrevistas deve seguir um método rigoroso para que o pesquisador não modifique aquilo que o entrevistado informou (MEIHY, 2002).

Para fazer um trabalho de história oral não basta alguém munido de gravador ou filmadora e a existência de um ou mais depoentes dispostos a dar entrevistas. É preciso um projeto que guie as escolhas, que especifique as condutas e qualifique os procedimentos desde o começo até o fim (MEIHY, 2002, p. 162).

MEIHY (2002) propõe um respeito ético pela experiência narrada. Ela é única e compõe a colcha de retalhos que compõem a experiência de um coletivo e, como tal, deve ser respeitada.

¹⁸ Universidade Aberta do Brasil. [acesso em 25/11/2017]. Disponível em: http://www.cesadufs.com.br/ORBI/public/uploadCatalogo/13553006102014Metodologia_da_Pesquisa_Historica_Aula_4.pdf

2.2 O PERCURSO EM BUSCA DE ATORES-CHAVE E DOCUMENTOS HISTÓRICOS

2.2.1 Análise Documental

Além de entendermos que os documentos históricos como relatórios, reportagens, livros também fazem parte de um contexto social e que foram criados a partir de uma visão humana parcial sobre a realidade, tomamos o cuidado de verificar a autenticidade dos mesmos, se não havia algum tipo de alteração e se eram originais.

Sobre a análise de conteúdo dos mesmos procuramos comparar as informações com a de outros documentos ou fontes que se referiam ao mesmo conteúdo e procuramos esclarecer, durante a análise, as semelhanças e diferenças entre eles. Alguns documentos informavam o ano de abertura ou implantação de algum equipamento e outro documento referenciava outra data.

A pesquisa documental foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no Arquivo Histórico do Estado de São Paulo, no Arquivo Histórico do Município de Guarulhos, nos arquivos do Instituto de Psiquiatria de Guarulhos e arquivos pessoais de funcionários da SMS.

Esses funcionários disponibilizaram jornais, trabalhos, pesquisas, relatórios, projetos e fotos de seus arquivos pessoais que serviram para compormos tanto a história da saúde pública em Guarulhos como da saúde mental. Coletamos quatro materiais de arquivo pessoais desses funcionários:

1. Proposta de Elaboração do Plano Diretor para a Secretaria da Saúde de 1983;
2. Projeto para abertura do Hospital Dia de 1992;
3. Materiais sobre Projetos de expansão dos CAPS do início dos anos 2000;
4. Pesquisa sobre o SUS Guarulhos apresentada em 2010.
5. Matérias do Jornal Folha Metropolitana dos anos de 2007 e 2008.

Pela SMS conseguimos fotos sobre o evento do Dia Mundial da Saúde Mental, 10 de outubro, de 2015 que foram divulgados, em parte nas redes sociais e em parte ficaram na SMS e um banner institucional sobre a História da Saúde Pública em Guarulhos apresentado no 1º Congresso de Saúde Pública de Guarulhos em 2016. O mesmo não foi publicado.

No Arquivo Histórico do Estado de São Paulo a nossa busca se restringiu ao Sanatório São Pedro e São Paulo (SSPSP) e, apesar da maioria do material encontrado ser sobre o Sanatório Padre Bento, encontramos em Diário Oficial da época a alteração do nome da entidade gestora do SSPSP de *Synagoga Espírita São Pedro e São Paulo* para *Sinagoga Espírita Nova Jerusalém*, o que foi essencial para chegarmos ao site dessa última e encontrarmos informações sobre o Sanatório. Ainda, em pesquisa na internet, encontramos uma imagem do Sanatório que estava disponibilizada pelo Arquivo Histórico do Estado de SP através da publicação da Revista A Cigarra.

No Arquivo Histórico Municipal (AHM) realizamos a busca pelo tema Saúde Mental, Psiquiatria e Saúde e encontramos poucos documentos que mencionavam o Sanatório São Pedro e São Paulo. Encontramos um documento sobre o ambulatório de saúde mental e alguma história sobre a saúde pública em revistas e livros. Nem todas as fontes possuíam autor e data. Assim, tivemos que validar algumas informações com outros documentos e mesmo com informações das entrevistas para esclarecimento do conteúdo.

Importante informar que não foi possível pesquisarmos os periódicos do tipo Jornais no Arquivo Histórico Municipal, dado o tempo da pesquisa e por entendermos que as informações encontradas nas revistas e livros eram suficientes para a proposta da pesquisa.

2.2.2 As entrevistas

A seleção dos entrevistados

Considerando que não conhecíamos a história da saúde mental em Guarulhos, não sabíamos quem seriam os entrevistados e nem podíamos estabelecer, de início, a quantidade de entrevistas a serem realizadas.

O que sabíamos era que era necessário abordar a história de vários equipamentos e serviços e, portanto, teríamos que entrevistar pessoas que pudessem falar sobre eles.

Para iniciarmos as entrevistas optamos por escolher alguns funcionários que participaram do vídeo institucional desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Comunicação, em 2015, sobre a “Saúde Mental em Guarulhos” que era um dos poucos registros sobre a saúde mental.

Selecionamos quatro personagens desse vídeo e realizamos as primeiras entrevistas no intuito também que indicassem outros funcionários-chave para as próximas.

O primeiro critério para a seleção dos entrevistados foi o de ter trabalhado na rede de saúde mental do município, em qualquer nível de atenção, incluindo a gestão, priorizando aqueles que tivessem passado por mais de um local de trabalho ou aqueles indicados pelos personagens iniciais.

Em segundo, foi necessário escolher entrevistados que tivessem trabalhado na rede em diferentes períodos, visto que nosso recorte temporal iniciava-se em 1918 e terminava em 2016. Conseguimos cobrir um espaço de tempo de quarenta anos, de 1976 a 2016, sendo que o último entrevistado foi contratado em 2010 e permanecia nos quadros da Secretaria de Saúde de Guarulhos durante a realização desta pesquisa.

Ao final, entrevistamos 36 pessoas. Na maioria, os profissionais passaram por dois ou mais pontos de atenção na rede, incluindo cargos de gestão como articuladores de Saúde Mental, coordenadores de Saúde Mental, secretário de saúde e supervisores, além dos equipamentos e serviços de assistência direta à população.

A realização das entrevistas

Foi realizado um total de 27 entrevistas, das quais, 22 foram individuais e cinco em grupo, com no máximo três pessoas, perfazendo 36 profissionais participantes da pesquisa.

Após a identificação de alguns personagens, revelados como chave para o estudo, dada a sua relevância, decidimos realizar com estes, entrevistas individuais. A resolução pela realização das entrevistas coletivas deveu-se à conveniência de alcançarmos um maior número de entrevistados, bem como ao objetivo de reunir pessoas que trabalharam juntas em um determinado período ou que participaram das implantações dos mesmos serviços.

Por exemplo, encontramos três profissionais que haviam trabalhado na época da implantação do NAPAD e que permaneciam trabalhando no CAPS AD até 2016, outros três profissionais participaram da implantação do CAPS IJ e permaneciam trabalhando no local até 2016, outros três profissionais entraram na rede de saúde municipal nas Equipes Mínimas de saúde mental dos anos 1990 e dois profissionais foram da equipe inicial do CAPS Arco Íris e permaneciam nesse equipamento até 2016.

No entanto, aquele planejamento das entrevistas coletivas se mostrou inviável em alguns casos, visto que algumas pessoas não dispunham de horário para a sua realização compatível com a possibilidade da pesquisadora e/ou do seu grupo. Dessa forma, mesmo identificando funcionários que poderiam compor um grupo, não foi possível a sua participação.

A fim de superarmos essa dificuldade, revimos a relevância desses profissionais para as informações que necessitávamos e ao julgarmos ser imprescindível, optamos por realizar a entrevista individualmente.

O formato das entrevistas

Optamos por entrevistas abertas justamente pelo fato de estarmos iniciando uma pesquisa sobre um tema que não conhecíamos profundamente e, inclusive, desconhecíamos grande parte da trajetória profissional dos entrevistados. Por exemplo, entrevistamos pessoas que sabíamos ter trabalhado em dois equipamentos de saúde mental, no entanto, durante a entrevista, nos foi revelado mais dois ou três locais de trabalho.

A entrevista aberta foi escolhida por ser “uma conversa com finalidade”, em que um roteiro invisível serve de orientação e de baliza para o pesquisador. Na sua realização, o pesquisador trabalha com uma espécie de esquema de pensamento, buscando sempre encontrar os fios relevantes para o aprofundamento da conversa (MINAYO, 2007).

Dessa forma, deixamos os entrevistados livres para contarem suas experiências e, a partir das informações trazidas, a pesquisadora, utilizando de sua experiência na rede de saúde municipal, fez perguntas para detalhamento de alguns fatos.

Assim, optamos por fazer apenas perguntas iniciais para todos os entrevistados, como: o período/ano que chegou para trabalhar em Guarulhos, o local de trabalho e sua trajetória profissional no município desde então.

Perfil dos entrevistados

Importante esclarecer que o perfil dos entrevistados não foi considerado um ponto de relevância para a pesquisa, pois nosso objetivo era a história das instituições de saúde mental no município abordada de maneira mais geral e não era nosso objetivo analisar o que uma categoria profissional (como psicólogos ou psiquiatras) tinha a dizer sobre o tema. A mesma lógica foi utilizada em relação à idade dos entrevistados, raça/cor, gênero e religião.

Dos 36 entrevistados, apenas sete não trabalhavam mais em Guarulhos.

Do total de entrevistados, à época da pesquisa, 14 eram contratados como psicólogo, 08 como assistente social, 04 como psiquiatra, 04 como enfermeiro, 03 como administrativo, 01 como auxiliar de enfermagem, 01 como terapeuta ocupacional e 01 como pediatra.

Primeiro contato, dia, hora e local das entrevistas

Após a identificação dos entrevistados, fizemos contato por e-mail, por telefone ou pessoalmente, a fim de informar sobre o objetivo da pesquisa, justificando a nossa escolha em entrevistá-lo, esclarecendo possíveis dúvidas e verificando as possibilidades de participação. Todos que se disponibilizaram a colaborar receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando com as condições apresentadas no dia da entrevista.

Todas as entrevistas foram presenciais e conforme a disponibilidade de dia, hora e local dos entrevistados. Algumas foram realizadas em seus domicílios e outras nos locais de trabalho atuais ou em seus antigos locais de trabalho.

Tratamento dos dados e análise das entrevistas

Após a entrevista gravada, foi realizada a transcrição literal¹⁹ das mesmas, as quais foram enviadas aos entrevistados, via e-mail ou impressa, para sua concordância em relação ao conteúdo. Apenas duas pessoas solicitaram adequações que foram realizadas.

Para a análise das entrevistas, utilizamos as informações que já havíamos coletado nos documentos escritos em relação aos equipamentos e serviços municipais de saúde mental. A partir daí, sabendo da existência de um determinado equipamento, os trechos das entrevistas que correspondiam a ele eram selecionados. Podemos dizer, portanto, que a análise das entrevistas foi guiada pela análise documental prévia. Dessa forma, montamos um banco de dados com 34 temas ou categorias de análise:

1. Sanatório São Pedro e São Paulo
2. Santa Casa
3. Instituto de Psiquiatria de Guarulhos
4. Secretaria da Saúde
5. Ambulatório de Saúde Mental
6. Central de Pediatria
7. Ambulatório da Criança
8. Hospital Dia
9. Equipes Mínimas de Saúde Mental dos anos 1980

¹⁹ **Transcrição absoluta ou literal:** consiste na passagem completa da entrevista gravada para a escrita, incluindo os detalhes sonoros. A transcrição literal consiste na passagem de todas as palavras da entrevista para o texto escrito (MEIHY, 2002).

10. Equipes Mínimas de Saúde Mental dos anos 1990
11. Pronto Socorro Psiquiátrico
12. Hospital Municipal de Urgências
13. CAPS Osório César
14. NAPAD
15. CAPS AD Arnaldo Brant
16. TEAR
17. CAPS Recriar
18. Hospital Municipal da Criança e Adolescente
19. CAPS Arco Íris
20. CAPS Alvorecer
21. Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso
22. CAPS Bom Clima
23. NASF/NAAB
24. Comitê Municipal do Programa Crack, é possível vencer
25. Serviço Residencial Terapêutico – Bom Clima
26. Consultório de e na Rua
27. Congressos de Psicologia de Guarulhos
28. RIAPAC
29. Conferências de Saúde Mental
30. Fórum de Saúde Mental
31. Posto de Atendimento Médico-Sanitário
32. Supervisões institucionais em Saúde Mental dos anos 1980 e 1990
33. Gestão em Saúde Mental
34. A rede escolar

Dos temas elencados, apenas um deles — Comitê Municipal do *Programa Crack, é possível vencer* — não foi lembrado pelos entrevistados e por isso, escolhemos analisá-lo a partir desse “não lugar”.

Todos os outros foram mencionados de forma mais detalhada ou não.

Inicialmente, cogitamos a publicação da transcrição das entrevistas na íntegra como documento anexo à dissertação, mas diante de aproximadamente 39 horas de áudio e perto de 200 páginas de transcrição, a ideia foi abandonada. Dessa forma, à medida que a análise de

conteúdo transcorria, trechos selecionados dos textos das entrevistas foram publicados no corpo da dissertação sempre que isso favorecesse a compreensão da análise realizada.

Entrevista sobre o Sistema de Saúde Pública em Guarulhos

Considerando o pouco material disponível e sistematizado sobre o sistema de Saúde Pública em Guarulhos e a relevância das informações para a contextualização de nossa pesquisa, optamos por realizar uma entrevista com três funcionários da Secretaria Municipal de Saúde. Estas pessoas estiveram na gestão do SUS municipal, mais precisamente, na Secretaria de Saúde, desde o processo de municipalização até 2016 e, também, atuaram na rede assistencial do município e do estado de São Paulo antes desse período. A entrevista, nesse caso, foi em grupo.

Dessa forma, podemos dizer que do total de 27 entrevistas, apenas uma não foi específica sobre o tema da saúde mental em Guarulhos.

CAPÍTULO 3

O MUNICÍPIO DE GUARULHOS NO SÉCULO XX

3.1 O MUNICÍPIO

Com a chegada dos portugueses e da igreja católica no Brasil, o Padre Jesuíta Manuel de Paiva, funda em 1560, a “Aldeia de Nossa Senhora da Conceição dos Guarulhos”²⁰ apenas seis anos após a fundação da cidade de São Paulo. Será apenas em 24 de março de 1880 que Guarulhos deixará de pertencer à cidade de São Paulo e será em 1906 que passará a ser chamada apenas “Guarulhos” (SME/GRU, 2008).

Tomando como base nosso recorte histórico (1918 a 2016), apresentaremos de forma mais detalhada o desenvolvimento econômico e urbano ocorrido no período com fatos que serão fundamentais para entendermos o processo de urbanização e exclusão social vividos no município e que influenciaram o modo de vida dos guarulhenses, a organização da saúde pública e dos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, a vida das pessoas com graves sofrimentos psíquicos.

A expansão da produção cafeeira e o aumento das indústrias fabris no estado de São Paulo, ao final do século XIX, atraíram milhares de imigrantes europeus à cidade e região e, dessa forma, São Paulo apresentou um crescimento populacional bastante significativo (SANTANA et al, 2014, p. 94).

Todo o período de desenvolvimento urbano e industrial de Guarulhos está intrinsecamente ligado ao desenvolvimento da cidade vizinha, e capital do estado, São Paulo. O tijolo que era produzido em Guarulhos²¹ no início do século XX era fundamentalmente utilizado nas construções de prédios da capital: Museu do Ipiranga, Pinacoteca do Estado, Palácio das Indústrias e Teatro Municipal. Era o momento da substituição da técnica da taipa de pilão por tijolos cozidos na construção civil. Inicia-se a implantação da rede de telefonia (1908) e da luz elétrica (1914) no município (SME/GRU, 2008, p. 100).

²⁰ Guarú era um tipo de peixe da região que era pequeno e barrigudo. Sendo assim, os Índios Maromomis, que eram da região, foram apelidados (por índios Tupi) de Guarus por serem baixinhos e gordinhos.

²¹ Em 1911 é instalada a primeira fábrica para a produção de tijolos, a Cerâmica Paulista, na Vila Galvão (SME, 2008, p. 100).

Em 1915, inaugura-se o ramal da Estrada de Ferro Tramway da Cantareira em Guarulhos que foi um dos principais facilitadores da indústria nascente. Essa obra favoreceria o escoamento dos produtos guarulhenses para seus consumidores em São Paulo. Antes, o escoamento era realizado através do rio Tietê. Com a inauguração da obra, fábricas se instalaram próximas à linha do trem. Entre 1911 e 1945, a cidade avança com fábricas fabris. É o primeiro ciclo de industrialização de Guarulhos (SME/GRU, 2008, p. 39 e 100).

No Capítulo 4, verificaremos que não foram apenas as indústrias que se fixaram próximas à linha do trem, alguns serviços de saúde também.

Segundo informações (SANTANA et al, 2014, p. 94) que citam o memorialista de Guarulhos João Ranali (1985), a população de Guarulhos era estimada entre 7 e 8 mil habitantes na década de 1910. Em 1932, a ocupação urbana era pequena, com maior densidade no centro de Guarulhos e a população estimada era de 10 mil habitantes (FERREIRA, CAMPOS e OLIVEIRA, 2011, p. 67). Podemos perceber que entre 1910 e 1930 não ocorreu um grande crescimento populacional na cidade. Somente a partir de 1930 que Guarulhos deu um salto em relação ao seu crescimento populacional, mas ainda tímido se comparado à década de 1950 (SANTANA et al, 2014, p. 94).

Em Guarulhos, o início do século foi também o início da rede de escolas estaduais (1926) e particulares (1932) (SME/GRU, 2008, p. 100 e 101).

Em relação à saúde pública, veremos no item 3.2, mais à frente, que essa será a época das primeiras inaugurações dos serviços de saúde municipais como o Pronto Socorro Municipal, o Sanatório São Pedro e São Paulo e do Sanatório Padre Bento. Retrata ações municipais e estaduais na tentativa de organizar a assistência à população de imigrantes que segue em crescimento. No entanto, algumas dessas ações eram apenas respostas e meios de assegurar a saúde da população paulista (bem mais populosa que a de Guarulhos), além de outras serem iniciativas particulares, não se constituindo como ações de Estado.

A partir da década de 1940, outros serviços importantes para a cidade foram inaugurados, como a Biblioteca Pública Municipal em 1940 e a Santa Casa em 1943²² (SME/GRU, 2008, p. 101).

Grandes empreendimentos impactaram o crescimento demográfico na cidade nas décadas de 1940 e 1950. Em 1944, inicia-se a construção da Base Aérea de Cumbica²³ e da

²² Apresentaremos a história da Santa Casa com mais detalhes no Capítulo 3 item 2, mas será apenas em 1951 que o Hospital será inaugurado.

²³ Segundo a Secretaria Municipal de Educação (2008, p. 44), a transferência da Base Aérea do Campo de Marte, em São Paulo, para Guarulhos, foi parte do Plano Quinquenal de Desenvolvimento do governo Getúlio

Via Dutra atraindo muitos imigrantes nordestinos, mineiros, paranaenses em busca de trabalho. O processo de industrialização do país só foi possível com a formação de um mercado reserva de mão de obra que migrou das áreas rurais para as cidades através das rodovias que também estavam em processo de construção. A Base Aérea e a Via Dutra ficam prontas em 1945 e 1951 respectivamente (SME/GRU, 2008, p. 41 e 42).

Em 1947 há o “prolongamento do ramal de trem da Sorocabana até a Base Aérea de Cumbica, que também foi importante para a descentralização populacional que na época estava, primordialmente, no Centro do Município” (SME/GRU, 2008, p. 101 e 102).

O período entre 1940 e 1989 será caracterizado pelo segundo momento de industrialização guarulhense, impulsionado pela oferta de empregos, explosão demográfica e, conseqüente, crescimento desordenado.

Em 1953 há a primeira eleição para Prefeito por voto direto e quem ganha é Rinaldo Poli, filho de Nello Poli, patriarca de uma das famílias mais antigas e tradicionais da cidade que vieram como refugiados da Itália no início do século XX. Foram os fundadores da Casa Poli, em 1916, e se tornaram uma das famílias de comerciantes mais importantes da cidade.²⁴ Nesse período, o prefeito chegava a isentar de impostos, por vinte anos, os industriais que quisessem se estabelecer em Guarulhos (SANTOS apud SANTANA, 2014, p. 124).

Nessa época, empresários organizaram a 1ª Exposição da Indústria Guarulhense, no Parque do Ibirapuera, com o objetivo de atrair mais e mais indústrias ao município. Em Guarulhos, “entre 1953 e 1956, o número de indústrias cresceu mais de seis vezes, aumentando o número de estabelecimentos de 27, em 1953, para 170, em 1956” (FREIRE, 2014, p. 66 e 67).

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), muitos investidores, principalmente estrangeiros, aplicaram suas fichas no Brasil, impulsionando o desenvolvimento industrial nacional, e o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961) lança o Plano de Metas para a aceleração do desenvolvimento industrial do país cujo lema era “50 anos em 5” fazendo adentrar no Brasil a chamada indústria pesada (SME/GRU, 2008, p. 45).

Congruente com o período desenvolvimentista brasileiro (FERREIRA, CAMPOS e OLIVEIRA, 2011, p. 67), na década de 1950 foram implantados a Comarca de Guarulhos

Vargas, tendo modificado radicalmente a vida na cidade, pois até aquele momento as atividades econômicas se davam por terra. Além disso, deu-se o início da ocupação do espaço aéreo para fins militares e comerciais.

²⁴ Informações retiradas de sites e reportagens sobre A Casa Poli, Shopping Poli e Família Poli – acesso em 25/10/2017 às 13h08 -

<http://www.guarulhosweb.com.br/noticia.php?nr=176267&t=Casas+Poli+comemoram+100+anos+em+grande+estilo>; <https://www.geni.com/people/NELLO-POLI/381122948420013272>;

<https://www.aceguarulhos.com.br/blog/a-ace-guarulhos-lamenta-a-morte-do-empres%C3%A1rio-primo-poli/>

(1953), a primeira agência bancária pelo Banco Moreira Salles (1954), a primeira Agência Postal Telegráfica — atual Correios (1955) —, o primeiro Cartório de Imóveis, entre outros (SME/GRU, 2008, p. 102).

Em 1958, Guarulhos já mostrava significativa expansão urbana e uma população estimada de 100 mil habitantes.

(...) sob os impactos da presença das rodovias que cortavam a cidade, sua paisagem vai se modificando com a ocupação de seus espaços pelos tantos e novos loteamentos, que vão transformando também as formas de dialogar com esses espaços (FREIRE, 2014, p. 68).

O crescimento populacional em Guarulhos devido à mão de obra crescente das indústrias fez com que o poder público também se reorganizasse para assegurar serviços básicos à população que se aglomerava em loteamentos populares e ocupações de terras públicas e particulares (SME/GRU, 2008, p. 46).

Assim como nas grandes cidades, o que se percebe é que o desenvolvimento social e a garantia de serviços públicos para melhoria da qualidade de vida da população não chegavam às áreas periféricas como era preciso.

Segundo SANTANA (2014, p. 124), a imagem de Guarulhos foi vendida como cidade progresso para dar sustentação a uma elite econômica, política e cultural, apoiada pela Política Desenvolvimentista do Estado Brasileiro.

O loteamento de áreas antes utilizadas pelas olarias e que não possuíam mais o mesmo valor econômico do início século XX começam a ser vendidas. Inicia-se a isenção de impostos e os terrenos tornam-se ainda mais baratos para serem loteados e comprados por empresários (os possuidores de capital) que tivessem interesse em se fixar na cidade. (SANTANA, 2014, p. 126).

Muito comum no Brasil, esse processo chamado de desordenado, melhor definido como improvisado e na base do “ocupa conforme demanda”, logicamente favoreceu aqueles que poderiam especular no âmbito imobiliário, ou seja, os possuidores de capital. Só para exemplificar, depois da notícia da futura construção da rodovia Presidente Dutra, houve diversas negociações de terras, na época sem muito valor comercial, às margens do empreendimento (OMAR, 2014, p. 146).

Guarulhos já estava entre os dez primeiros PIB do Brasil na década de 1950 (OMAR, 2014).

Paralelamente ao desenvolvimento econômico, aparecem grupos organizados de trabalhadores questionando suas condições de trabalho. Esse momento é exemplificado pela primeira greve de trabalhadores na cidade em 1958. Conforme informações do Sindicato dos Químicos de Guarulhos, “os operários que se encontravam construindo o prédio da Pfizer paralisaram as atividades, exigindo aumento de salário” (OLIVEIRA, 2013, p 93).

Ainda segundo OLIVEIRA (2013), a década de 1950 ficou marcada pela fundação do primeiro Sindicato da cidade, o Sindicato dos Motoristas e Cobradores (1958). É importante prestarmos atenção a esses primeiros movimentos de trabalhadores organizados em Guarulhos, visto que são o início de muitos outros que se seguirão nas décadas seguintes e principalmente na década de 1980, quando toda a sociedade lutava pela democratização do país, melhores condições de vida (incluindo ações para melhoria da assistência em saúde) e também participava dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica conforme apresentamos no capítulo 1.

O processo de industrialização e de desenvolvimento urbano não planejado já despontava com insatisfações dos trabalhadores ao final da década de 1950.

Apesar de a cidade de Guarulhos iniciar seu movimento de industrialização desde o início do século XX, foi na década de 1960 que a industrialização atingiu seu auge com “um aumento extraordinário no número de indústrias instaladas no município. Esse crescimento foi mais acentuado nos anos 1960 quando (...) fundaram-se 55% do total das indústrias instaladas no município entre as décadas de 1910 e 1960” (SANTANA et al, 2014, p. 100).

A década é marcada (entre outros fatos que não destacaremos aqui) pela inauguração da Rodovia Fernão Dias²⁵ (1961), primeira greve operária²⁶ (1963), implantação do SENAI pelo então Governador Adhemar de Barros (1963), primeiros apartamentos no Parque CECAP ao lado da Base Aérea (1967) e início das atividades do SAAE - Sistema de Abastecimento de Água e Esgoto (1967) (SME/GRU, 2008, p. 103 e 104).

A explosão demográfica entre a década de 1950 e 1970 foi acelerada pela implantação das grandes indústrias. Além disso, foi favorecida pela localização do município entre o

²⁵ Rodovia que liga São Paulo à Belo Horizonte.

²⁶ Segundo CORRÊA (2008, p. 200, 225 e 235), a Greve dos 700 mil foi uma tentativa dos trabalhadores de estabelecer uma nova forma de negociação salarial coletiva que abrangesse todas as categorias sindicais. A Greve representou um momento importante para a história do movimento da classe trabalhadora e envolveu as principais categorias de trabalhadores da cidade de São Paulo. Alastrou-se por algumas cidades do interior do estado paralisando cerca de 90% dos trabalhadores metalúrgicos e 60% dos têxteis. Houve um saldo positivo no âmbito político, ajudando a desmascarar e desgastar o reacionarismo do governo Adhemar de Barros, mostrou a falsidade da bandeira da PAZ Social da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo e os trabalhadores puderam conhecer melhor seus dirigentes, tendo aumentado o número de associados nos sindicatos. A Greve Geral antecedeu o Golpe Militar (OLIVEIRA, 2013, p. 93).

principal eixo industrializado do país: Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo (SME/GRU, 2008, p. 44).

Estima-se que mais de 38 milhões de pessoas saíram do campo em direção aos grandes centros entre os anos de 1950 e 1980, alterando consistentemente o perfil socioeconômico do país (SANTANA et al, 2014, p. 100).

A década de 1960 também se caracterizou pela Ditadura Militar que seguiu seu curso entre 1964 e 1985.

(...) a ideologia dos ditadores baseava-se na ideia de que, com o crescimento econômico, haveria maiores fatias a ser distribuídas. Desta forma, a exclusão social, a exploração do trabalho e míseras condições urbanas de vida eram o preço inerente do progresso que seria alcançado rapidamente (MOISÈS apud SANTANA, 2014, p. 134).

Em 1969, Guarulhos já contava com uma população estimada de 230 mil habitantes (FERREIRA, CAMPOS e OLIVEIRA, 2011, p. 68).

Na década de 1970, Guarulhos já era uma cidade industrial e cada vez mais impulsionada para ser a *Cidade Progresso*. Essa década estará totalmente imbricada com as ideologias da Ditadura Militar, que, como vimos, foi um período no qual os militares vendiam uma imagem de *Brasil Progresso*. Porém, até o progresso chegar, diziam que era necessário que o povo se sacrificasse um pouco em nome do que o futuro de abonaça reservava para a nação. Era o preço a se pagar por um futuro país forte e que dividiria seus ganhos com toda a população.

A industrialização na década de 1970 caracterizou-se pelo fortalecimento na área de serviços conforme apontado abaixo:

A importância que a industrialização teve para a cidade de Guarulhos é indiscutível, afinal, a partir desse processo, o desenvolvimento do município acelerou-se, modificando a estrutura sociopolítica e econômica da cidade, que se tornou um polo industrial significativo para o País, alvo de migrações e anseios por melhores condições de vida. Ao mesmo tempo, a partir da década de 1970, a economia local passou a se fortalecer na área de serviços, crescimento acentuado posteriormente com a inauguração do aeroporto internacional em 1985 (SANTANA et al, 2014, p. 104).

Outro fato importante no período é que a expansão industrial migrou também para o interior do município, justamente para poder usufruir do aquífero de Cumbica.²⁷ A água abundante era essencial para as indústrias, principalmente na área metal-mecânica (OMAR, 2014, p. 147). As condições geográficas do município foram essenciais para o estabelecimento de certos empreendimentos. As olarias no início do século XX também fazem parte desse fenômeno.

Podemos destacar alguns fatos do período: aumento da migração, construção do Conjunto Habitacional Brigadeiro Haroldo Veloso²⁸ (1970), criação do serviço funerário municipal (1972), da Diretoria Regional e duas Delegacias de Ensino pelo estado (1976), criação do Instituto Médico Legal (1976), integração ao Sistema Cantareira de Abastecimento de Água da SABESP (1977), participação da grande Greve dos Metalúrgicos (1978), criação da Academia Guarulhense de Letras (1978) e da PROGUARU²⁹ (SME/GRU, 2008, p. 104).

Em 1977, Guarulhos contava com aproximadamente 500 mil habitantes (FERREIRA, CAMPOS e OLIVEIRA, 2011, p. 68).

No geral, a década de 1980 caracterizou-se por grandes mobilizações sociais, no campo e nas cidades, que reivindicavam estruturas básicas à subsistência em decorrência do crescimento urbano desordenado. As reivindicações abrangiam diversas áreas como: “aumentos salariais, transporte, água, asfalto, rede de esgoto, creche, escola, postos de saúde, regularização de loteamentos, urbanização de favelas etc.” (SME/GRU, 2008, p. 106).

Em Guarulhos não foi diferente. Muitos movimentos populares de bairro se organizaram durante a década de 1980, impulsionados inclusive pela greve de 1979 dos metalúrgicos.

A exemplo dos metalúrgicos, os moradores dos bairros passaram a promover grandes mobilizações exigindo novas linhas de ônibus, água encanada, terra para moradia, regularização dos terrenos e urbanização das favelas, além de creches, escolas e postos de saúde (OLIVEIRA, 2013, p. 96).

O documento Proposta para Elaboração do Plano Diretor (PEPD) da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos (SMS/GRU) (1983) registra a diferença de

²⁷ O Aquífero localiza-se na região do Aeroporto Internacional e adjacências.

²⁸ Conjunto de casas construído com recursos públicos, por meio da Companhia Metropolitana de Habitação (Cohab), contabilizando 470 unidades (GUARULHOS/SME, 2008, p. 104).

²⁹ Sociedade de economia mista, sendo a Prefeitura sua sócia majoritária. A PROGUARU é importante para o município, pois ela foi contratada para realizar diversas reformas e construções.

desenvolvimento em determinadas áreas de Guarulhos nessa época e traz o panorama em relação aos equipamentos da Saúde.

Todos os serviços de utilidade pública e os equipamentos de super-estrutura, encontram-se distribuídos com maior concentração nesta região (central), embora já se encontre em expansão nas áreas periféricas. Especialmente nos bairros de difícil acesso, já estão em atividade Unidades Básicas de Saúde (/SMS/GRU, 1983, p. 22).

Ainda discorrendo sobre habitação, o mesmo documento aponta para a estimativa de pessoas que residiam em favelas no início de 1981 quando a população geral de Guarulhos chegava a pouco menos de 626.560 habitantes:³⁰ “existem no Município 30 favelas com 5.095 domicílios e, uma população estimada de 25.102 habitantes” (SMS/GRU, 1983, p. 22).

Outro fato importante que aconteceu no início da década (1982) foi a retificação do Rio Tietê e a inauguração da atual Rodovia Ayrton Senna da Silva³¹ (SME/GRU, 2008, p. 106). Grandes obras que contribuíram para dar maior acessibilidade ao município para o escoamento de produção.

Com um traçado inicial de 50 quilômetros, a nova estrada passou a interligar a capital à cidade de Guararema (...) (atualmente) A rodovia tornou-se uma das mais importantes vias para a distribuição da produção industrial das cerca de duas mil empresas instaladas na região do Vale do Paraíba (...) como Volkswagen, GM e Ford, e siderúrgico, como a Usiminas. Além do papel econômico, o complexo cumpre importante função turística no estado de São Paulo. As duas estradas (Ayrton Senna e sua extensão, rodovia Carvalho Pinto) fazem a ligação entre a região Metropolitana de São Paulo e o Vale do Paraíba, as praias do Litoral Norte e a região serrana de Campos do Jordão (...) (ECOPISTAS, s/d).³²

Apesar de algumas grandes obras, como da Rodovia Ayrton Senna, o período também foi marcado pela falência de várias fábricas, após a crise econômica nacional.

(...) o efeito da Política neoliberal na cidade foi nefasto e muitas empresas entraram em falência ou deixaram o município, causando aumento do desemprego. Algumas das empresas que desapareceram: Iderol, Olivetti, Nec, Philco, Hatsuta etc. (SME/GRU, 2008, p. 107).

³⁰ Estimativa apresentada no próprio documento para o ano de 1983.

³¹ Outra importante via que corta a cidade e que junto à Via Dutra e à Fernão Dias proporcionam ao município grande acessibilidade a diversas cidades do Estado e do País via terrestre, visto que o Aeroporto Internacional acrescenta um fluxo de pessoas e mercadorias pela via aérea.

³² Trecho retirado do site da ECOPISTAS. Disponível no link:

http://www.ecopistas.com.br/Institucional/Corredor-Ayrton-Senna_Carvalho-Pinto. Acesso em 30/10/2017.

Ainda, o documento PEPD da SMS/GRU (1983) demonstra o período de desemprego que atingia a região metropolitana, corroborando com a crise municipal:

Atualmente é bem possível que a situação de desemprego tenha se agravado, pois as taxas de desemprego cresceram substancialmente no início de 1983 nas seis principais regiões metropolitanas do país. Segundo o IBGE, o número de desempregados nessas áreas aumentou de cerca de 620 mil em dezembro de 1982 para 900 mil em janeiro, passando a representar 7,3% da população economicamente ativa local. A indústria paulista, que em tempos normais, deveria gerar 200 mil empregos por anos, completou 370 mil dispensas em 26 meses, despedindo do início do ano até a segunda semana de março de 1983 54 mil trabalhadores, contingente equivalente ao total demitido durante todo o ano anterior (SME/GRU, 1983, p. 16).

A terceira fase da industrialização em Guarulhos se inicia em 1990 e segue pelos anos 2000. Segundo apresentamos, na década de 1980, mais especificamente em 1989, algumas grandes fábricas faliram e, assim, a população guarulhense durante a década de 1990 continuou sofrendo com a falta de empregos e arroxo salarial.

Período que vai de 1990 aos dias atuais; momento em que tratamos como a economia da cidade foi impactada pela Política neoliberal e o quadro atual. Em 1990, algumas grandes empresas faliram e outras se mudaram do município. Nesse período falava-se que a cidade havia deixado de ser industrial e se tornava uma cidade de serviços. O que aconteceu em Guarulhos reflete uma tendência mundial das economias periféricas frente à Política neoliberal nos marcos da globalização (SME/GRU, 2008, p. 46).

Parte do empresariado, com essa onda de falências, começou a apostar na implantação da ALCA – Área de Livre Comércio das Américas e na otimização das atividades portuárias e assim investiram na instalação de novos hotéis (1997). Esse teria sido o fato de muitas pessoas acharem que Guarulhos deixara de ser uma cidade industrial para ser uma cidade de serviços, fato que nunca aconteceu e cuja explicação só foi possível após divulgação de uma pesquisa do IBGE/Ipea-2005. Nela, esclarecem o fato de cidades com muitas indústrias atraírem serviços e população naturalmente³³ e, segundo dados apresentados em 2005, o Produto Interno Bruto (PIB) de Guarulhos ainda advinha 60% das atividades industriais (SME/GRU, 2008, p. 47 e 48).

Com dados cedidos pela Prefeitura à época, o setor de serviços era o que crescia em ritmo acelerado, porque as indústrias iniciaram um processo de terceirização de algumas

³³ Como exemplo podemos citar empresas de logística que se instalaram em Guarulhos motivadas pela demanda das cargas que chegam no aeroporto e pelo fato de haver três grandes rodovias facilitando o transporte para outras partes do Brasil.

atividades como entregas, manutenção, e porque o aeroporto impulsionava uma rede de serviços de transporte e logística, hotelaria, turismo e eventos. Esse mesmo setor de transporte e logística também cresceu pelo fato de a cidade se localizar entre três grandes rodovias. (SME/GRU, 2008, p. 49)

Em 1993, Guarulhos contava com uma população estimada de 800 mil habitantes (FERREIRA, CAMPOS e OLIVEIRA, 2011, p. 69).

Um fato bastante importante para a cidade ocorreu em 1998, quando o Prefeito Néfi Tales foi afastado do cargo por uma série de acusações de desvio de verba e enriquecimento ilícito. Apresentou grande dificuldade em governar a cidade impactando no pagamento dos servidores e serviços de saúde. Nessa época, houve uma intervenção do estado no município e a Secretaria de Saúde foi obrigada a desenvolver um plano de emergência para reaver o poder de gestão pela rede de serviços de saúde.³⁴

Em 2002, a população estimada era de 1.100.000 habitantes com uma desaceleração da expansão urbana, porém havia um adensamento populacional nas áreas com mais infraestrutura em consequência do início da verticalização (aumento no número de prédios) (FERREIRA, CAMPOS e OLIVEIRA, 2011, p. 69). Segundo o IBGE, Censo de 2010, Guarulhos estava com uma população de 1.221.979 e com uma estimativa de 1.349.113 habitantes para 2017.

Alguns desses dados também foram apresentados junto ao PIB do município no site da Prefeitura de Guarulhos conforme segue:

De acordo com os dados do PIB Municipal 2013, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Produto Interno Bruto (PIB) de Guarulhos em 2013 alcançou a marca de R\$ 49,4 bilhões, situando-se na 13ª posição do ranking nacional, e em 4º entre municípios paulistas, sendo o 3º em Valor Adicionado Industrial e o 5º em Serviços (...) Com uma economia fortemente diversificada, a atividade industrial caracteriza-se como uma importante fonte de recursos e desenvolvimento para a cidade, ocupando papel essencial na geração de emprego e renda e como vetor do crescimento econômico do município. O comércio e o setor de serviços, especialmente os ramos de Transportes e Logística, são também atividades com significativa presença na cidade, em função da localização estratégica do município e da presença do Aeroporto Internacional de Guarulhos e das três rodovias que cortam o município (GUARULHOS, s/d, s/p).³⁵

³⁴ Retomaremos esses fatos durante o item 1.4 do Capítulo I.

³⁵ Disponível no link: <http://www.guarulhos.sp.gov.br/pagina/pib-municipal>. Acesso em 23/11/2017.

Importantes também são alguns dados do IBGE que mostram que em 2015 o salário médio mensal do guarulhense era de 3.2 salários mínimos, porém apresentava 36,1% dos domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa. Esses dados retratam a desigualdade social do município que, como vimos nessa trajetória, há tempos vem sendo fomentada.

3.2 – AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A IMPLANTAÇÃO DO SUS

Não cabe aqui contarmos, em sua totalidade, os fatos ocorridos na Política de Saúde municipal, nem realizarmos uma análise se o que foi construído entre 1918 e 2016 é suficiente para o atendimento aos guarulhenses. No entanto, entender quais foram os caminhos trilhados pela Política de Saúde no geral será importante para analisarmos a construção da rede de saúde mental no município. Entendemos que são políticas que se complementam, porém ainda disputam as mesmas fontes de financiamento.

Também entendemos que quando falamos em Política de Saúde, englobamos inúmeras ações e que disputar financiamento com algumas áreas não é possível. De qualquer forma, não podemos negar a história de imensa dificuldade financeira e de gestão na implantação da Política de Saúde Mental brasileira.

Encontramos poucos documentos que pudessem contar a história da Saúde Pública em Guarulhos de uma maneira geral. Dessa forma, foi necessário realizar pesquisas em jornais, revistas, documentos pessoais disponibilizados por funcionários e ainda realizar uma entrevista sobre este tema com três profissionais que, de longa data, trabalharam na assistência em saúde junto à população e na gestão da Secretaria Municipal de Saúde até 2016.

Nas primeiras décadas do século XX, como exposto anteriormente na história de Guarulhos, o município dava seus primeiros passos rumo à industrialização, com instalação de luz elétrica, telefonia, linhas de trem, primeira fábrica e primeiras escolas. A população era de 7 ou 8 mil habitantes chegando a 1932 com 10 mil. Era o início da imigração europeia no Brasil para mão de obra nas primeiras fábricas e cultivo do café para exportação.

Como descrito no Capítulo 1, no início do século XX as práticas sanitárias no Brasil se reduziam a campanhas de vacinação em grande escala, acompanhadas de grande fiscalização

com o envolvimento da força policial no controle das doenças infecciosas. Porém já despontavam novas ideias, como por exemplo, com Carlos Chagas (1920). Ele defendia já no início do século XX que a saúde era uma questão social e que não se restringia ao indivíduo. Dessa forma, exigia novas ações da sociedade e do poder público. Em 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde retirando do Ministério da Justiça a gestão do Departamento Nacional de Saúde Pública — DNSP (PAIM, 2009).

Em relação aos serviços de saúde em Guarulhos nesse período, encontramos informações que na década de 1930, mais especificamente em 1932, houve a inauguração do Pronto Socorro Municipal da Vigilância Sanitária³⁶ (GUARULHOS/SME, 2008, p. 101). Apesar de não termos registros sobre as ações realizadas no local, supomos que não se diferenciava muito das campanhas de vacinação vigentes na época.

Em relação a serviços de gestão estadual implantados em Guarulhos, em 1931 temos a inauguração do Sanatório Padre Bento, local destinado ao tratamento de pessoas com hanseníase. Conhecida à época como lepra, era bastante temida pela população, pois seus meios de contágio eram desconhecidos. Além disso, estávamos em pleno desenvolvimento da industrialização no Brasil, com preocupações dos governantes em assegurar mão de obra saudável para garantir a produção. As autoridades sanitárias recomendavam o tratamento isolado e longe dos centros urbanos para evitar a propagação. Dessa forma, o Governo do Estado de São Paulo abre o Sanatório Padre Bento: longe do centro urbano do município de São Paulo (RODRIGUES, 2014, p. 111-114).

Em 1941 é fundado o primeiro Centro de Saúde de Guarulhos (PASSERI, 2010, p. 6).

Os Centros de Saúde foram serviços implantados enquanto política de saúde no início do século XX por Geraldo Horácio de Paula Souza ao voltar de seus estudos nos Estados Unidos, em 1922. Seria necessária uma maior investigação sobre esse Centro de Saúde em Guarulhos, mas, conforme apresentamos no capítulo 1 esses equipamentos teriam como proposta um novo modelo de atendimento à população baseado no modelo de Centros de Saúde americanos e europeus. Segundo PAULA SOUZA e BORGES VIEIRA (1944), deveriam ser de interesse do Estado a promoção de saúde e a prevenção de doenças e, para que se alcançasse tal objetivo, nada melhor do que os Centros de Saúde. Sobre os objetivos do Centro de Saúde escrevem:

(...) órgãos eminentemente educativos, que podem ser disseminados pelas diversas zonas do território, de acordo com a população a servir, quanto ao número de habitantes, densidade de população etc. Em tais

³⁶ Localizado na esquina das ruas Luis Faccini com Siqueira Campos, nos fundos da padaria Barão.

instituições, a colaboração entre as atividades médico-sanitárias e as de assistência médica às populações fica grandemente facilitada, tornando-se o centro um "clearing-house", um órgão informativo, que encaminhará aos destinos convenientes, os consulentes que a ele recorrerem. (...) Devendo ser preocupação exclusiva do centro velar pela conservação da saúde dos moradores do distrito a que serve, isso poderá ser conseguido pela frequência de indivíduos sãos ou que tal se julgam, nos quais exames médicos periodicamente feitos poderão precocemente surpreender moléstias no seu estado incipiente, a tempo que orientação adequada seja fornecida e evitados, assim, maiores males (PAULA SOUZA e BORGES VIEIRA, 1944, p. 18-20).

Para esses médicos sanitaristas, o foco da saúde pública estava na promoção em saúde, prevenção de doenças, através da educação sanitária e visitas domiciliares com foco na família.

Consta ainda no Boletim Nº 59 de PAULA SOUZA e BORGES VIEIRA (1944, p. 28) que em 1925 havia um planejamento para abertura de oito Centros de Saúde na capital e o governo estadual havia implantado apenas dois, além do anexo ao Instituto de Higiene. Esse planejamento fora pensado para uma população de 800.000 habitantes. Portanto, nossa hipótese é de que o Centro de Saúde implantado em Guarulhos em 1941 não seja um desses abertos pelo Estado, porém é possível que no local fosse ofertado à população práticas como as defendidas pelos autores. O que vamos observar ao final da década de 1960 é a construção de um Centro de Saúde em Guarulhos por meio de parceria entre a Prefeitura e Governo do Estado. Analisaremos esse feito mais à frente.

Outro serviço de saúde que praticamente permaneceu em Guarulhos por cinquenta anos foi o Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Sua idealização se deu em 1943, quando um médico (Dr. Nicolau Falci), um padre (Cláudio Arenal) e um delegado (João Ranali), após passarem por situações bastante difíceis tentando salvar a vida de alguns guarulhenses que viviam na área rural e que não tinham recursos próprios para tal, resolveram reunir-se com outras figuras emblemáticas de Guarulhos para construir um hospital (RANALI, 2002, p. 262).

Pesquisando sobre a abertura da Santa Casa, identificamos algumas informações importantes para entendermos a saúde pública de Guarulhos antes de sua inauguração, ou seja, antes de 1951. No relato de RANALI (2002, p. 262) a população rural em Guarulhos, quando ficava doente, era chamada de "doentes do mato" e eram trazidos para a cidade quando as tentativas de tratamento com ervas e benzeduras haviam fracassado. Como não havia hospitais em Guarulhos, o padre Cláudio Arenal recebia essas pessoas, arrecadava dinheiro entre comerciantes e pessoas em geral e os encaminhavam para a Santa Casa de São

Paulo em táxis. A maioria era devolvida à Guarulhos, pois o número de vagas era escasso. Como a delegacia ficava ao lado da Igreja Matriz, padre e delegado tentavam dar uma solução ao sofrimento das pessoas nos bancos da Igreja ou em colchões improvisados que ficavam numa cela com a porta aberta na delegacia. Contavam com o apoio de um médico da cidade, Dr. Nicolau Falci, cujo consultório (montado em sua residência) ficava ao lado da igreja e da delegacia. Segundo RANALI (2002), na época havia apenas três médicos na cidade: um que ficava no posto de vacinação no período da manhã, outro que atendia em sua residência casos particulares (Dr. Nicolau Falci) e o terceiro que trabalhava no ambulatório médico cirúrgico “popular” que ficava no bairro de Vila Galvão, conhecido também como “Centro de Saúde” fundado em 1941 conforme informações apresentadas mais acima.

Médico, delegado e padre chegaram a pedir e receberam de doação uma casa que ficava atrás da igreja e, também através de doações, conseguiram camas e compraram alguns materiais para recolhimento dos doentes. Tudo era improvisado, até a “enfermeira”, uma senhora idosa que concordou em cuidar dos pacientes em troca de moradia no mesmo local. A comida que era fornecida aos presos também era para os doentes (RANALI, 2002).

Foi assim que tiveram a ideia da construção do Hospital e no dia 8 de agosto de 1943, reuniram nomes bastante conhecidos em Guarulhos como: Dr. Nicolau Falci, Dr. José Vasconcelos Noronha, Dr. João Ranali (Delegado), José Maurício de Oliveira Sobrinho (Prefeito), Hilário e Henrique Carbonell, Fritz Hullemann e Fritz Reihmann, Nelo, Rinaldo e Primo Poli, Juvenal Ramos Barbosa, Enedino de Souza Lima, Francisco Gonçalves da Silva, Paulo de Moraes, Luiz Faccini, Paulo Faccini, Estevan Novak e Dezembrino Silva com o objetivo de conseguirem doações. Em 8 de dezembro do mesmo ano, foi lançada a pedra fundamental da Santa Casa. Material para construção? Doação. Ambulância? Doação. Em 23 de março de 1951 teve a cerimônia de inauguração (RANALI, 2002).

Figura 04 - A antiga Santa Casa no dia de sua inauguração



Fonte: Revista Guarulhos, 2007.

Importante frisarmos que esse relato de RANALI (2002) retrata a quase inexistente assistência à saúde da população até o início da década de 1950. O que havia era um Pronto Socorro (1932), um Centro de Saúde (1941) e, agora, a Santa Casa com a inauguração do hospital em 1951. A Santa Casa suspendeu as atividades em 1994, por problemas financeiros e administrativos (E18³⁷ e ESPINOSA, 2013). Em 1997 seu prédio virou o HMMG — Hospital Municipal e Maternidade de Guarulhos (E18 e SMS/GRU, 2016).

Nessa época, as ações de saúde eram isoladas e desarticuladas entre as esferas de governo estadual e federal (PASSERI, 2010, p. 13) e podemos dizer que a desarticulação permaneceu durante décadas até a criação do SUS, como veremos a seguir.

Em um periódico lançado pela Prefeitura de Guarulhos no final dos anos 1960,³⁸ foi apresentado um balanço da situação do sistema de saúde na cidade nos anos de 1967/68/69 (p.15). O documento é assinado pelo então Diretor da Divisão de Higiene e Saúde Pública (DHPS), Dr. Sebastião Carlos Pannocchia Filho. Segundo o mesmo, o DHSP funcionava em local inadequado, dentro do Pronto Socorro Municipal. Há dados que mostram o Pronto Socorro Municipal como a única estrutura oficial para atendimento aberto 24horas e que eram necessárias modificações prediais para atender uma população que crescia por conta das migrações.

No periódico informam que foi implantado no Pronto Socorro Municipal um serviço de assistência social com três assistentes sociais, cujo objetivo era, entre outras coisas, avaliar os casos que mais precisassem dos serviços da Santa Casa. Também falam da inauguração de um serviço de ortopedia após a reforma e que o Pronto Socorro Municipal atendia uma média mensal de 240 casos. Responsabilizam a saúde municipal pela gestão da assistência em urgência e, por isso, buscaram apoio do estado de São Paulo para cooperação na área médico-sanitária. Segundo o documento, o estado contribuiu com a construção de um prédio de 1.400 m² na Rua João Gonçalves, ao lado da biblioteca municipal, para funcionar como Centro de Saúde e dispensário de tuberculose. Além disso, seria dispensário de dermatologia sanitária e departamento estadual da criança. Era uma unidade polivalente com base na medicina preventiva. A Prefeitura forneceu o terreno e parte do dinheiro para a construção. No local funciona atualmente o Ambulatório da Criança.

A partir de então, contando com mais serviços na região, no mesmo documento é dito que Guarulhos se transformou em sede de um Distrito Sanitário — D.S. (todo o estado de São Paulo era dividido em D.S., mas nem todas as cidades eram sedes). Na época, o D.S. era

³⁷ Entrevista nº18.

³⁸ Guarulhos – O despertar de um gigante. Sem data. Disponível no Arquivo Histórico Municipal,

composto, além de Guarulhos, pelos municípios de Arujá, Santa Isabel, Nazaré Paulista, Itaquaquecetuba, Poá, Suzano e Mogi das Cruzes.

No documento sugerem que o município não deveria arcar com todas as despesas do atendimento médico hospitalar e que deveria se preocupar com as construções de infraestrutura como saneamento para melhorar a saúde da população.

Ainda reconhecem a Santa Casa como a única entidade filantrópica para assistência à saúde e aumentam em 150 vezes a contribuição da Prefeitura para a entidade. Segundo o periódico, foi um Convênio de Assistência Hospitalar assinado através da Lei Municipal 1.511 de 22 de outubro de 1969.

Pretendiam transformar o pequeno hospital em um grande Hospital Geral que, no início, deveria “ofertar assistência hospitalar aos doentes da clínica médica, clínica pediátrica e, posteriormente, clínica cirúrgica e obstétrica, convertendo-se em retaguarda para o Pronto Socorro Municipal”.

Mencionam que, num futuro, doariam à Santa Casa um terreno da Prefeitura no Bairro do Bom Clima, com área de 16.000m² para a construção de um maior e moderno Hospital Geral. Assim, a Santa Casa sairia do local onde estava, migraria para o Hospital Geral no bairro Bom Clima e o Pronto Socorro Municipal iria para onde funcionava a Santa Casa. A Santa Casa ficaria, então, com esse Grande Hospital Geral no bairro do Bom Clima que seria construído para ser também o Hospital Escola da Região. Para o funcionamento do grande hospital, citavam os seguintes parceiros: Prefeitura, Estado, União, Previdência Social e Comunidade.

No documento sobre o Pronto Socorro Municipal citam uma área de atendimento odontológico e que contrataram mais duas viaturas chamadas de Unidades Móveis podendo o serviço ser estendido a 23 bairros.

Figura 05 - Atendimento Odontológico Rural da Prefeitura de Guarulhos



Fonte: GUARULHOS, s/d.

Também contam que reformularam a estrutura da gestão da saúde e que, a partir de então, haveria duas áreas técnicas subordinadas à Secretaria de Educação e Saúde: a Divisão Médico-Assistencial e a Divisão de Promoção Social.

À Divisão Médico-Assistencial estariam subordinadas: Seção de Expediente, Seção de Pronto Socorro (responsável pelo ambulatório médico do depósito municipal e o serviço hospitalar que incluía o convênio com a Santa Casa) e a Seção de Assistência Odontológica Rural.

À Divisão de Promoção Social estariam subordinadas: a Seção de Expediente (incluindo almoxarifado que recebe doações de roupas, alimentos, medicamentos), Seção do Serviço Social de Casos do Pronto Socorro Municipal, Seção de Serviço Social de Grupos e Seção de Desenvolvimento de Comunidade, com serviços de Fiscalização e Educação Comunitária, Serviço de Albergue Noturno e Serviço de Coordenação dos Recursos da Comunidade.

Destacam que as duas Divisões deveriam funcionar sincronicamente.

O documento cita também a instalação inicial do Serviço de Albergue Noturno visto que, já naquela época (década de 1960), preocupavam-se com a permanência de desabrigados ao lado de doentes, como ocorria no Pronto Socorro Municipal.

A seguir algumas fotos que retratam a ampliação do Pronto Socorro Municipal e suas ambulâncias. A seguir uma foto do Centro de Saúde, unidade polivalente, construído em parceria com o Governo do Estado de São Paulo também nessa época.

Figura 06 - Pronto Socorro Municipal de Guarulhos



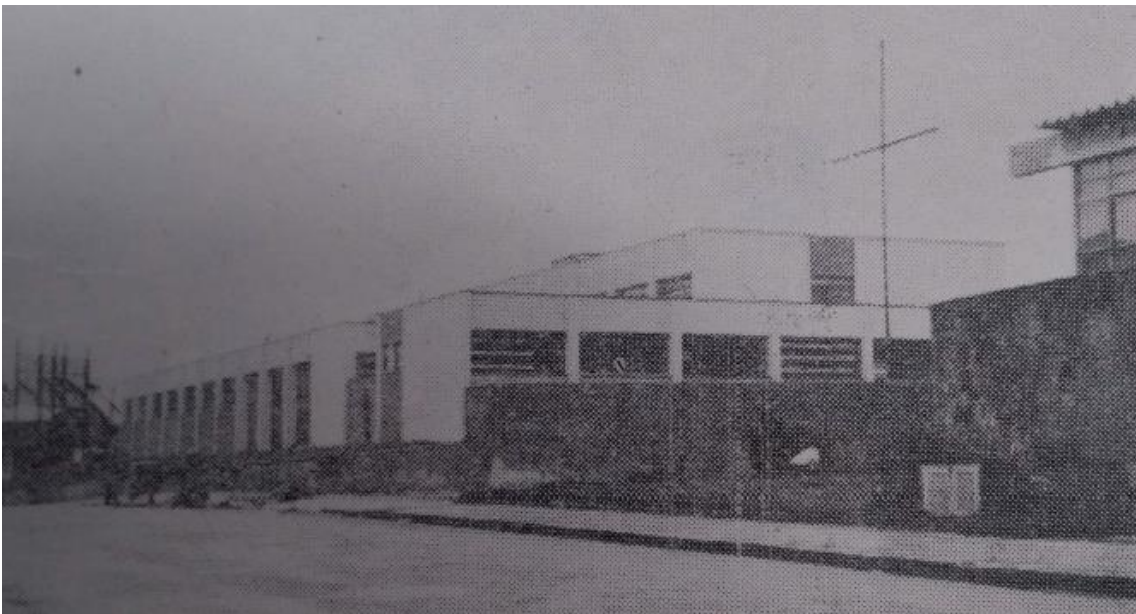
Fonte: GUARULHOS, s/d.

Figura 07 - Ambulâncias do Pronto Socorro Municipal de Guarulhos



Fonte: GUARULHOS, s/d.

Figura 08 - Centro de Saúde, unidade polivalente. Parceria entre Prefeitura e Estado de São Paulo.



Fonte: GUARULHOS, s/d.

Segundo dados apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde no I Congresso de Saúde Pública de Guarulhos (2016), no início da década de 1970 “a Secretaria da Saúde era composta por um Departamento de Atendimento Médico, sediado na Rua Luiz Faccini, juntamente com a Central de Pediatria” (SMS/GRU, 2016). Nesse local, segundo a Entrevista nº 18, funcionava também o Pronto Socorro Municipal (inaugurado em 1932 e reformado

entre 1968/1969). Portanto, podemos dizer que funcionavam no mesmo local: Pronto Socorro Municipal, Central de Pediatria e a gestão da saúde pública municipal.

Não conseguimos encontrar a data exata da inauguração da Central de Pediatria, porém segundo a entrevista nº18 o Pronto Socorro Municipal e a Central de Pediatria já nasceram juntos.

A Central de Pediatria atendia de tudo. Não existia diferença do atendimento do que é Atenção Básica e especialidades. O que existia era um grupo de psicólogos que atendiam desde a parte de diagnósticos e a equipe fazia avaliação, conduta, tratamento, todo o processo de atendimento (SMS/GRU, 2016).

Figura 09 - Central de Pediatria.



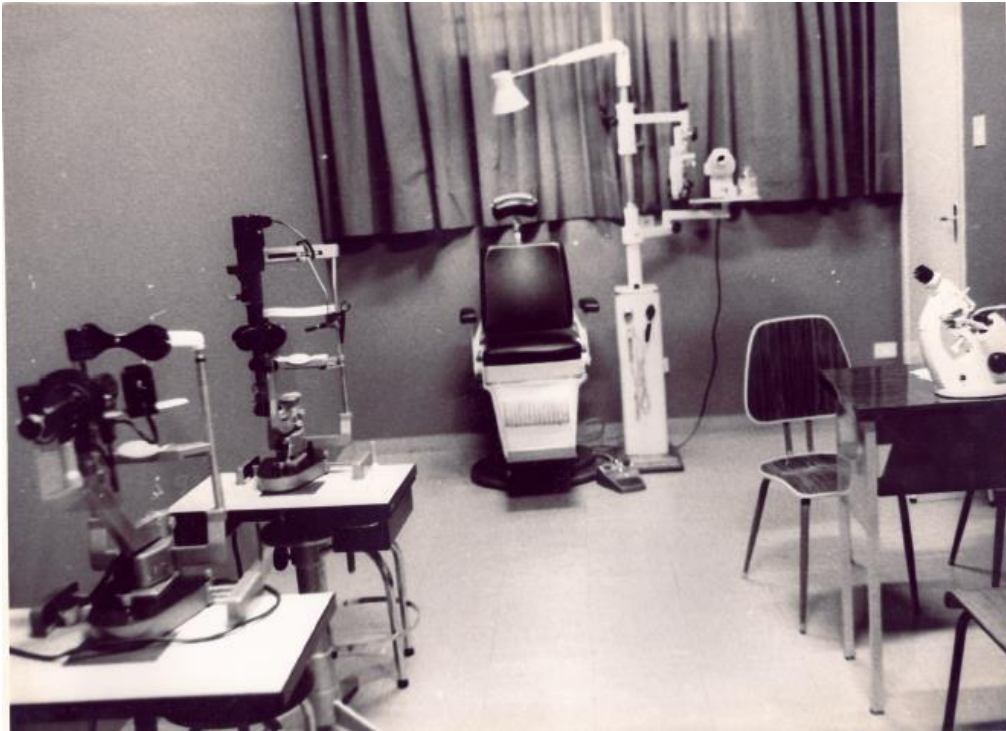
Fonte: SMS/GRU, 2016.

Figura 10 – Central de Pediatria – sala de odontologia. Década de 1970.



Fonte: Arquivo pessoal - funcionária da SMS.

Figura 11 – Central de Pediatria – sala de oftalmologia. Década de 1970.



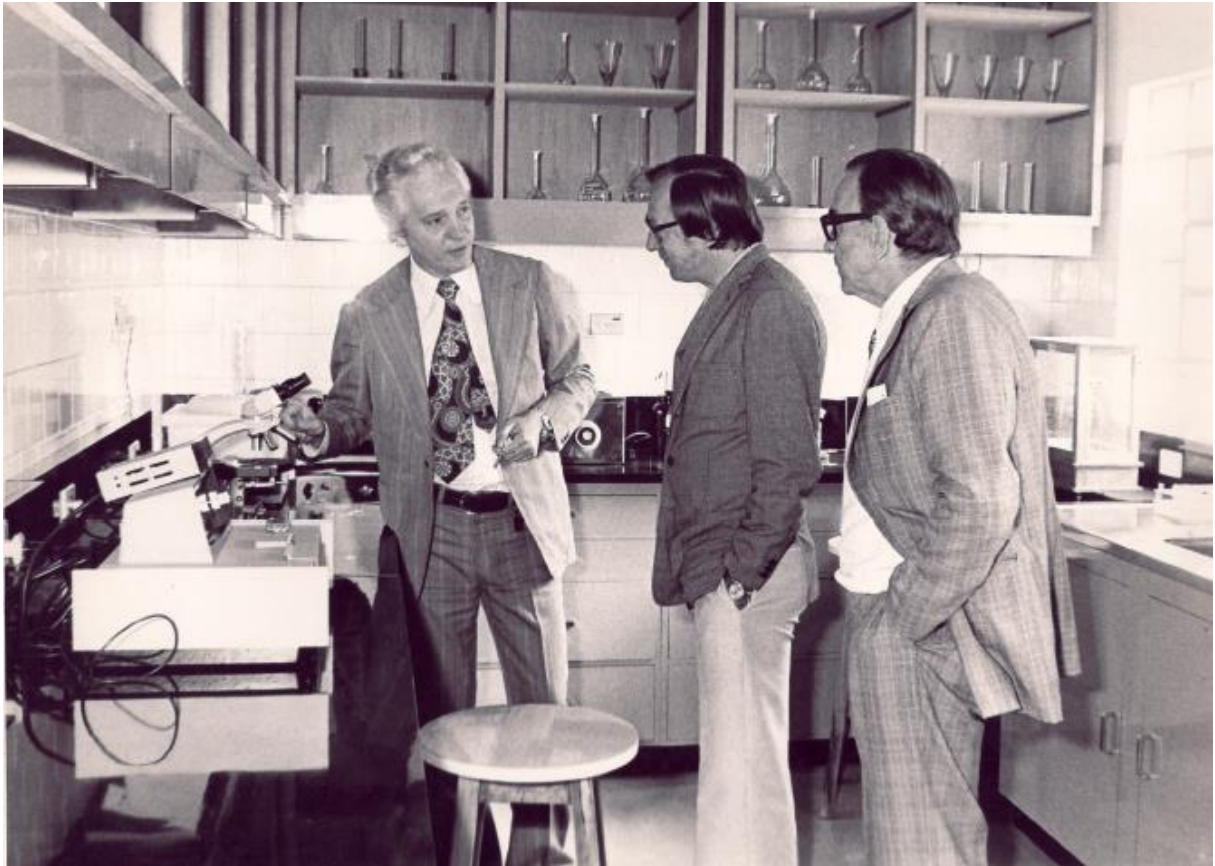
Fonte: Arquivo pessoal - funcionária da SMS.

Figura 12 – Central de Pediatria – consulta oftalmológica. Década de 1970.



Fonte: Arquivo pessoal - funcionária da SMS.

Figura 13 – Laboratório de Análises Clínicas. Década de 1970.



Fonte: Arquivo pessoal - funcionária da SMS.

Pesquisando sobre a criação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), antes do SUS, encontramos no site da Prefeitura a Lei nº 1.769 de 11 de outubro de 1972, que cria seis Secretarias Municipais, dentre elas a da Saúde. Essa Lei será modificada em 1974 e revogada em 1992 quando a saúde passará pelo processo de municipalização.

Em 1974 é implantado o primeiro Posto de Pediatria e Puericultura (PPP) pela gestão municipal. Segundo informações de um funcionário da Secretaria Municipal da Saúde,³⁹ a gestão da época decidia implantar um PPP após analisar as filas para atendimento que se formavam na periferia, quando as peruas chegavam com as equipes médicas e odontológicas

³⁹ Esse funcionário não pôde participar das entrevistas realizadas para a pesquisa, mas contribuiu com algumas informações e fotografias.

volantes para atendimento à população. Quanto maior a fila entendia-se que ali havia um maior número de pessoas que necessitavam de atendimento.

Abaixo, fotos do primeiro PPP Taboão e ações em saúde que eram desenvolvidas em viaturas nas periferias da cidade.

Figura 14 - Primeiro Posto de Pediatria e Puericultura Municipal do Taboão



Fonte: SMS/GRU, 2016.

Figura 15 - Ações de saúde na periferia I



Fonte: SMS/GRU, 2016.

Figura 16 - Ações de saúde na periferia II



Fonte: SMS/GRU, 2016.

Figura 17 - Ações de Saúde na periferia III



Fonte: SMS/GRU, 2016.

Figura 18 - Ações de Saúde na periferia IV



Fonte: SMS/GRU, 2016.

Figura 19 - Ações de Saúde na periferia V



Fonte: SMS/GRU, 2016.

A seguir fotos do momento em que gestores municipais inauguram a “pedra fundamental” e enterram a “caixa fundamental” no terreno do Posto de Pediatria e Puericultura a ser construído no local. Segundo um funcionário da SMS/GRU, era um ritual da época para trazer boas energias e abençoar o empreendimento.

Figura 20 – Posto Macedo – Pedra Fundamental e Caixa Fundamental I



Fonte: Arquivo pessoal - funcionária da SMS.

Figura 21 – Posto Macedo – Pedra Fundamental e Caixa Fundamental II



Fonte: Arquivo pessoal - funcionária da SMS.

Figura 22 – Posto Macedo – Pedra Fundamental e Caixa Fundamental III



Fonte: Arquivo pessoal - funcionária da SMS.

A saúde pública municipal avançou na construção de 11 Postos de Pediatria e Puericultura até o final da década de 1970. Em 1977, desativaram as unidades volantes odontológicas e inauguraram a Central Odontológica de Vila Galvão (SMS/GRU, 2016).

Como vimos, encontramos dados que apontam para o primeiro Centro de Saúde (CS) em Guarulhos em 1941, porém não conseguimos identificar se estava sob administração municipal, estadual ou federal. Tudo indica que o Centro de Saúde construído na década de 1960 e que atualmente funciona como Ambulatório da Criança tenha sido inaugurado sob administração estadual, visto que o periódico publicado pela Prefeitura ao final da década de 1960 ⁴⁰ informou que a mesma doou o terreno ao estado de São Paulo para a construção e, segundo a Entrevista nº 18, esse serviço foi municipalizado na década de 1990. De qualquer forma, a informação que encontramos em documento da SMS (1983) é que na década de 1970

⁴⁰ Revista da Prefeitura de Guarulhos. Guarulhos – o Despontar de um gigante.

já eram cinco⁴¹ Centros de Saúde em Guarulhos administrados pelo estado de São Paulo, e assim permaneceram até o final da municipalização na década de 1990.

Na entrevista abaixo são recordadas algumas ações desempenhadas pelos profissionais da saúde em 1976 nos Centros de Saúde do estado. No caso, no Centro de Saúde tipo I que desenvolvia um número maior de programas e ações quando comparado aos Centros de Saúde de tipo II e III.

Em 1976, Guarulhos tinha cinco Centros de Saúde. Eu trabalhava no CSI como auxiliar de laboratório. Era dividido CSI, CSII e CSIII, de acordo com a complexidade do trabalho. No CSI nós tínhamos uma complexidade maior. Além de pediatria e o materno infantil, a gente tinha a área que chamava-se de Tisiologia, que cuidava da tuberculose. E a área da lepra, ela era a área que cuidava dos hansenianos e a vigilância sanitária. A gente tinha os fiscais sanitários que ficavam no CSI e faziam a fiscalização do comércio. Por isso que ele era CSI, dada a complexidade que ele atendia. Assim, quando implantou o BCG no município, era o único local que fazia. Fazia em média 250 a 300 BCG por dia. A gente fornecia o atestado médico, fazia abeugrafia, raio X. Para você trabalhar, você tinha que ter um atestado médico (...) Os outros centros de saúde faziam pediatria e pré natal, materno infantil e vacina. Vacina em todos eles porque era essa a questão do Estado (E18).

O depoimento de uma médica sanitarista, Marta Salomão (2008), que trabalhava na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), exatamente nessa época, relembra a implantação dos Centros de Saúde:

Assumi como médica sanitarista na segunda gestão Leser (1975-1979), no nível central na Coordenadoria de Saúde da Comunidade em 1976, momento importante em que foi efetivada a reforma administrativa da SES, com a implantação dos Centros de Saúde e dos programas de saúde (SALOMÃO, 2008, p. 39).

Na entrevista nº 18, a rede de serviços de saúde em Guarulhos é lembrada com equipamentos municipais, estaduais e federais, porém, sem articulação entre os diferentes níveis dos entes federados. Citam o serviço PAMS (Posto de Atendimento Médico-sanitário) e o CIAM (Convênio de Integração de Atividades Médicas). O primeiro tinha sede própria e o segundo funcionava dentro de dois Centros de Saúde estaduais localizados em Guarulhos. O CIAM foi criado em 1971 por meio do Decreto Estadual nº 52.790 e extinto em 1985,

⁴¹ CSI – Guarulhos/Centro, CSII – Zezinho Magalhães Prado/Pq. Cecap, CSII – Vila Tranquilidade, CSII – Haroldo Veloso e CSIII – Gopouva/Itapegica

também por Decreto nº 23.275 de 15 de fevereiro. Marta Salomão (2008) relembra sobre esse serviço:

O CIAM foi firmado com a Previdência Social, com a cessão de “consultórios médicos ociosos” para atendimento dos previdenciários e em contrapartida recebíamos recursos para reformas e equipamentos. Com estes recursos foram adquiridas refrigeradores para vacinas, autoclaves, arquivos etc. que ainda encontramos em várias unidades de saúde do Estado (SALOMÃO, 2008, p. 39).

Ainda na entrevista nº 18, os profissionais relataram que, por mais que os profissionais do Distrito de Sanitário quisessem, não conseguiam articular os serviços existentes no município. Lembram que a comunicação era bastante difícil naquela época. Não havia telefone e o contato acontecia por meio de ramais e da telefonista. Além disso, disseram existir apenas uma viatura — uma Aerowillis Laranja — para o Distrito Sanitário que coordenava os Centros de Saúde de Guarulhos, Arujá e Santa Isabel. A gestão do Distrito Sanitário do estado ficava na Rua Santo Antônio, 112, em Guarulhos. Já a coordenação do Distrito Sanitário era de responsabilidade do Departamento Regional de Saúde que, no caso, era o DRS 1.3, que ficava na Rua XV de Novembro e respondia pelos Distritos Sanitários de Guarulhos, Penha e São Miguel. Lembram que quando havia uma ação de vacinação nas escolas quem executava a ação era a equipe do Distrito Sanitário e vacinavam os moradores dos municípios de Guarulhos, Arujá e Santa Isabel.

Esse cenário não vai mudar muito até o final de 1980.

Em Guarulhos, a década de 1980 inicia-se com a inauguração do novo anexo do Pronto Socorro Municipal, cuja obra se estendia desde 1978. O prefeito na época é Néfi Tales e o Secretário da Saúde Rinaldi Barbosa. Em reportagem para a revista ACIG de 1981, o então Secretário da Saúde conta aos leitores como o novo anexo e o prédio antigo serão utilizados. Nota-se que o Pronto Socorro Municipal já não funcionava mais no endereço da Rua Luis Faccini. Nas fotos que seguirão, identificamos o Pronto Socorro Municipal já no Bairro do Bom Clima, atual Hospital Municipal de Urgências (HMU).

Na reportagem há a informação que no local eram atendidas 10 mil pessoas por mês, segundo dados fornecidos pela SMS/GRU à época, e que as duas rodovias federais — Dutra e Fernão Dias — eram as responsáveis por grande parte desses atendimentos. Além disso, falam do novo auditório — Eduardo D’Andréa⁴² — construído para cursos e palestras para funcionários e população em geral. Nas salas liberadas do antigo prédio, a previsão era para

⁴² Médico diretor do DHPS que faleceu durante o ano de 1980.

um novo setor de traumatologia e ortopedia, mais uma pequena sala de cirurgias e ampliação do setor de internações (ACIG, 1981).

Figura 23 - Novo anexo do Pronto Socorro Municipal



Fonte: ACIG, 1981.

Segundo documento da SMS/GRU (2016), “antes do SUS, a Prefeitura mantinha um P.S. municipal pequeno, onde hoje é o HMU, para triagem dos casos e encaminhamento aos hospitais do INAMPS”. Ainda segundo dados da SMS/GRU (1983), os recursos da rede de saúde existentes à época são:

Sobre os recursos federais:

O SETOR FEDERAL apresenta um Posto de Atendimento Médico (PAM) instalado num prédio de três andares à Rua Luiz Faccini, no centro – Guarulhos, com quase todas as especialidades e para sanar as demais deficiências estabelece convênios com a rede hospitalar particular e laboratórios de análises clínicas provadas do Município, visando a complementação do atendimento Global. Atualmente, conta com um quadro aproximado de 45 médicos e dentistas trabalhando em três turnos diários. Conta com dois Postos do CIAM – Centros de Atividades Médicas que prestam assistência clínica ao Município em convênio com o INAMPS utilizando as instalações dos Centros de Saúde (SMS/GRU, 1983, p. 44).

Sobre os recursos estaduais:

O SETOR ESTADUAL conta com a presença de três Coordenadorias:

I – COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (C.A.H.) representada pelos hospitais Padre Bento e Adhemar de Barros instalados na Vila Tranquilidade. O Hospital Padre Bento presta atendimento específico aos Hansenianos e conta com 100 Leitos. O Hospital Adhemar⁴³ de Barros presta atendimento dermatológico em relação as dermatoses tropicais dando prioridade às dermatoses bolhosas, particularmente o Pênfigo Folíacio e conta com 78 Leitos.

II – COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL (C.S.M.) representada pelo Ambulatório de Saúde Mental, situado à Rua Miguel Romano nº 3 – Centro de Guarulhos.

III – COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE (C.S.C.) representada pela Sede do Departamento de Saúde da Grande São Paulo – 3 (DRS-1-3), pela Sede do Distrito Sanitário de Guarulhos e pelos (5) cinco Centros de Saúde quais sejam: CS-I de Guarulhos; CS-II do Conjunto Habitacional Zezinho Magalhães Prado (CECAP); CS-II de Vila Tranquilidade; CS-II do Conjunto Habitacional Brigadeiro Haroldo Veloso e CS-III de Gopoúva (SMS/GRU, 1983, p. 44 e 45).

Ainda comparando com o que foi lembrado por profissionais sobre as ações nos Centros de Saúde em 1976, no documento em questão há a descrição dessas atividades conforme segue:


Todos os Centros de Saúde contam com os Programas de Atendimento à Criança e Gestante e desenvolvem atividades de vacinação e de Saneamento. O Sub-programa de Controle à Tuberculose está implantado apenas no CS-I de Guarulhos, sendo atualmente o único Centro de Saúde de referência. O Sub-programa de Controle à Hanseníase está implantado nos Centros de Saúde: CS-I de Guarulhos e CS-II de Vila Tranquilidade (SMS/GRU, 1983, p. 45).

Bastante interessante é um quadro apresentado nesse documento que nos dá a dimensão do número de profissionais existentes nesse CS-I. Devemos lembrar que os CS-I eram os serviços mais complexos para o cuidado em saúde da população e em seu quadro de recursos humanos (RH) contavam com 45 profissionais, sendo nenhum assistente social ou psicólogo. Segundo o quadro, havia dois assistentes sociais em outros dois Centros de Saúde

⁴³ O Hospital Adhemar de Barros foi transferido em 1972 para a área do Sanatório Padre Bento. Ficou instalado no antigo prédio destinado ao tratamento das crianças hansenianas. A união do hospital e do sanatório deu início às atividades do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos, em 1991 (GOVERNO ESTADO/SP, 2006). No local, atualmente funciona a Secretaria de Saúde Municipal de Guarulhos.

de Guarulhos. Porém psicólogos ainda não eram considerados no quadro de RH da chamada Atenção Primária em Saúde no município.

Figura 24 – Quadro do RH – atenção primária no ano de 1983

 *Prefeitura Municipal de Guarulhos*

- 48 -

QUADRO DEMONSTRATIVO DE PESSOAL EXISTENTE NO DISTR. SANITÁRIO DE GUARULHOS - JUNHO DE 1.983

Quadro 03

CARGO OU FUNÇÃO	DIS. SAN. GUARULHOS	CS. I GUARULHOS	CS. II ZE ZINHO M. PRADO	CS. II V. TRANQUILIDA DE	CS. II HAROLDO VELOSO	CS. III GOFOUVA	CS. II ANJUA	CS. II DE STA. ISABEL	TOTAL
Dir. Técnico ou Med. Chefe	01	01	01	01	01	01	01	01	08
Chefia Médica Odontológica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Médicos Sanitaristas	01	01	01	01	01	-	-	-	05
Médicos Oftalmologistas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Médicos Tisiologistas	-	03	-	-	-	-	-	-	03
Médicos Dermatologistas	-	-	-	01	-	-	-	-	01
Médicos Consultantes	-	04	02	03	02	01	02	03	17
Dentistas	-	01	01	-	-	-	-	-	02
Enfermeiros	01	01	-	-	01	-	-	-	03
Assistente Social	-	-	01	01	-	-	-	01	03
Educador	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	01	-	-	-	-	-	-	01
Obstetras	-	01	-	-	-	-	-	-	01
Chefia/Encar. Administrativo	01	01	01	01	-	-01	01	01	07
Escriturários	02	06	02	01	02	02	02	02	19
Aux. Planejamento	01	-	-	-	-	-	-	-	01
Visit. Sanitário	-	04	02	05	02	03	01	03	20
Atendente	-	14	04	09	04	04	04	04	43
Aux. Enfermagem	-	01	-	-	-	-	-	-	01
Aux. Laboratório	-	02	-	-	-	-	-	-	02
Operador de Raio X	-	03	-	-	-	-	-	-	03
Supervisor de saneamento	-	01	01	-	-	-	-	-	02

Fonte: SMS/GRU, 1983.

Sobre os recursos que estavam sob a gestão do município:

O SETOR MUNICIPAL conta com Pronto Socorro Municipal, uma Central de Pediatria e 27 Unidades Básicas de Saúde.

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL – dispõe em sua estrutura física de cinco consultórios e sete enfermarias, das quais duas de pediatria e cinco de adultos. A sua capacidade é de 24 leitos para adultos e 12 leitos para pediatria.

CENTRAL DE PEDIATRIA – a Central de Pediatria foi projetada para o atendimento a uma população aproximada de 250.000 habitantes. Serve de retaguarda ambulatorial às crianças que necessitem de atendimento especializado, exames laboratoriais e serviços de raio X.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – as 27 unidades básicas de Saúde encontram-se localizadas nos diferentes Bairros da Periferia (SMS/GRU, 1983, p. 50).

Como percebemos a seguir, a rede conveniada de saúde aumentará muito desde o Convênio com a Santa Casa ao final da década de 1960. No quadro abaixo aparecem 11 estabelecimentos conveniados:

QUANTO AO SETOR PRIVADO, o município conta com cerca 16 firmas que prestam assistência médica mediante convênios com indústrias e familiares, 11 laboratórios de análises clínicas, e hospitais conveniados com o INAMPS conforme relação a seguir:

Figura 25 – Relação de Hospitais Particulares conveniados, sua localização e capacidade.

HOSPITAL	LOCALIZAÇÃO	CAPACIDADE
Hospital Stela Maris	Itapegica	210 leitos
Hospital Brasil	Gopoúva	200 leitos
Casa de Saúde	Vila Augusta	191 leitos
Santa Casa	Centro	130 leitos
Hospital Carlos Chaças	Centro	62 leitos
Hospital Pio XII	Macedo	134 leitos
Hospita S. Paulo Apóstolo	Ponte Grande	30 leitos
Hospital Bom Clima	Bom Clima	60 leitos
Hospital Menino Jesus	Vila Augusta	528 leitos
Instituto de Psiquiatria	Vila Augusta	430 leitos
Hospital Santa Terezinha	Pimentas	94 leitos
T O T A L	2.069 leitos

Fonte: SMS/GRU, 1983.

Segundo a SMS/GRU (1983), a concentração dos serviços públicos de saúde estava na região central do município já na década de 1980. Essa informação corrobora com a apresentada no livro “Signos e Significados em Guarulhos”, de que o crescimento urbano é informado como desordenado e com poucos serviços públicos nas áreas mais periféricas (SANTANA, 2014).

Todos os serviços de utilidade pública e os equipamentos de superestrutura encontram-se distribuídos com maior concentração nesta região, embora já se encontre em expansão nas áreas periféricas. Especialmente nos bairros de difícil acesso, já estão em atividade Unidades Básicas de Saúde (SMS/GRU, 1983, p. 22 e 37).

PASSERI (2010, p. 15) aponta que “até meados de 1985, a rede de unidades era responsável pela atuação na prevenção de saúde, com atenção à área materno-infantil, além de práticas locais de promoção à saúde e prevenção às doenças, e os hospitais atendiam pelo então INAMPS”. Observa que o número de consultas e internações era considerado indicador de uma boa assistência à saúde, logo, quanto mais, melhor. Esse raciocínio, segundo a autora, leva a uma banalização da assistência, sendo a população a mais prejudicada. Sobre isso, escreve:

Acreditava-se que, quanto maior o número de consultas e internações realizadas, melhor seria o desempenho da saúde. Com o passar dos anos, como os recursos financeiros passaram a ser escassos para o crescimento desenfreado da produção da doença e com valores progressivamente defasados nos procedimentos, pela banalização da assistência prestada, os empresários do ramo hospitalar começaram a abandonar o sistema e outros foram descredenciados pela evidência de fraudes. Guarulhos vivia a marca Política de redução de leitos privados, o que no sentimento popular significava a perda progressiva de condições de saúde para a população (PASSERI, 2010, p. 15).

Assim como apresentado no Capítulo 1, o Governo Federal lançou o programa das Ações Integradas em Saúde (AIS) em 1983. Na entrevista nº 18 as AIS são citadas como uma preparação para o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e lembram que houve uma capacitação a respeito no Centro de Saúde I - Penha, em 1984.

Em 1986, há uma reorganização na estrutura de gestão da Secretaria de Estado da Saúde de SP na qual se extinguem os Distritos de Saúde e criam-se os ERSA (Escritório

Regional de Saúde) através do Decreto N° 25.519. Os municípios de Guarulhos, Santa Isabel e Arujá ficam sob a responsabilidade do ERSA 15 (PASSERI, 2010, p. 15).

Importante ressaltar a descrição do período pela sanitarista Marta Salomão sob a ótica do estado:

Iniciávamos a discussão da municipalização das ações de saúde, da necessidade de criação de carreira de saúde pública multiprofissional e de nova reforma administrativa, quando foram criados os ERSA (Escritórios Regionais de Saúde) cujas direções passaram a ser cargos em comissão e não mais na Carreira de Sanitarista (SALOMÃO, 2008, p. 40).

Nessa nova organização do estado, os Centros de Saúde II e III assumem mais responsabilidades, e ao ERSA 15 é dada a missão de transformar o Hospital Padre Bento especializado no atendimento da hanseníase em um Hospital Geral. É nesse momento que ele passa a ser chamado de Complexo Hospitalar Padre Bento. Funcionários do Centro de Saúde II – Tranquilidade, lembram que nessa época passaram a atender a hanseníase e a tuberculose (E18). O ERSA 15 será extinto em 1995.

Sobre a articulação entre os serviços do território, o cenário ainda não é muito diferente daquele lembrado pelos profissionais em 1976 durante a entrevista n° 18 e por PASSERI (2010).

Eu vou para o CS Tranquilidade, mas continua na mesma organização, sem muita articulação, e tinha a questão do PAM federal. Você tinha (os três níveis governamentais) o federal, o estadual e o municipal, na área da saúde, sem nenhuma articulação. Atendendo a mesma população, mas sem conversar (E18).

Como vimos no Capítulo 1 sobre a implantação do SUS, após a Constituição de 1988, a Lei 8.080 de 1990 e as NOB/SUS 91/93/96 e NOAS 2001/2002, os municípios tiveram que se adequar às novas exigências e reorganizar suas estruturas de saúde a fim de continuar recebendo financiamento do Governo Federal para seus equipamentos e serviços.

Dessa forma, em 13 de dezembro de 1988 é promulgada a Lei Municipal N° 3.401 e o município começa a dar, oficialmente, os primeiros passos à municipalização aderindo ao SUDS. A Lei:

(...) autoriza o Executivo a celebrar Termo de Adesão ao Convênio SUDS-SP, celebrado entre União (MPAS/INAMPS/MEC/MS) e o Governo do Estado de São Paulo, com interveniência da Secretaria de Estado da Saúde, com vistas à Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de

Saúde - SUDS, nos termos do Decreto Estadual nº 28.410, de 20 de maio de 1988 (GUARULHOS, 1988).

Em uma entrevista à Revista SIGA de fevereiro de 1989, o então Secretário da Saúde, o médico Roberto Vaz, convidado pelo prefeito recém-eleito, Paschoal Thomeu, discorre sobre o futuro da Saúde no município. Diz que vai cumprir as diretrizes da municipalização da saúde e explica: “em convênio da prefeitura com estado, temos o SUDS, meta do município em atendimento primário, com casos de emergência sendo encaminhados ao Hospital Central do Estado” e segue:

Existem, agora, portanto, três formas de atendimento: Prefeitura, Estado e INAMPS. Todas as UBS (...) que são os postos de assistência médica ambulatorial e prontos-socorros serão encargos da Prefeitura (...) fizeram levantamento do que tinha, colocando para funcionar o que deve (...). O Estado será responsável pelas centrais de especialidades. É um projeto para começar a funcionar em 90 dias. (...) Pretendemos também realizar um concurso para a contratação de mão-de-obra especializada (SIGA, 1989, p. 17).

Sendo assim, em 1989 cria-se uma comissão com profissionais do estado e do município para se efetivar a municipalização dos serviços de saúde.

É a primeira vez que começam a conversar para o município assumir a responsabilidade pela Saúde. Forma-se um grupo de pessoas para esta transição, primeiramente para assumir a Atenção Básica. Porque média e alta complexidade ainda eram Estado (...) Algumas pessoas que estavam nos CS são chamadas (...) Em 1989 as Regiões de Saúde são desenhadas. Já havia responsáveis pelas quatro regiões. Ficavam todos na sala 32 na SMS. Cada equipe era composta por um médico, um dentista e uma enfermeira. Ficávamos todos na mesma sala (E18).

A primeira unidade municipalizada foi o Centro de Saúde II Tranquilidade, em 01/03/1990 (SMS/GRU, 2016).

O Conselho Municipal de Saúde foi instituído em Guarulhos em 1990 “via decreto do executivo, pelo então Prefeito Paschoal Thomeu (decreto nº16293/90)” como uma das exigências do Governo Federal no processo de municipalização. “Entretanto este conselho não foi instituído da forma como a lei previa. Na ocasião, a convite do executivo, as instituições indicavam seus pares para compor o Conselho” (PASSERI, 2010, p. 17).

Os Conselhos de Saúde foram criados em 1990 em âmbito nacional através da Lei Nº 8.142, que dispõe, dentre outras coisas “sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde” alinhada aos princípios do SUS. Como podemos perceber, havia em

Guarulhos uma preocupação em se institucionalizar um Conselho de Saúde, no entanto ainda não da forma como previa a lei. O Conselho Municipal de Saúde é um dos conselhos mais atuantes no município e tem permanecido assim há muitos anos.

Em 1991, assume a Secretaria Municipal de Saúde o primeiro Secretário após a criação do SUS, o Dr. Antonio Pedro Flores Auge, e acontece a 1ª Conferência Municipal de Saúde⁴⁴ (E18).

Na época, a Secretaria da Saúde estava se reestruturando administrativamente e foram promulgadas algumas leis e decretos nesse sentido, como a Lei nº 4.032 de 27 de fevereiro de 1992, que altera a estrutura organizacional da Secretaria da Saúde, Lei nº 4.213 de 30 de dezembro de 1992, que reorganiza em nível institucional os órgãos com administração direta da Prefeitura, e o Decreto nº 17.733, de 05 de abril de 1993, que institui o detalhamento da estrutura básica da Secretaria da Saúde.

Sobre o processo de municipalização em Guarulhos:

A municipalização dos serviços de saúde foi colocada como diretriz operacional do novo sistema de saúde e trazia como idéia-força, para um novo desenho organizacional, a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade, equidade e integralidade de ações às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada (PASSERI, 2010. p. 18).

O território da Secretaria Municipal de Saúde é reorganizado e passa a contar com quatro Regiões de Saúde, “cada uma com equipe composta por um médico, um enfermeiro e um dentista. Juntamente, foi criado o Núcleo de Educação Continuada” (SMS/GRU, 2016).

Segundo PASSERI (2010), nessa época cria-se um departamento na SMS para o desenvolvimento dos Programas de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Escolar, da Mulher e do Adulto com o objetivo de garantir uma boa assistência aos 40% da população que utilizavam os serviços públicos de saúde e assim incrementar a medicina preventiva.

O processo para a implantação do SUS foi negociado e pactuado entre Secretários de Saúde do estado de SP e de Guarulhos. Foi orientado inicialmente pelas Normas Operacionais

⁴⁴ Dados encontrados no Painel apresentado pela SMS no 1º Congresso de Saúde Pública de Guarulhos em 2016. Segundo informações encontradas as Conferências Municipais de Saúde aconteceram nos anos: 1991, 1995, 1999, 2007, 2011 e 2015. E a Saúde Participativa aconteceu nos anos: 2005, 2007, 2009, 2011, 2013 e 2015.

Básicas (NOB). Em Guarulhos, este processo se iniciou em 1995. Após a publicação da NOB 1/93:

(...) estabeleceu as bases para descentralização dos serviços de saúde para implementação do SUS, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, pleiteou, (...) a condição de Gestão Incipiente, caminhando para assumir o papel de gestor da saúde em seu território (PASSERI, 2010, p. 18 e 19).

O município contava com 42 Unidades Básicas de Saúde e 03 Prontos Atendimentos — Pronto Atendimento Paraíso, referência da Regional de Saúde I; Pronto Atendimento Jardim São João, da Regional de Saúde III e Pronto Atendimento Alvorada, da Regional de Saúde IV. A fim de subsidiar o Plano Municipal de Saúde e fazer encaminhamentos para os fóruns estadual e federal, a SMS organiza a Conferência Municipal de Saúde em novembro de 1995⁴⁵ (PASSERI, 2010).

Em 1997 é criado o Fundo Municipal de Saúde e a SMS pleiteia a Gestão Plena do Sistema Municipal a partir da publicação da NOB 01//96, o que significaria assumir a gestão da Atenção Básica, os serviços e alguns procedimentos da média e da alta complexidade (ambulatorial e hospitalar). Havia duas modalidades de gestão que os municípios podiam optar:

No primeiro modelo o município teria os repasses de verbas diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal, para as atividades de Atenção Básica à saúde, como a assistência ambulatorial, vigilância epidemiológica e sanitária, gerenciamento das unidades básicas de saúde localizadas em sua jurisdição, inclusive aquelas que são do Estado e da União; no segundo o município teria o mesmo sistema de repasse, entretanto, para todos os tipos de assistência, inclusive aqueles mantidos por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, devendo ainda se responsabilizar pela gestão de assistência hospitalar, gestão da Atenção Básica, sistemas de auditoria do município, bem como pelo seu sistema de informações ambulatoriais e hospitalares (PASSERI, 2010, p. 20).

Com isso, a Secretaria Municipal de Saúde investe, por exemplo, na reabertura da antiga Santa Casa para garantir serviços da média e alta complexidade:

(...) a direção da Secretaria Municipal de Saúde decidiu fazer forte investimento na reabertura da antiga Santa Casa, locando o prédio integralmente, reformando-o e reinaugurando-o como Hospital e

⁴⁵ No painel sobre a História do SUS Guarulhos apresentado no 1º Congresso de Saúde Pública de Guarulhos, em 2016, a Conferência de 1995 seria a segunda. Porém, em PASSERI (2010), em 1995, a SMS estaria organizando a primeira.

Maternidade Municipal de Guarulhos, com as iniciais HMMG. Na mesma época, são transferidos do HMU os atendimentos na área materno-infantil para o HMMG (PASSERI, 2010, p. 21).

Contudo, a SMS continua seus investimentos na Atenção Básica e em 1998 é implantada a 1ª equipe do então Programa de Saúde da Família na UBS Jardim Fortaleza. Outro fator de grande investimento da Secretaria Municipal de Saúde foi a abertura do IML (Instituto Médico Legal) em 1998 na Vila Rio de Janeiro. A seguir, uma foto da fachada do IML, encontrada na Revista *Fala Guarulhos* da época (p. 16).

Figura 26 - Fachada do Instituto Médico Legal



Fonte: Fala Guarulhos, 1998.

Em 1998, a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária são municipalizadas e a Gestão Plena é concedida.⁴⁶ Podemos dizer que Guarulhos estava entre os 22% de municípios do estado de São Paulo com Gestão Plena de acordo com os dados apresentados por Daniella Guerra para o COSEMS⁴⁷ em março de 2017 e detalhados no Capítulo 1 no item sobre o SUS no estado de São Paulo.

Nesse mesmo ano, 1998, houve a municipalização dos centros especializados: Ambulatório de Saúde Mental, Ambulatório da Criança e Ambulatório Dona Luiza e, “o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS de Guarulhos foi fechado e se transformou no Centro de Especialidades Médicas de Guarulhos – CEMEG” (SMS/GRU, 2016).

⁴⁶ Em PASSERI (2010) a Gestão Plena é concedida em 1998. Já no painel sobre a História do SUS Guarulhos apresentado pela SMS no I Congresso de Saúde Pública em 2016, o município foi habilitado para a Gestão Plena em 1997.

⁴⁷ Congresso dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo.

Porém como vimos na história de Guarulhos, o ano de 1998 é marcado pela cassação do Prefeito após acusações de desvio de verbas e enriquecimento ilícito.

Esse momento é descrito como de forte atuação do Conselho Municipal de Saúde:

No ano de 1998, o então Prefeito Nefi Talles é cassado. O vice-prefeito, Jovino Candido, com amplo apoio legislativo e popular, assume, incluindo bases do Partido dos Trabalhadores. Nesta época o Conselho Municipal de Saúde se fortalece. Foi através dele que muitas das acusações feitas ao ex-Prefeito, na área da saúde, tomaram vulto e acabaram contribuindo para retirada de Nefi Talles do poder (PASSERI, 2010, p. 21).

Com o afastamento do Prefeito foi suspensa a Gestão Plena pelo Ministério da Saúde (MS), ficando o município apenas como prestador de serviço. Segundo a entrevista nº18, funcionários lembram que a SMS poderia perder, inclusive, a gestão das Unidades Básicas. O MS apresentou recomendações para a nova habilitação e os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde tiveram poucos meses para elaboração de um Plano Emergencial para ser executado durante os três primeiros meses de 1999⁴⁸ e, assim, recuperar a Gestão Plena (PASSERI, 2010, p. 21).

Ainda sobre essa época de grande crise no SUS Guarulhos:

Convém lembrar que a década de 1990 foi caracterizada por um grande investimento na rede básica de atenção, através das Unidades Básicas de Saúde, entretanto, o financiamento do sistema não acompanhou este crescimento de infra-estrutura, impedindo àquela época um avanço qualitativo importante. Somente a partir de 1997, houve um forte investimento na área de recursos humanos, interpretado posteriormente como crescimento sem responsabilidade do ponto de vista orçamentário. Devido ao reajuste concedido ao funcionalismo no final de 1996 e, à inexperiência da nova administração em 1997, uma grande crise se instalou afetando toda a estrutura e o funcionamento do sistema público nos anos seguintes (PASSERI, 2010, p. 21).

Em material da SMS (2016), o município retomou a Gestão Plena em 2004 e, segundo PASSERI (2010), foi acompanhado pelo Ministério da Saúde entre abril e junho de 2000, dando um fim à crise.

Em 2001, a pedido do recém eleito Prefeito Elói Pietá, assume a Secretaria da Saúde de Guarulhos uma nova equipe que será fundamental para a rede de saúde mental do município.⁴⁹

⁴⁸ Na entrevista 18, profissionais relatam que o Plano Emergencial foi escrito para o primeiro trimestre de 1998.

⁴⁹ Apresentaremos mais dados no Capítulo III – análise.

Segundo PASSERI (2010), a proposta para a nova administração da Secretaria Municipal de Saúde era:

(...) reorganização do modelo gerencial, assistencial, elaboração do Plano Municipal de Saúde de 2001/ 2004 e encaminhamento do pleito da gestão Plena do Sistema Municipal. Uma das marcas da gestão foi a expansão da estratégia de Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde e a participação efetiva do Controle Social (PASSERI, 2010, p. 2).

Em 2002, o município instituiu o Conselho Gestor de Saúde nas unidades de saúde. Em 2003, expandiu a Estratégia Saúde da Família inaugurando nove unidades, fez convênio com a Associação Beneficente Jesus, José e Maria como maternidade transformando o Hospital e Maternidade Municipal de Guarulhos em Hospital da Criança. Em 2003 também é implantado o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), substituindo a antiga Central de Resgate. Em 2004 é inaugurado o Hospital Municipal Pimentas-Bonsucesso (SMS/GRU, 2016).

Nessa época, a Secretaria Municipal de Saúde definiu cinco prioridades programáticas denominadas Projetos Prioritários – Nascer Bem, Viver Bem em Guarulhos, Cabeça Legal, Resgate pela Vida e Escolas Promotoras de Saúde (SMS/GRU, 2016).

Em todos os anos que se seguiram até dezembro de 2016, a SMS continuou seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde com, por exemplo, as adesões aos programas: Pacto pela Saúde, em 2006, Redes Regionais de Atenção à Saúde e implantação dos NASF, em 2010, ou o Decreto nº 7.508 e implantação das Redes Temáticas, em 2011, sempre tentando estar em consonância com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, tendo em vista também o recurso financeiro atrelado aos programas.

CAPÍTULO 4

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL EM GUARULHOS NO SÉCULO XX E INÍCIO DO SÉCULO XXI

Relembramos que a análise baseia-se em documentos e na memória dos entrevistados. Assim, encontraremos lacunas em determinados fatos, bem como dúvidas em relação a datas, porém, ainda assim e principalmente, contaremos com a importância e a vivacidade dos relatos.

4.1 - O MODELO MANICOMIAL

4.1.1 – Os primórdios das terapêuticas: entre a alienação e a doença mental

O documento mais antigo que encontramos sobre instituições destinadas ao tratamento de alienados no município remetem ao Sanatório São Pedro e São Paulo (SSPSP), fundado em 1918, pela Synagoga Espírita São Pedro e São Paulo.

Essa informação ratifica o que aponta FONTE (2012) sobre o tratamento aos alienados no Brasil, que, até o século XIX, as instituições que, de alguma forma, dedicavam algum cuidado a essas pessoas eram de natureza religiosa, como relatamos a seguir sobre as atividades do SSPSP seguindo princípios do espiritismo.

O local foi comprado pelo Governo do Estado de São Paulo para transformá-lo no Sanatório Padre Bento, em 1931. A propósito desse fato, embora não faça parte do escopo deste trabalho analisar em profundidade tal aquisição pelo estado nem a destinação dada ao sanatório, não podemos deixar de registrar, a título de curiosidade, o fenômeno que denominaremos a “herança reversa da lepra”.

De acordo com FOUCAULT (2014), ao final da idade média, com o declínio da lepra, os estabelecimentos asilares, que serviam para isolar os temidos leprosos da sociedade, passam a serem ocupados pelos loucos. A redução da lepra no continente europeu coincide com disseminação dela no continente americano, devido à descoberta do Novo Mundo pelos europeus. Pouco se sabe sobre o crescimento da doença nas Américas, no entanto a construção de leprosários nos dão indícios de que o seu alastramento foi relativamente intenso em todo o Novo Continente. Nesse contexto, na década de 1930, o Governo do Estado de São Paulo, adota um modelo profilático, fundamentado na ideia de aplicação de medidas

preventivas e de controle institucional sobre a vida cotidiana dos doentes por meio do isolamento compulsório. O Sanatório São Pedro e São Paulo passou a fazer parte da grande rede de estabelecimentos asilares para a viabilização do projeto do governo paulista (MONTEIRO, 1995). Em resumo, a instituição que havia sido fundada para tratar os alienados cede o seu espaço para dar lugar ao funcionamento da política isolacionista da lepra, daí a ideia da “herança reversa da lepra” de Foucault. Esse modelo segregacionista, mesmo após a descoberta da cura da lepra, persistiu por mais de três décadas e influenciou todo o país (MONTEIRO, 1993).

A Revista *A Cigarra* publicou uma fotografia de sua construção.

Figura 27 - Sanatório São Pedro e São Paulo em construção em 1918

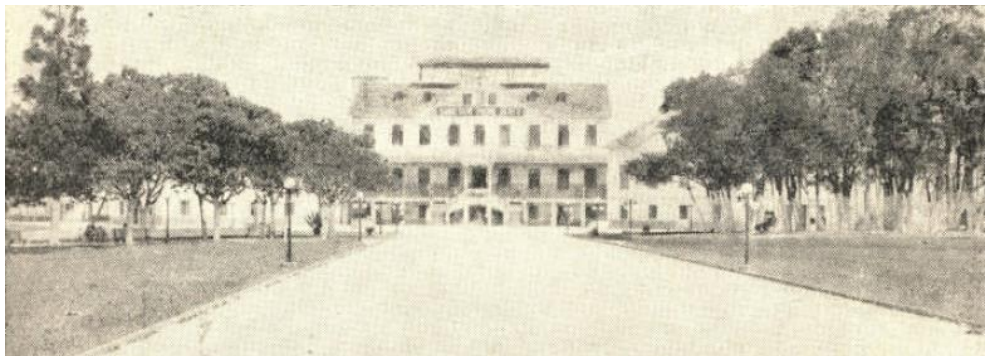


Fonte: Revista *A Cigarra*, 1918.

Photographia tirada pela ‘A Cigarra’ por ocasião da cobertura do pavilhão central (o segundo em construção) do Sanatório para Alienados, que a Synagoga Espírita S. Pedro e S. Paulo está construindo na estação de Gopoúva, ramal de Guarulhos em sítio alto e saudável de onde se descortina o panorama da capital. Os dois pavilhões comportam 240 doentes e a directoria conta inaugurá-lo em Dezembro próximo. O pavilhão central terá salão para música, leitura, jogos e no parque que o rodeia haverá tanque para natação, campo de tennis e outros sports (A CIGARRA, 1918, p. 22).

Outra foto encontrada no Arquivo Histórico de Guarulhos se refere ao pavilhão central do Sanatório Padre Bento (sem data), mas que nos remete ao prédio da foto anterior após o término de sua construção.

Figura 28 - Pavilhão central do Sanatório Padre Bento (a)



Fonte: Arquivo Histórico Municipal

Outra foto, também encontrada no acervo do Arquivo Histórico Municipal, após a construção de outros pavilhões pelo Governo Estadual, nos dá outra dimensão do pavilhão central do Sanatório São Pedro e São Paulo:⁵⁰

Figura 29 - Pavilhão central do Sanatório Padre Bento (b). Vista aérea.



Fonte: Arquivo Histórico Municipal

⁵⁰ Após a aquisição do Sanatório SPSP pelo Governo Estadual, para o funcionamento do Sanatório Padre Bento outros pavilhões foram construídos a fim de ampliar a capacidade de atendimento, portanto a foto apresentada, na qual vemos o Pavilhão Central do Sanatório Padre Bento, não condiz com o tamanho do Pavilhão Central do Sanatório SPSP de 1918. Estamos apresentando apenas outra perspectiva do local.

Segundo o site da Sinagoga Espírita Nova Jerusalém,⁵¹ o SSPSP foi um Centro Espírita administrado primeiramente pela Synagoga São Pedro e São Paulo, que atualmente é conhecida por Sinagoga Espírita Nova Jerusalém.

Antônio José Trindade fundou em 1916 a Synagoga São Pedro e São Paulo para a assistência espiritual, dentária, judiciária e material aos “necessitados”. Com o aumento da procura por tratamentos, foi necessário inaugurar mais locais para atendimento e assim inauguraram outro centro em São Paulo, em 1917, e realizaram o lançamento da pedra fundamental do Sanatório em Gopoúva – Guarulhos – no mesmo ano.

Para a construção do prédio, Antônio José Trindade buscou apoio e doações de comerciantes. Em maio de 1918, dá-se a inauguração do primeiro pavilhão do lado esquerdo do prédio. Na época, o Sanatório abrigou dezenas de pessoas em decorrência da epidemia de gripe.

Em março de 1919, ocorre a cisão de gestão da Synagoga, ficando Antônio José Trindade apenas com a filial do município de São Paulo. A partir dessa data não há mais registros do Sanatório SPSP no site da Sinagoga. Portanto não sabemos se o SSPSP permaneceu com suas atividades até 1931, quando foi comprado, ou se as suspendeu antes dessa data.

Em textos de Lineu Roque Aceiro,⁵² encontrados no acervo do Arquivo Histórico de Guarulhos, há referências ao SSPSP quando o autor aborda a compra do local.

A “Casa de Saúde Padre Bento” é um dos mais antigos estabelecimentos hospitalares de Guarulhos. Ainda que se desconheça a data exata de sua fundação, apurou-se que ali funcionou, anteriormente, um pequeno hospital. Antigos senhores de Vila Galvão (...) ao que consta, sem confirmação (referem existir), no ano de 1925, um hospital de propriedade particular funcionando naquele local. Destinava-se aquele recolhimento, ao tratamento de doentes que haviam perdido o uso da razão. Outros ainda afirmam que na época era comum de se ver funcionários desse hospital percorrendo as matas desta vila à procura de doidos fugitivos (ACEIRO, s/ data, p. 126).

Não foram encontrados registros e, portanto, desconhecemos as práticas de tratamento que eram utilizadas dentro do Sanatório São Pedro e São Paulo, para tanto seria necessário um

⁵¹ Disponível em: <http://www.senj.com.br>. Último acesso em 15/10/2017.

⁵² Este documento não foi datado e nem intitulado. São textos sobre diversos assuntos relativos à cidade de Guarulhos, baseados inclusive em relatos de moradores.

estudo aprofundado sobre o local.⁵³ Contudo, sabemos que o Sanatório SPSP realizava seu tratamento baseado nos princípios do espiritismo e que seu fundador seguia os escritos de Allan Kardec, conforme informações do site da Sinagoga. Alguns estudiosos do tema analisaram as causas das doenças e dos transtornos mentais sob a ótica espírita, como também se debruçaram no debate estabelecido entre a psiquiatria clássica e as práticas espíritas até a metade do século XX. Constataram que o espiritismo surgia com um novo olhar sobre a doença e, portanto, trazia uma nova proposta de tratamento chamada desobsessão.

Ao estabelecer uma explicação própria sobre a natureza dos fenômenos mentais, da mente humana como uma manifestação de um corpo espiritual temporariamente habitando um corpo material e da Loucura como um possível resultado da influência de entidades espirituais desencarnadas, o espiritismo desenvolveu um método terapêutico próprio para o tratamento da Loucura, entendida como um processo de obsessão espiritual. Como resultado desses preceitos, os seguidores do kardecismo acabaram por patrocinar a criação de diversas instituições asilares para o tratamento de alienados no Brasil da primeira metade do século XX. Para que se tenha uma ideia, só no interior do estado de São Paulo (apud Puttini, 2004), foram criadas sete instituições com essas características, entre os anos de 1930 e 1950 (JABERT e FACCHINETTI, 2011, p. 519)

O Sanatório SPSP em Guarulhos foi fundado muito antes de 1930. Supomos que esse fato decorra de Guarulhos ser mais próximo à capital e possuir a linha do trem, facilitando o acesso dos profissionais e da população.

Apesar dos relatos de JABERT e FACCHINETTI (2011), outros estudiosos sobre os temas do espiritismo, da psiquiatria e da loucura apontam um confronto muito grande de ideias entre esses campos do conhecimento. Os médicos brasileiros já sofriam influências das ideias de Pinel sobre as “afecções morais”. Com Pinel, os afetos passam a ser objeto de conhecimento médico-fisiológico e com a sistematização e discussão metodológica inicia o desenvolvimento da medicina mental (FACHINETTI, 2008).

ALMEIDA (2007, p. 152) analisa documentos que evidenciaram a disputa de poder entre psiquiatras (alguns católicos) e espíritas no que tange: as teorias do adoecimento mental, a prática do conhecimento científico em seus diversos tratamentos, e a luta pelas influências culturais religiosas na sociedade. Psiquiatras e espíritas travaram, entre as últimas décadas do século XIX, e principalmente após os anos 1930 do século XX, disputas por um reconhecimento nas academias e também na sociedade.

⁵³ Alguns contatos foram realizados com a Sinagoga Nova Jerusalém, mas sem sucesso.

Considerando que o Sanatório SPSP foi inaugurado em 1918 e que não encontramos mais registros sobre quem administrava o local após a cisão com seu fundador em 1919, não podemos afirmar que durante a sua existência foram seguidos os preceitos do espiritismo de seu fundador. No entanto, em 1919, após pressão para colocarem um médico em outro Sanatório do mesmo grupo (sediado no bairro de Santana, zona Norte de São Paulo), o Sr. Antônio J. Trindade, então presidente, não admitiu a sua contratação “preferindo fechar a casa a ter que mentir a sua consciência, aos doentes e ao próprio Deus”.⁵⁴ Portanto, identificamos aqui que médicos não eram bem-vindos por Antônio Trindade.

Outro dado que nos ajuda a pensar a forma de tratamento no Sanatório SPSP são dados encontrados sobre outro sanatório do grupo, o Sanatório de Santana, em 1919, cujo “objetivos da casa (era) de não manter os insanos entre quatro paredes, mas sim de poder fazer retornar as criaturas ao seio da sociedade por meio de processos espirituais”.⁵⁵

Considerando os avanços estruturais da cidade de Guarulhos no início do século XX (eletricidade, telefone e trem), podemos supor que esses fatos foram determinantes para a implantação do Sanatório. Um fato que corrobora com essa hipótese é que a sua instalação se deu ao lado da Estação de trem Gopoúva.

O SSPSP foi instalado no bairro do atual Jd. Tranquilidade, porém foi apenas em 1950 que se deu início ao seu loteamento. O local é lembrado pelas moradoras Clotilde Martins e Dalva Terezina Poli com poucas casas. O morador Álvaro Marques lembra que na época do leprosário, ou seja, após 1931, a região sofria problemas de infraestrutura, principalmente após a chegada de muitas pessoas que vinham trabalhar no Sanatório Padre Bento (CARVALHO, 2014, p. 82 e 83). Logo, podemos inferir que entre 1918 e 1931 a infraestrutura local ou era suficiente para os poucos moradores que ali estavam e para o Sanatório SPSP, ou também já havia problemas desse tipo na região. De qualquer forma, era uma área rural.

Conforme o site da Sinagoga Nova Jerusalém, houve doação de dinheiro para a construção do Sanatório SPSP. Como dito anteriormente, ao final do século XIX, havia uma pressão social para o recolhimento dos alienados, pois eram vistos como pessoas que atrapalhavam a vida dos homens de bem da época. Portanto, não era raro que iniciativas surgissem para o recolhimento dessas pessoas (higiene social) baseadas em um discurso de cuidado e tratamento.

⁵⁴ Site da Sinagoga Nova Jerusalém. Disponível em: <http://www.senj.com.br>. Último acesso em 15/10/2017.

⁵⁵ Site da Sinagoga Nova Jerusalém. Disponível em: <http://www.senj.com.br>. Último acesso em 15/10/2017. Informação noticiada no Jornal de época *Commercio* de 02/09/1919.

Apesar dessa constatação, não podemos afirmar a real motivação dessa instituição e sua comunidade, justamente por se tratar da construção de um Centro Espírita com indícios de outra proposta de tratamento. Porém, independente das práticas terapêuticas executadas no local, entendemos que a lógica de tratamento ainda era a lógica do recolhimento e internação, afastando os pacientes de suas casas, famílias e outros lugares que pudessem estar e, além disso, calcado em um discurso “científico” no qual o hospício se tornou o local mais apropriado para o exercício da psiquiatria.

Como abordamos no Capítulo 1, é a configuração da loucura em doença mental através dos tratados de Philippe Pinel (1745-1826) (FACCHINETTI, 2008).

4.1.2 – O hospital como *locus* do tratamento

Em junho de 1967 foi implantado um hospital psiquiátrico privado conveniado ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social criado em 1966) chamado de Instituto de Psiquiatria de Guarulhos (IPG), que na ocasião recebia muitos pacientes do Vale do Paraíba, Zona Leste e Norte de São Paulo.⁵⁶

O ano de inauguração do IPG acontece após 1964 (Golpe Militar), justamente quando aumentam o número de leitos psiquiátricos particulares conveniados com o setor público. Como vimos, era o início do período da “Indústria da Loucura”. Nessa época, o movimento nacional da Política de Saúde Mental seguia contrário ao movimento internacional (SILVA, 1997, p.7), e Guarulhos foi um exemplo.

A seguir, apresentaremos informações de documentos encontrados e das falas de nossos entrevistados que ajudam a detalhar o local. Esclarecemos que há discursos diferentes e divergentes, porém importantes para a configuração da história dessa instituição por meio dos profissionais que ali trabalharam. Os entrevistados são antigos funcionários: médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e administrativos.

Quando abriu, em 1967, o IPG iniciou o funcionamento em um antigo convento de padres (onde atualmente é o Hospital Casa de Saúde de Guarulhos) e após 3 ou 4 anos, passou para Rua Dona Antônia 965, onde atualmente encontra-se o complexo do CEMEG (Centro de Especialidades Médicas de Guarulhos). O IPG permaneceu nesse local até seu fechamento em 1994 (E27).

⁵⁶ Informações retiradas do vídeo “A história da Saúde Mental em Guarulhos” de 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-g2n12Btxuw>. Último acesso em 03/01/2018.

Na época, os donos compraram aquele terreno, pois a estrutura do convento não comportava mais a demanda que chegava para internação. O terreno era uma chácara com muitas jabuticabeiras, abacateiros, jaqueiras e até um riozinho que hoje está canalizado (E27).

Os donos eram quatro médicos, nenhum psiquiatra e foram construindo o IPG aos poucos (E27 e E01).

Ao final contava com 430 leitos,⁵⁷ campo de futebol, campo de bocha, quadra poliesportiva, quiosques, refeitório para 400 pessoas, refeitório de funcionários, cozinha industrial, área administrativa e uma cantina onde também distribuía os cigarros que os familiares traziam (E27).

Havia a ala masculina que era composta pelo o que até o final de 2016 era o andar de cima do CEMEG, o CER,⁵⁸ a fisioterapia, a farmácia e o CERESI.⁵⁹ A ala feminina funcionava onde hoje está o CAPS II Osório César. As festas sempre aconteciam na ala masculina porque era maior. A área do IPG era de aproximadamente 17 mil/m², sendo que 9 mil/m² já foram vendidos para a construção de prédios e o restante continua alugado para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/GRU) (E27).

Sobre a estrutura encontramos opiniões diferentes:

Era uma estrutura boa (...) tinha um campo de futebol, tinha estrutura de quadras de basquete, de vôlei, tinha tudo (...) o paciente não ficava confinado, como em alguns consultórios de psiquiatria que tem uma estrutura fechada e isolada. Era uma estrutura praticamente aberta, se o cara quisesse fugir, o muro nem era tão alto assim. O atendimento era bom. Os donos davam liberdade, os donos nem apareciam lá (E23).

Tinha o campo de futebol. Tinha até uma hortinha ali que a gente via o campo de futebol (...) Tinha paciente que fugia por ali. Agora que você falou que eu lembrei que tinha paciente que fugia por ali (E8).

O IPG era um hospital grande. Não tinha uma estrutura boa (E2).

Alguns funcionários lembram que faziam reuniões para discutirem os casos. Porém, alguns entendem que os pacientes eram bem tratados, e outros relatam um bom acompanhamento dos casos.

(...) tinha reunião de grupo, tinha reunião do Conselho Social, tinha reunião técnica com os psiquiatras, mas é um hospicião, né (E1).

Tinha uma equipe grande de psiquiatras (E2).

⁵⁷ Dados da SMS/GRU (2006).

⁵⁸ Centro Especializado em Reabilitação.

⁵⁹ Centro de Referência à Saúde do Idoso.

Os médicos eram todos caras novos, não tinha gente idosa que ia trabalhar lá... Então, o pessoal gostava de trabalhar lá. Era um lugar muito gostoso, o hospital tinha reunião clínica toda semana, a gente discutia os casos, então o paciente não ficava jogado lá. Não sei por que se resolveu acabar com o Hospital de Psiquiatria (E23).

Os encaminhamentos dos pacientes de um serviço para outro ainda eram realizados de maneira informal. Como muitos dos psiquiatras que trabalham no IPG também trabalhavam em outros equipamentos de saúde mental (SM) no município, o encaminhamento era realizado de forma pessoal, não havendo protocolos de referência e contra referência.

A Dra. (...) trabalhava no Ambulatório de Saúde Mental e no IPG. Então, quando o paciente tinha alta do IPG, ela encaminhava para o ambulatório e quando o paciente surtava, ela mandava para o IPG. Mas era tudo na informalidade. A gente nem conhecia a equipe do IPG (E6).

Por iniciativa dos trabalhadores do IPG algumas atividades festivas aconteciam no local. Realizavam duas festas maiores no ano para os pacientes e familiares (Festa Junina e Natal). As festas aconteciam às quartas-feiras, pois as visitas eram sempre às quartas e domingos e, como ofereciam alimentação aos pacientes e familiares, às quartas havia menos pessoas. As mesas de comida eram grandes. Nessas festas, os entrevistados relembram que os pacientes cantavam, se apresentavam, se fantasiavam, enfim, era um momento de festa. Havia também as festas de final de ano dos funcionários com churrasco e mesa farta (E27).

(...) tinha baile de sexta-feira, eles amavam. Essa equipe de enfermagem, essas pessoas organizavam, tinha guardador de pátio, eram brutamontes, eles que organizavam esse baile, enfeitavam. Eu sei que tinha coisas para comer, mas também não lembro se era feito lá mesmo, acho que era feito lá (E8).

(...) agora festa no IPG eu lembro que eles adoravam, eles se arrumavam para namorar mesmo (E8).

Sobre o público que era atendido, algumas pessoas lembraram que havia alas com tratamento diferenciados, pois algumas pessoas em conflito com a lei se internavam voluntariamente para fugir da polícia e, como a triagem não costumava ser bem feita, os pacientes ficavam misturados e aqueles com diagnósticos de esquizofrenia sofriam agressões.

Algumas alas eram diferenciadas porque tinha muitos usuários de droga e bandidos, então, como eles tinham medo, a equipe e todo mundo tratavam melhor (...) tinha bandido que se internava para não ser preso (...) era assim tudo misturado (...) eu não lembro mais qual ala que era, que eram mais assim os psicopatas, mas nem todos ali eram, era malandragem mesmo e maldade (...) os pacientes com transtorno mesmo que estavam lá porque não era feita uma boa triagem sofreram demais com esses mais perversos (E8).

O hospital abrigava todo mundo pelo tempo que quisesse. Acho que mais da metade não era caso de internação. Na época de receber o auxílio doença, os pacientes pediam saída e eram liberados. Tinha muita internação espontânea. Era fácil receber auxílio doença naquela época (E2).

(...) tudo ia para lá. Prostituta, tudo (...) pegava na rua, polícia pegava e levava para lá. A gente recebia muita gente, ainda eram aquelas viaturas que eram Volks, que eles chamavam de baratinha, né? Bombeiros, tudo levava para lá (E8).

O álcool era a droga da época (...) E como eu disse, uma grande percentagem de pacientes que usava o hospital como casa, gente que não tinha pra onde ir. Talvez estivesse morando na rua hoje (E2).

As refeições também foram lembradas como momentos de descaso:

(...) comida era a mesma – todo dia carne moída ou salsicha (...) e sagú (E8).

Tinha pacientes que eles não davam talher. Comiam com a mão. Era como bicho. Na hora de comer, eles eram tão destratados, parecia bicho mesmo, sabe? Aquele monte de gente assim na fila com aquela calça caindo, outros sem calça, sabe? (...) era jogada a comida, sabe? Eu não me conformava com aquilo. Uma vez eu tentei fazer uma reunião com o pessoal da cozinha, eu ouvi um pouco eles, eles falavam você esta sonhando? Quer que trate eles como? Falei: Que nem gente, como pessoas (E8).

Segundo informações do vídeo sobre a História da Saúde Mental em Guarulhos (GUARULHOS/SMS, 2015), o “tempo de internação era o da AIH⁶⁰ que pagava o Hospital, e não o tempo de evolução clínica. Não era em prol do paciente e sim a favor da instituição. Era a Indústria da Loucura”.

Ainda no vídeo, o tratamento que era dado aos pacientes aparece da seguinte forma:

Havia um pátio em que ficavam, aproximadamente, oitenta pessoas sem fazer absolutamente nada o dia inteiro. Praticamente fumando e

⁶⁰ Autorização de Internação Hospitalar

brigando o dia inteiro. Devia ter uns 3 ou 4 Guarda Pátio - termo do Presídio – que eram homens, brutamontes. Não existia Terapia Ocupacional. Então, o paciente ficava entupido de remédio e sem nada para fazer. No máximo uma televisão até certa hora da noite (GUARULHOS/SMS, 2015).

Os pacientes ficavam dopados. Fui estagiária do Instituto de Psiquiatria. Os pacientes não tinham convívio social, nem com a família nem com a sociedade (GUARULHOS/SMS, 2015).

Nas entrevistas, o acompanhamento realizado pela equipe de técnicos foi lembrado de forma negativa. Utilizava-se muita camisa de força, o quarto forte, a Eletroconvulsoterapia (ECT) e prescrevia-se muita medicação:

(...) pessoas que ficavam ali dez, quinze anos que não tinha necessidade, entendeu? Por conta do quê? Porque ninguém fazia nada, um trabalho sério, de busca, de acesso às famílias, de tratamentos verdadeiros mesmo para que as famílias também entendessem que dava para conviver (E8).

O tratamento era só medicamentoso, ECT. Não se aplicava muito ECT, poucos médicos faziam (E2).

Aqui era a cela forte e aquela outra [apontando para frente] era a outra cela forte que eu fechei. E não era esta janelona aqui. Era uma janelinha deste tamanho [mostrando com as mãos o tamanho pequeno da janela]. Era toda azulejada com um [inaudível] aqui, [para a cama] de concreto revestido de azulejo com argolas para os pacientes ficarem contidos (E4).

Figura 30 – Camisa de força e porta da cela forte usadas no IPG e expostas na SMS durante o evento do Dia Mundial da Saúde Mental – 10 de outubro de 2015.



Fonte: SMS/GRU, 2015.

Sobre maus tratos, encontramos falas bastante distintas, algumas já colocadas nos relatos anteriores dizendo que o tratamento era bom, porém o detalhamento das lembranças de um dos entrevistados nos faz refletir sobre o que acontecia:

Ela vivia cortada. Internava, desinternava, internava, desinternava, porque o pai abusava dela. E uma vez eu passando no corredor da ala feminina, eu passei, olhei assim e ela estava enrolada em um lençol, se enforcando. Fiquei tão nervosa, eu não estava muito acostumada, né? Aí um monte de gente correu, eu lembro que uma das pessoas cortou o lençol, mas ela estava toda preta já (E8).

Uma paciente na ala feminina falava assim para mim: eu não sou louca. Meu marido quer me fazer de louca, ele judia de mim porque ele esta tendo um caso com a minha filha. Eu passava isso na reunião, só que ninguém acreditava. Tudo (achavam que) era delírio. Aí eu falei não, mas eu acho que a gente tem que investigar. Comecei a observar as visitas. Eu ficava nas visitas no pátio observando, até que um dia ela falou para mim que ele injetava coisas na sua vagina. Perverso. Ai ela falava assim: ele está tendo relação com a minha filha. Também não acreditavam. E aí eu comecei a investigar, chamei a família para conversar, era tudo muito camuflado e, observando as visitas, ela falou pra mim: minha filha está grávida e é do pai. E realmente a menina já estava com o abdômen, né? (...) ela foi para casa uns dias e ela voltou e me contou a mesma coisa, falou que ele tinha injetado algumas coisas nela, que ela estava com infecção. Ela ficou ruim e ninguém acreditando e eu passando para a equipe. Os psiquiatras X e Y trabalhavam lá. Aí ninguém dava bola, né? Eu sei que essa mulher teve uma infecção e morreu. Cheguei lá numa segunda-feira, ah fulana morreu e tal, o velório do IPG era ali onde é aquele pátio, não onde é o CAPS, um pátio de baixo, eu nem sei o que é que funciona lá agora. É um pátio que saía lá no CAPD. (...) O necrotério era ali. Quem que ficou velando a mulher? Eu. Só. Era uma sala desse tamanho e uma mesa de mármore. Quando morria alguém, ficava lá, até vir o IML (E8).

Eu lembro das camas, que algumas não tinham lençol, não tinham nada (...) Às vezes sem colchão, mas a maioria era com colchão assim ó. Fino. Eu lembro. Estou falando para você e parece que estou vendo (...) Não tinha estrado igual às camas de hoje, que os estrados são de madeira, né? Eram umas molas, eu falava: isso tá pegando nas costas deles (E8).

(...) na época tinha muito paciente catatônico, então colocava pra tomar sol e deixava a pessoa, a pessoa ficava lá 5 a 6 horas, queimava do sol, né? (...) Até que aconteceu que um paciente, (...) ficou tetraplégico ou paraplégico lá dentro de tanta catatonia. Colocaram ele pra tomar banho, deixaram o chuveiro muito quente. Queimou ele. Queimadura de terceiro grau. Foi para o Tatuapé. Morreu (E8).

O IPG fechou em 1994, após uma série de intervenções do Estado de São Paulo com negociações periódicas para que o hospital se adequasse às novas regras de funcionamento estipuladas. Como as adequações não eram feitas, a equipe responsável pelo seu acompanhamento fecha o hospital e os moradores do IPG são enviados para outros hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo.

Fechamento do hospital foi uma negociação. Diziam, você tem 4 meses para fechar este hospital. Vai contratar mais psicólogo, mais assistente social, mais T.O. (Terapeuta Ocupacional). Depois voltava em 4 meses e havia feito um quinto do que era contratado. Foram 3 ou 4 “sentadas” e daí o fechamento do hospital. Foi um sofrimento o fechamento, pois havia 150 crônicos sem família, sem ter para onde ir. Eram moradores. Muito triste e tiveram que mandar para outros hospitais, para Lins. Foram para outros hospitais (SMS/GRU, 2015).

Começaram a exigir dos hospitais uma equipe imensa pra cada cinquenta leitos, não sei quantos assistentes sociais, quantos psicólogos, terapeuta ocupacional e sempre se pagou aquela porcaria. O hospital fechou porque era assim: existia hospital I, II, III e IV quando eles começaram, tanto que foram classificados em I, que era o menor preço da diária, depois de algum tempo ele podia se candidatar a II, a III e a IV. O quatro é quando ele tivesse essa equipe maravilhosa e aí ganharia X que não cobria o gasto, tenho a impressão (E1).

Começou a caça às bruxas dos hospitais psiquiátricos e o IPG, por exemplo, não considere os números, é um exemplo, mas ele tinha 300 leitos conveniados com o INAMPS e tinha 500 pacientes. Foi uma época muito difícil (E6).

O fechamento disto aqui foi dramático. Aqui sobraram sessenta pessoas que não tinham para onde ir e foram transferidas para outros hospitais. Pra Lins, no interior... Eu não peguei este final. (Os moradores) tiveram que ser deslocados na urgência. Colocados em ônibus. Não deu para fazer um estudo, como se fazia, de procurar no território, em região... muitos nem tinham... às vezes demorava um ano para se encontrar a família. O paciente chegava e era depois de um ano que se conseguia alguma informação que ajudasse a conduzir ... então... (E4).

Mesmo após o seu fechamento em 1994, fruto das reivindicações da Reforma Psiquiátrica e da política de desinstitucionalização dos anos 1980, a cultura de encaminhamento dos pacientes aos hospitais psiquiátricos paulistas permanece, não rompendo a lógica segregacionista, conforme lembra um dos entrevistados:

Eu já trabalhava como assistente do Secretário de Saúde do Estado e o IPG fechou e tinha paciente que precisava de internação. Guarulhos ficou sem referência e não tinha para onde mandar os pacientes para internar (...) E qual não foi a minha surpresa (...) juntou Guarulhos e Mogi e mandavam pacientes para lá (hospital psiquiátrico no interior do Estado). (...) E era muito complicado, porque imagina, sedar um paciente aqui, pôr ele na ambulância e pôr para viajar 3 horas, você corria um grande risco. Depois que ele estava lá, a família não ia visitar, porque não tinha dinheiro para pagar passagem (E6).

Acreditamos que a dificuldade do tratamento fora do hospital, em parte, se deu, pois a rede extra-hospitalar não estava preparada com o número de equipamentos necessários, grande parte dos profissionais que trabalhava nesses locais não estava qualificada para o acolhimento e tratamento desse público, e a gravidade dos casos que saíram do IPG e foram para a rede também exigiu formas de cuidado mais intensivas que a rede de saúde não estava acostumada a realizar. Além disso, e principalmente, como vimos no Capítulo 1 sobre a história do SUS, o financiamento da saúde pública nunca foi uma prioridade do Estado Brasileiro.

Alguns profissionais lembram que muitos pacientes foram encaminhados ou simplesmente tentavam algum tipo de atendimento nas UBS do município:

(...) teve um momento que foi radical no fechamento, que eles botaram muitos pacientes na rua mesmo, literalmente na rua. Esses pacientes começaram a chegar, na unidade de saúde, começaram (...) a ocupar uma boa parte da nossa agenda. Chegaram casos bastante graves na época, ainda pacientes que entraram em surto, pacientes que retomaram para a família, mas o vínculo não estava bem trabalhado, e então a família toda acabava tendo problema (...) Eles saíam do hospital com a indicação de procurar a unidade de saúde básica, ou o ambulatório de especialidade, mas muitos casos foram parar conosco. Fizemos uma remodelação, porque era um momento que estávamos conseguindo que a unidade de saúde fosse percebendo o que era a SM, aceitando os pacientes, e de repente começaram a entrar muitos casos graves e aí mexeu bastante com a dinâmica da unidade na época (E26).

(anos mais tarde) eles chegavam lá no CAPS e no ambulatório. Eram pacientes que davam muito trabalho no início (...) aquele prédio fazia muito mal para eles, porque lembravam da sala forte, lembravam dos gritos à noite, todo o sofrimento que tinham passado lá. Não tinha gente que dava muito conta de ficar no CAPS Osório, não. Acho que muitas daquelas pessoas já morreram (E22).

4.1.3 Considerações Gerais sobre o período

Como visto, funcionaram em Guarulhos duas instituições que, apesar de supostamente possuírem diferentes tipos de tratamentos, ambas trabalhavam a partir do afastamento do paciente da sociedade. Evidenciando uma prática bastante comum ao período que era utilizar a internação como higienização social, mas, sobretudo defendida pela ciência médica como forma de tratamento.

A primeira, supomos possuir um tratamento com base no espiritismo e não há indícios de que tenha recebido ajuda financeira de órgãos governamentais, porém foi construída com doações o que era comum na época, visto que havia um clamor social pela retirada dessas pessoas que incomodavam o cidadão de bem das cidades.

A segunda instituição, o IPG, com o apoio da Política de Saúde Mental vigente no país a qual privilegiava a internação como forma de tratamento e financiava tais iniciativas através de convênios com hospitais psiquiátricos permaneceu em Guarulhos por longos 28 anos.

Através dos relatos, supomos que alguns funcionários entendiam as práticas de tratamento que ali aconteciam de maneira natural, visto que a cultura social da época era a internação. No entanto, entendemos como graves as violências relatadas no local e que nem todos os profissionais entrevistados enxergaram. Talvez até tivesse no IPG funcionários que quisessem “fazer o bem”, ou ofertar um bom atendimento e assim proporcionaram momentos de cuidados e momentos de alegria a alguns pacientes como nas festas, mas como dissemos, o sistema de saúde brasileiro estava organizado favorecendo as internações e desorganizado para o devido acompanhamento da qualidade do atendimento prestado nos hospitais.

Porém ao tomarmos alguns discursos não podemos deixar de destacar a existência de negligência e maus tratos, assim como ocorria em diversos hospitais psiquiátricos já estudados no Brasil. O descaso em relação ao discurso do paciente, o uso de camisa de força, a cela forte, pacientes se alimentando com as mãos, camas com colchões muito finos, cadeirantes esquecidos no sol ou no chuveiro quente. Não era delírio. Evidencia-nos o motivo pelo qual pacientes do CAPS Osório não conseguiam frequentar o local, justamente por funcionar nas antigas dependências do IPG.

Relembrem que a polícia e o bombeiro “mandavam” internar, levando todo e qualquer tipo de pessoa que estivesse nas ruas “atrapalhando” a cidade. Acrescido a isso, temos o relato da internação sem critérios clínicos/técnicos ocasionando a permanência no local de pessoas que não mais deveriam ali estar ou a internação voluntária de foragidos da polícia.

Identificamos nas falas que profissionais da saúde, principalmente psiquiatras, trabalhavam no IPG e na rede pública de saúde, encaminhando pacientes de um local para o outro de maneira informal e que, mesmo após seu fechamento, funcionários da Secretaria de Saúde Municipal continuavam internando os pacientes em outros hospitais psiquiátricos no interior do estado ou mesmo na capital.

Tal informação evidencia que as práticas segregacionistas continuaram existindo no município e no estado de São Paulo, paralelamente, a uma nova Política de Saúde Mental que defendia o cuidado em liberdade e a construção de uma rede de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos.

Mesmo na década de 1990, quando muitos municípios do estado de São Paulo haviam fechado seus hospitais psiquiátricos e/ou estavam propondo uma rede de serviços extra-hospitalares, como no caso de Santos, São Paulo e Campinas, em Guarulhos permanecia o IPG. Podemos dizer que Guarulhos participou do que chamamos de “Indústria da Loucura” no Brasil, porém com o trabalho da equipe do estado que assumiu a coordenação do ERSA 15 nessa época, foi possível fechar esse serviço.

Apesar de muitos esforços, fechar o IPG não foi suficiente para modificar a cultura da internação em Guarulhos, justamente pelo fato de a rede extra-hospitalar não estar preparada: número insuficiente de CAPS e pouca qualificação dos profissionais para a lógica do cuidado em liberdade devido a não priorização das políticas de saúde pública no país e, portanto, do sub-financiamento do SUS e das ações de educação permanente.

Seu fechamento foi um passo importantíssimo, não há dúvidas. Porém também não propiciou a inclusão social de todos que estavam ali. Muitos foram transferidos para outros hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, ou se perderam procurando atendimento na rede de saúde do município.

4.2 OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA EXTRA-HOSPITALARES

4.2.1 Leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais, Ambulatórios e as Equipes Mínimas de saúde mental nos Centros de Saúde: a década de 1980

Estamos na década de 1980, palco das lutas civis por um país longe das amarras da ditadura militar, período no qual a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica estão em pleno vapor. A Luta Antimanicomial crescia e a Política de Saúde Mental baseada nos serviços substitutivos começava a ser implantada em algumas cidades do Brasil.

Os ambulatórios de saúde mental, os leitos psiquiátricos nos hospitais gerais e as equipes mínimas de saúde mental na atenção básica de saúde faziam parte dessa proposta. Ao invés de privilegiar a internação nos hospitais psiquiátricos, estimulava-se a implantação desses equipamentos e serviços na rede de saúde pública distribuídos no território de acordo com parâmetros populacionais. Era a defesa pelo cuidado em liberdade e a luta por uma sociedade sem manicômios.

Contrariando os gananciosos proprietários dos hospitais particulares conveniados, estabeleceu-se no início dos anos oitenta uma proposta de atendimento com o objetivo de diminuir a necessidade de internações, que implicavam custos elevados e baixa efetividade terapêutica. Investiu-se basicamente na rede ambulatorial, que deveria ser o suporte de uma proposta organizada em níveis de atenção chamadas primário, secundário e terciário, compostos de ambulatórios, pronto-socorros e hospitais (MOTTA, 1997, p. 51).

4.2.1.1 O Ambulatório de Saúde Mental

De acordo com dois documentos encontrados,⁶¹ implanta-se em Guarulhos um Ambulatório de Saúde Mental (ASM) pelo Governo do Estado, em 1979. A história do ASM de Guarulhos se entrelaça com a história de outros equipamentos e serviços de saúde mental,

⁶¹ Trabalho de conclusão do curso “Políticas públicas em saúde mental” no CAPS II – Prof. Luiz da Rocha Cerqueira concluído em 2009 por cinco profissionais (JORGE et al) que trabalhavam na saúde mental de Guarulhos e outro documento encontrado no Arquivo Histórico Municipal, sem data e sem autor.

pois foi um equipamento que permaneceu em funcionamento por mais de trinta anos no município.

O Ambulatório de Saúde Mental recebia toda a demanda infantil e adulta, com patologias psicóticas e neuróticas, os portadores de deficiência mental e os dependentes do álcool e de outras drogas; contava com equipe, em sua maior parte, composta por psiquiatras. Nesta mesma época havia um trabalho de saúde mental infantil, sendo desenvolvido dentro de uma unidade de especialidade municipal denominada “Central de Pediatria” (JORGE et al, 2009, p. 2).

Apesar de encontramos relatos que demonstram uma prática inovadora no local, principalmente nos anos 1980, por outro lado os entrevistados lembram de uma instituição com práticas de atendimento médico-centradas e medicalizantes que inclusive aconteciam nos hospitais psiquiátricos e no Instituto de Psiquiatria de Guarulhos.

É bem provável que a abertura do ASM em Guarulhos em 1979 pelo Governo do Estado faça parte dos planos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) em se reformular a Política de Saúde Mental que já vinha sofrendo críticas desde a década de 1960, seguindo a Ata de Porto Alegre. No entanto, será nos primeiros anos da década de 1980 que esse investimento se fortalecerá no estado e em Guarulhos.

De acordo com o exposto no Capítulo 1, durante a década de 1970 tivemos avanços e retrocessos na coordenadoria de saúde mental do estado de São Paulo. Se por um lado afirmavam que a Política de Saúde Mental deveria avançar na implantação de serviços extra hospitalares, ao mesmo tempo deixavam brechas para que os hospitais psiquiátricos continuassem existindo e internando milhares de pessoas sem critérios clínicos.

(...) muitas das brechas secundárias não foram ocupadas, em parte, por não terem sido formuladas estratégias para isso. Nisto parecem ter interferido de forma marcante à carência dos recursos materiais, a dificuldade de fazer uma crítica adequada da conjuntura e das estruturas institucionais da época; além dos próprios limites dados pelas circunstâncias momentâneas (da conjuntura histórica e institucional) (COSTA-ROSA, 1987, p. 162 e 163).

O ASM foi implantado em 1979, em um casarão adaptado que ficava na Rua Miguel Romano nº3, atrás da Casa Polli, no centro de Guarulhos. Dessa forma, podemos dizer que o

Instituto de Psiquiatria de Guarulhos funcionou praticamente sozinho no município durante 12 anos.⁶²

Segundo o documento encontrado no Arquivo Histórico Municipal (s/ autor e s/ data), no início o ASM de Guarulhos recebeu os pacientes guarulhenses que se tratavam no ASM do Belenzinho, na capital. Quando a Divisão de Saúde do Estado de São Paulo - São Paulo/Leste - assume a gestão dos equipamentos estaduais que funcionavam em Guarulhos, o ASM passa a ser referência para os municípios de Arujá, Santa Isabel, Itaquaquecetuba, Salesópolis, Ferraz de Vasconcelos, Mogi das Cruzes e região da Penha (bairro do município de São Paulo).

Entre 1983 e 1987, Franco Montoro assume o Governo do Estado, na época, um partido de oposição. Foi um período de muitas mudanças na SES/SP, visto que ele dobrou a rede de ambulatórios, investiu nas equipes mínimas da atenção básica (na época chamada de atenção primária) e criou os ERSA (Escritórios Regionais de Saúde), reformulando a estrutura administrativa da saúde estadual.

Ao final do governo Montoro (1986). Foi implantada uma reforma que previa a descentralização da Saúde, através do Sistema Unificado de Saúde (SUDS), o que resultou na extinção das Coordenadorias de Saúde e na criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs) que contemplavam uma estrutura de módulos de saúde, ampliando e incorporando os princípios acima referidos (CAMBRAIA, 1999, p. 13).

O Governo do Estado de Franco Montoro monta uma equipe de profissionais para a coordenação da saúde mental com funcionários defensores dos princípios da Reforma Psiquiátrica em andamento na época:

A partir de 1983, a CSM (coordenação de saúde mental) passa a ser ocupada por um grupo de profissionais que vieram dos convênios de 73, desde o próprio Coordenador até seus principais assessores, que passam a tentar reintroduzir nas instituições de Saúde Mental os modelos de trabalho exercitados nos convênios de 73 (COSTA-ROSA, 1987, p. 163).

Dessa forma, facilitou a implantação e a manutenção de ideias que desde 1965 existiam, quando o coordenador de saúde mental do estado era Dr. Luís da Rocha Cerqueira. Na época em que o Dr. Luís da Rocha Cerqueira era coordenador, suas ideias não saíram do papel, porém, com o governo Montoro, “muitos colaboradores de Cerqueira assumiram a

⁶² A hipótese é que sim, ele funcionava sozinho. No entanto, nas entrevistas 01, 04 e 23, há informações de que havia atendimento em psiquiatria na Santa Casa e no PAMS. Em todas elas não foi possível identificar o período em que isso aconteceu.

direção na área da Saúde Mental no Estado” e, assim, puderam ser implantadas (MOTTA, 1997, p. 52).

Como consequência desse investimento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na rede de serviços extra-hospitalares voltada à assistência em saúde mental, o ASM de Guarulhos passou para a gestão do ERSA-15 em 1985, ficando como referência apenas para Guarulhos, Arujá e Santa Isabel. Nesse período também iniciaram as supervisões clínico-institucionais⁶³ aos funcionários do ASM como forma de investimento na qualificação dos mesmos (AHM/GRU, s/data, p. 1).

Segundo PITTA (1992), em 1982 eram destinados aos hospitais 90% do orçamento da Coordenadoria de Saúde Mental do estado e desse montante 47% eram para o Hospital Psiquiátrico do Juqueri. Pela falta de orçamento e de equipamentos, os ambulatórios da época não conseguiam ofertar muito mais do que tratamento medicamentoso ou guias de internação. No entanto, a autora também aponta para uma mudança importante nessa rede de ambulatórios ocorrida a partir de 1983, quando houve o investimento na rede de saúde do estado incluindo a rede de serviços de saúde mental. Sobre isso, escreve:

Tendo como princípios gerais a universalização da assistência, a descentralização das decisões, a regionalização, a integração e a hierarquização dos serviços (atenções primária, secundária e terciária), a Coordenadoria de Saúde Mental propunha uma prioridade de investimentos com o objetivo de ampliar a rede extra-hospitalar, implantar equipes multiprofissionais, recuperar leitos próprios e promover uma melhoria na qualidade de assistência dos hospitais-asilos psiquiátricos. Até 1986, houve um efetivo esforço para a concretização dessas propostas. Vários ambulatórios de saúde mental foram inaugurados, ampliou-se o número de centros de saúde com equipes de saúde mental, procurou-se organizar e articular os serviços existentes em uma determinada área geográfica e houve investimentos para a reforma e reaparelhamento de alguns hospitais psiquiátricos e contratação de centenas de profissionais das mais diferentes áreas e formações (PITTA, 1992, p. 48).

Interessante observar que um dos entrevistados também lembrou essa questão sobre a diferença de investimento e o trabalho que Ana Pitta desempenhou na época.

(...) tinha a Coordenadoria de Saúde Mental do estado que tinha a parte hospitalar que tomava conta dos hospitais. Tinha um diretor de divisão para ambulatórios de saúde mental e um diretor de divisão para hospitais psiquiátricos. Só que, para você ter uma ideia, o orçamento da área hospitalar era o quántuplo do que da saúde mental.

⁶³ Sobre as supervisões clínico-institucionais, ver Capítulo 5.

E a Ana Pitta, que era diretora da divisão de ambulatórios, começou a batalhar para diminuir esta diferença (E6).

Outro fato interessante relatado por Ana Pitta é que muitos dos profissionais contratados à época eram jovens recém-formados e ainda não contaminados pela cultura das antigas instituições. Segundo ela, os jovens “assumiram com entusiasmo e de forma crítica a tarefa de implantar as propostas assistenciais e, fundamentalmente, de trabalhar acreditando em mudanças” (PITTA, 1992, p. 48).

O mesmo fenômeno é lembrado por um entrevistado:

Então, os ambulatórios começaram a crescer, teve concursos, contrataram psiquiatras, e vieram psiquiatras mais novos, porque os que estavam lá eram muito antigos... com boas ideias e aos poucos foi se mudando a característica do Ambulatório de Saúde Mental (de Guarulhos) (E6).

Segundo COSTA-ROSA (1997), esse período de expansão da rede de saúde mental pelo estado de São Paulo se caracterizou por:

Dos novos recursos extra-hospitalares criados em Saúde Mental se destacam 13 Ambulatórios, somados aos 18 já existentes; implantação de 63 Equipes Mínimas de Saúde Mental em Centros de Saúde (com 1 psiquiatra, 1 assistente social e 1 psicólogo), somadas às 46 já existentes; além disso se equipam com mais recursos técnicos algumas das instituições já existentes. Contratam-se 55 assistentes sociais, 40 psicólogos, 35 enfermeiros e 30 terapeutas ocupacionais (número baixo, mas significativo em relação ao existente) (COSTA-ROSA, 1987, p. 164).

Seguindo essas contratações, no início da década de 1980 chega uma nova equipe de profissionais para trabalhar no ASM de Guarulhos que, no decorrer dos próximos anos, década de 1990 e principalmente até início dos anos 2000, influenciarão fortemente a saúde mental no município. Médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, que em seus diferentes cargos e funções, durante todos esses anos, lutaram pela contratação de mais profissionais e abertura de equipamentos e serviços em saúde mental em Guarulhos.

São pessoas que, além de técnicos, tiveram a oportunidade de serem gestores numa época em que o Governo do Estado de São Paulo apoiava a Política de Saúde Mental com base nos serviços substitutivos e, assim, esses profissionais, com sua experiência técnica e inovadora, apoiados pela gestão estadual puderam implantar os serviços substitutivos em

Guarulhos fomentando a discussão da Política de Saúde Mental no município e influenciando muitos profissionais que se sucederam.

Um dos novos princípios para atendimento em saúde mental na década de 1980, de acordo com a nova proposta da SES/SP, era que as atividades fossem, prioritariamente, realizadas em grupo, pois a lógica era o atendimento em Saúde Pública.⁶⁴

Podemos verificar isso na sugestão que fazia a “cartilha” sobre a configuração que o trabalho deveria ter: “através do aproveitamento máximo de cada componente da equipe em ações gerais e de ampliação e aprofundamento de suas funções específicas, a unidade de SM deverá superar o uso tão freqüente de fármacos enquanto recurso terapêutico único e instituir a psicoterapia como modalidade de atendimento, associada ou não a outros procedimentos, e resgatar a eficácia das ações de apoio e orientação. A utilização do trabalho grupal como forma preferencial de atendimento é indicada pelo seu comprovado e inegável valor terapêutico, além de, levando em consideração a realidade da demanda, ser o melhor meio de atingir o maior número possível de pessoas” (CAMBRAIA, 1999, p. 17).

Abaixo, exemplificamos que, já na década de 1980, a avaliação do estado em relação ao ASM de Guarulhos era que as ações desenvolvidas no local não contemplavam o trabalho em equipe, pois se priorizava os atendimentos individuais e havia uma alta taxa de prescrição de psicotrópicos. Interessante pensarmos que quando ele fecha, em 2011, a avaliação continua a mesma, mas agora, pela gestão municipal.

(quando eu cheguei na década de 1980) a proposta, dada pela Ana Pitta, era descronificar o ambulatório de saúde mental... um lugar que eu nunca tinha passado na porta (risos) e com médicos hostis! Começamos a trabalhar reunindo, fazendo reuniões de grupo, reunião de funcionário, reunião técnica, estudo de grupo e a ordem era atender em grupo. E os médicos se colocavam contra porque diziam que não tinham experiência em trabalhar em grupo (E1).

(...) o paciente entrava, eles faziam a receita. Então, entrou uma enfermeira muito legal, que inclusive tinha feito especialização em Trieste, e ela fazia um pós grupo da medicação. E os pacientes viravam e falavam: ah, este medicamento outra vez? Ah, eu tenho um monte lá em casa! Ela chegou para mim e falou: O que que é isso? Eu os chamei (psiquiatras), todos na minha sala (...) e perguntei: gente, o que vocês estão fazendo? Ou vocês não prestam atenção no que o paciente fala, ou vocês não sabem medicar, não sabem fazer diagnóstico, porque se o

⁶⁴ No Capítulo 5, sobre as Supervisões clínico-institucionais, fica clara a consonância da proposta de atendimento em grupo e aquilo que era ensinado e discutido na supervisão do ASM.

paciente não está tomando remédio, ele deveria estar alterado. Se ele não está alterado, é porque ele não precisa tomar esta quantidade de medicação. Era uma quantidade tão grande que enchia a farmácia com remédio que eles devolviam (...). Eu queria que eles conversassem com os pacientes. Aí os médicos começaram a me perguntar se eu queria que eles perguntassem como que o cachorro do paciente estava (E6).

Aquelas pessoas só iam lá porque queriam a receita do Gardenal. E eles estavam bem, não tinha nada a ver (eles estarem ali) (E1).

O ASM de Guarulhos foi o primeiro do estado a ter uma chefia não médica. No caso foi de uma psicóloga⁶⁵.

No vídeo sobre a história da saúde mental em Guarulhos e em algumas falas, retratam a composição das equipes e um pouco do processo de trabalho do ASM.

(após dois ou três anos da abertura do serviço a) equipe era composta por 3 médicos, 4 psicólogos, 1 T.O, 2 fonoaudiólogos e 2 assistentes sociais (SMS/GRU, 2015).

As assistentes sociais quando eu cheguei (início de 1980) eram muito assistencialistas. Chegou uma (...) que revolucionou. Porque o relatório das assistentes sociais era: casa de alvenaria, três quartos, seguida de água, luz, com renda familiar de tanto. Era esse o relatório do serviço social. Eu nem lia. Então, quando (ela) chegou, ela começou a fazer um trabalho de ensinar o serviço social a fazer grupos de família, discutir que dinâmica familiar não é composição numérica (...) Tivemos excelentes assistentes sociais. Essa foi uma (E4).

Sobre a rede de saúde mental da época:

Nesta época havia uma rede de saúde estadual composta por Centros de Saúde estaduais e por Postos de Puericultura municipais. Como não existia a Urgência Psiquiátrica, os pacientes chegavam (no ambulatório de saúde mental) amarrados em macas e os médicos tinham que fazer as avaliações para internação dentro das ambulâncias. Estes eram encaminhados aos Hospitais Psiquiátricos (AHM/GRU, s/data, p. 1).

Na fala dos entrevistados:

Eu lembro que, na época, (no ASM) eu ficava na triagem de segunda-feira. Era uma loucura, porque todas as pessoas que os hospitais pegavam no fim de semana, eles pegavam, amarravam, deixavam lá no Pronto Socorro⁶⁶ e, na segunda-feira, eles abriam a porta e ia todo mundo para o Ambulatório (E6).

Pesquisadora - E como era o contato com os Centros de Saúde?

⁶⁵ Informações retiradas do documento encontrado no arquivo histórico, sem autor e sem data.

⁶⁶ Neste momento o Pronto Socorro referido ainda não era o PS Psiquiátrico. Era o PS Geral.

- *Naquela época, zero (E4).*

As alternativas de tratamento na época eram: ou tratava no Ambulatório ou internava (SMS/GRU, 2015).

Sobre a população que era atendida:

O ASM ficou por dez anos atendendo todo tipo de caso relacionado à saúde mental do município. Atendia crianças, adultos, idosos com transtornos mentais, álcool e drogas até que, em 1989, houve uma reunião onde foi decidido que o Ambulatório de saúde mental só atenderia os adultos e o Ambulatória da Criança, só as crianças (SMS/GRU, 2015).

(...) não tinha neurologista em lugar nenhum. Então, quem atendia os epiléticos era a saúde mental (E1).

Como o (psiquiatra) saiu, fiquei (outro psiquiatra) com cinco grupos de epiléticos dele, também grupo de psicóticos, de neuróticos. Eu trabalhava no grupo com a Assistente Social (E2).

Sobre as práticas que os ambulatórios de saúde mental desempenhavam em relação às crianças que eram encaminhadas pela rede escolar, CAMBRAIA (1999), analisa que, em sua maioria, eram realizados psicodiagnósticos pautados em uma visão parcial sobre a dificuldade da criança.

Toda a investigação voltava-se para a identificação de algum distúrbio psicológico e, de modo geral, as considerações sobre a pertinência das intervenções pedagógicas não eram consideradas ou não chegavam a interferir no manejo da situação. Geralmente, os psicodiagnósticos resultavam na famosa conclusão de que a dificuldade escolar estava associada a “problemas emocionais” da criança e a indicação terapêutica era a psicoterapia. É bem verdade que isso não é um passado, memória de uma prática superada. Pelo contrário, persiste como algo a ser repensado (CAMBRAIA, 1999, p. 17).

Na descrição de um dos entrevistados, essa questão aparece:

(...) depois de três meses de fazer um psicodiagnóstico como aquele que a gente demorava para fazer na faculdade, (a psicóloga) constatou que o menino tinha um problema de psicomotricidade. Qual foi a recomendação dela? Que o menino fizesse datilografia (E6).

Na década de 1980, a relação entre psiquiatras e psicólogos no ambulatório de saúde mental é descrita na entrevista abaixo como distante, inclusive exemplificada na divisão predial. Embaixo trabalhavam os psiquiatras e em cima os psicólogos ou a equipe multiprofissional.

Quando eu cheguei lá, o ASM era dividido: a parte de cima e a parte de baixo. Adivinha quem ficava embaixo? Então, embaixo ficavam os médicos psiquiatras e em cima os psicólogos. E não tinha a menor integração. (Havia um) único médico que se propunha a integrar, a sentar e discutir um caso (...). O resto não queria nem saber (E06).

A dificuldade na integração também é revelada no seguinte trecho:

(...)a Dra. (...) que era diretora do ASM fazia um grande esforço para ter uma reunião de equipe e juntar todo mundo, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, mas assim, alguns psiquiatras iam, outros não iam, outros iam por obrigação, não abriam a boca e ficava naquela pasmaceira. A gente lutando para que as coisas caminhassem, para que houvesse um pouco de integração, mas era muito difícil (E6).

No ambulatório, apesar de parte dos profissionais atenderem no modelo assistencial clínico-tradicional (consultas individuais, sem discussão dos casos e uso de psicofármacos de forma generalizada) aprendido durante suas formações profissionais nas faculdades de psicologia e psiquiatria da época, alguns psiquiatras incorporaram as novas técnicas para o atendimento em saúde pública e, dessa forma, compunham grupos com a equipe multiprofissional.

(...) o que acontecia: os psiquiatras não queriam fazer o grupo de mães dentro daquela perspectiva de que não sabem trabalhar com grupo, uns que não sabem atender criança que não são psiquiatra infantil, então, eu tive que assumir isso. (A psicóloga) ficava com as crianças fazendo diagnóstico psicológico e eu (psiquiatra) ficava com as mães fazendo a história clínica das crianças, na avaliação (...) era muito gratificante (E1).

As entrevistas revelam que já havia o entendimento, por parte da equipe, de que apenas o que era ofertado pelo ambulatório de saúde mental não era suficiente para atender a demanda de saúde mental que chegava. Era necessário, por exemplo, desmembrar o trabalho oferecendo alternativas de cuidado aos pacientes mais fragilizados. Sendo assim, em 1983, os

profissionais do ambulatório aderem ao Programa de Intensidade Máxima, o PIM que era proposto pelo estado pela equipe de Franco Montoro.

Foi uma época de instalação de novos serviços e de novas equipes, o que favoreceu um grande movimento de pessoas e ideias dentro da área da Saúde mental. Com isso, foram criados novos projetos, dentre eles o PIM – Programa de Intensidade Máxima - cujo objetivo era o tratamento ambulatorial de quadros psicóticos agudos, garantindo ao paciente um atendimento multiprofissional com atenção intensiva sem retirá-lo do seu contexto e convívio habitual (MOTTA, 1997, p. 52).

O PIM foi o embrião para o desenvolvimento do hospital dia em Guarulhos em 1992, que mais tarde foi transformado no CAPS II Osório César (2001).

Programa de Intensidade Máxima, onde o usuário comparecia ao serviço de 2 a 3 vezes por semana sendo atendido por uma equipe composta por um psiquiatra, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um assistente social (SMS/GRU, s/data, p. 1).

(...) tinha uma equipe já antiga no ambulatório de saúde mental que se envolvia em um trabalho de grupo com os pacientes, os familiares desses pacientes, os psiquiatras e as psicólogas participavam no primeiro encontro e depois só com os pacientes. As assistentes sociais ficavam nesse primeiro encontro e depois com os familiares e foi muito interessante, esse encontro se chamava PIM, Programa de Intensidade Máxima para os pacientes (no) primeiro surto psicótico (E9).

De acordo com as entrevistas e com base no texto encontrado no Arquivo Histórico Municipal (AHM/GRU, s/d), em 2000, o prédio do ambulatório de saúde mental que ficava no centro de Guarulhos começou a apresentar sinais de deterioração, forçando a Secretaria Municipal da Saúde a mudá-lo de local. No início, funcionou em três salas da UBS Paulista. Por falta de espaço, os profissionais, aproximadamente quarenta pessoas, rodiziavam os atendimentos, mas mesmo assim era impossível que todos trabalhassem ao mesmo tempo. Passados três meses, o ASM é transferido novamente para a sede da SMS em um local insalubre, escuro, pequeno e com salas que não comportavam grupos. Era conhecido como porão.

Depois conseguiram este espaço aqui (na SMS) onde ficamos por um ano. Imagina, paciente vindo aqui na Secretaria para passar... mas, conseguimos algumas salas, toda aquela parte onde hoje funciona o transporte ambulatorial. A gente se ajeitou. Fizemos rampa para acessibilidade de cadeirante. Rampa de madeira. A parte de medicação já tinha melhorado, mas tinha muita dificuldade, ainda faltava muita coisa (E3).

O ambulatório de saúde mental já funcionava em um casarão adaptado desde 1979. Nesse momento estava sendo transferido para outro local também inadequado ao atendimento. O que pudemos observar é que os serviços de saúde mental sempre aparecem na história da saúde mental de Guarulhos funcionando em prédios inadequados durante todos os períodos estudados, e com o ambulatório não foi diferente.

CAMBRAIA (1999), em sua dissertação sobre os ambulatórios de saúde mental do estado de São Paulo, analisa que caso os ambulatórios tivessem tido um melhor investimento, poderiam ter desenvolvido outras práticas. Segundo a autora, os ambulatórios poderiam ter inclusive aprimorado algumas técnicas e práticas para o atendimento em saúde mental e assim não terem se transformado (alguns deles) em instituições cronicantes (baseadas numa clínica tradicional, sem discussão dos casos e uso exclusivo da medicação). Dessa maneira, podemos supor que a cronicidade do atendimento do ASM de Guarulhos se deu, em princípio, por uma falta de investimento financeiro do estado de São Paulo. Novamente, vemos aqui o que apontamos no Capítulo 1 e em análises anteriores. O investimento na área da saúde pública nunca foi uma prioridade no Brasil.

Segundo CAMBRAIA (1999) não há como dizer que os ASM esgotaram suas possibilidades de atuação justamente porque foram desinvestidos em pouquíssimo tempo. Muito embora a equipe do governo Montoro tivesse sugerido uma nova proposta de atuação, a cronicidade da assistência nos ambulatórios, avaliada por essa equipe assim que assumem a coordenação de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde, continua existindo ao final desse mesmo governo. Ou seja, conseguiram identificar algumas dificuldades, propuseram mudanças, mas, ao final do governo, as dificuldades continuavam existindo e os ASM continuavam a funcionar como espaços cronicadores.

Para CAMBRAIA (1999), caso os ambulatórios “tivessem conseguido manter os ‘programas de intensidade máxima’ (PIM), por exemplo, teriam produzido mudanças significativas nas características do atendimento da rede ou, no mínimo, teriam alargado as formas de manejo de casos mais graves”. Para ela, “os CAPSs e os HDs representam, do ponto de vista tecnológico, uma concentração das atividades que os ‘Programas de Psicóticos’” realizavam. Ou seja, para a autora, os ASM poderiam ter desenvolvido práticas de cuidado aos casos graves, não precisando que essa tecnologia fosse transferida e concentrada nos CAPS e HD, pois havia um potencial para isso nos próprios ASM.

Mesmo considerando a diversidade no modo de compor as atividades em cada serviço, até 1989, bom número deles possuía programas voltados ao atendimento de “neuróticos”, de psicóticos e de alcoolistas; alguns chegaram a constituir programas dirigidos aos drogaditos, aos idosos, às crianças psicóticas, etc., dependendo do que conseguiam apreender da demanda sentida e ofertar em resposta. Os programas apresentavam discreta normatização de atividades e fluxo interno; nem sempre eram normas claras e dificilmente se fazia uma avaliação de forma sistemática do trabalho. (...) Quando uma avaliação chegava a ser feita, pautava-se sempre nas impressões que os profissionais tinham do que faziam e pouco valor se atribuía aos dados quantitativos (CAMBRAIA, 1999, p. 20).

4.2.1.2 Equipes mínimas de saúde mental da década de 1980

De acordo com a Política de Saúde Mental da SES/SP, Guarulhos e região recebem os primeiros ambulatórios, as primeiras equipes mínimas de saúde mental nos Centros de Saúde e alguns leitos de psiquiatria em hospitais gerais.

Um dado da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/GRU, 1983, p. 64) mostra que, no ano de 1982, após um levantamento sobre os diagnósticos que eram mais atendidos nas Unidades Básicas de Saúde, as *Doenças mentais e do sistema nervoso* aparecem em 11º lugar em uma lista de 16 diagnósticos, totalizando 158 atendimentos, ou 0,51% do total de atendimentos naquele ano. Podemos inferir que o número é baixo, pois reflete uma Política de Saúde Mental que até o início dos anos 1980, no município e no estado, ainda não privilegiava a Atenção Básica como local de atendimento para o público portador de transtornos mentais.

Figura 31 – Tabela dos diagnósticos de maior frequência apontados nos serviços Unidades Básicas de Saúde do município, no período de janeiro a dezembro de 1982.

		(%)
01 - Doenças de aparelho respiratório	15.029	48,79
02 - Parasitoses intestinais.....	4.552	14,77
03 - Doenças do aparelho digestivo.....	3.495	11,34
04 - Doenças da pele e TCSC.....	2.645	8,58
05 - Doenças carenciais e metabólicas.....	1.273	4,13
06 - Doenças alérgicas.....	1.216	3,94
07 - Doenças otológicas.....	1.198	3,88
08 - Doenças infecto-contagiosas.....	381	1,23
09 - Doenças oftálmicas.....	334	1,08
10 - Doenças do aparelho genito-urinário.....	307	0,99
11 - Doenças mentais e do sistema nervoso.....	158	0,51
12 - Acidentes e ferimentos.....	85	0,27
13 - Desidratação.....	51	0,16
14 - Doenças do aparelho circulatório.....	45	0,14
15 - Anomalias congênitas	28	0,09
16 - Doenças do sistema osteo muscular	06	0,01

FONTE: Relatório anual de serviços de Saúde Pública Municipal 1.982.

Fonte: SMS/GRU, 1983.

Os primeiros profissionais que chegam para trabalhar nas equipes mínimas de saúde mental nos Centros de Saúde estaduais que funcionavam em Guarulhos, na década de 1980, lembram dificuldades como: poucos Centros de Saúde que dispunham de algum profissional na área de saúde mental e muito preconceito por parte de outros profissionais da saúde.

Eu vim trabalhar no Centro de Saúde I de Guarulhos em 1984 (...) Era para compor a primeira equipe mínima de saúde mental que era composta por assistente social, um psicólogo e uma psiquiatra. Era uma mudança no modelo de assistência na época porque estava se discutindo a desospitalização dos pacientes psiquiátricos, e buscando uma alternativa para o atendimento (...) foi um momento bastante delicado, porque existia muito preconceito de receber equipes (que atenderiam os “loucos”) nas unidades de saúde (...) Chamava Sistema Regionalizado, Hierarquizado e Integrado, aí que começou a descentralizar os três níveis de atendimento (...) (E26).

O psiquiatra (no CS-I) também fazia parte dos grupos, mas uma boa parte da demanda ainda era individual pra ele, porque tinha muitos pacientes que faziam o uso de medicação, que o próprio clínico da unidade começou a passar e indicar pra gente porque se sentiram aliviados com a chegada dos psiquiatras (E26).

(a psiquiatra no CS-I) fazia parte de grupo de gestante, grupo de sala de espera, nós fizemos grupo de matrícula pra falar o que era a saúde mental, o que era o atendimento psiquiátrico. Trabalhamos muito nesse sentido de tirar o estigma da saúde mental e ela participava desses momentos também (E26).

Um pouco depois, a partir de 1986, a SES/SP contrata mais alguns profissionais para compor as equipes mínimas de saúde mental em Guarulhos e Região (E26).

(Em 1989) Eles tinham uma vaga no CS CECAP, tinha uma vaga no CS Tranquilidade, tinha uma vaga no ambulatório, para assistente social, e tinha (outras vagas em)Arujá e Santa Isabel, porque era tudo da mesma região naquela época. (...) eu fui pro CECAP, a (...) foi para o ambulatório da criança, e outra amiga (...) veio para o Tranquilidade. (...) assim a gente começou a se articular para saber o que a gente fazia (...) e a gente começou a tentar montar o que íamos fazer. Eu, em principio, tentei conhecer os serviços, o que tinha, porque nem em Guarulhos eu morava. Vim de outro município e falava: eu não sei, se eu tiver que fazer um encaminhamento, para onde é? Eu tenho que conhecer os serviços. Eu fui para a assistência (social), eu fui para o tribunal, o que era, mais ou menos, a Vara da Infância, conheci um pouco assim das coisas. (...) não tinham muito serviços, eram bem poucos (E11).

Outra lembrança marcante sobre o medo e preconceito que existiam na rede de saúde e que ficavam em evidencia com a chegada dos profissionais é lembrada por uma funcionária recepcionada da seguinte maneira⁶⁷:

Quando eu cheguei, ela (coordenadora do centro de Saúde) me recebeu muito bem, falou que eu ia compor a equipe e que eu era a primeira a chegar. Apresentou-me para as pessoas e uma médica clínica, na época, ela falou: você é assistente social? Sou. Ah, a primeira coisa que eu vou falar para você e, ela não falou brincando, é que você providencie a camisa de força porque aqui é um posto de saúde e nós não estamos acostumados a trabalhar com loucos (...) eu também não estava acostumada a trabalhar com loucos. Foi meu primeiro contato. E ali me deu um calafrio e eu tive uma reação, meu organismo reagiu e todos os dias, por uma semana, eu tinha esse mal estar quando eu chegava lá. Era o apavoramento (E9).

Foi necessário estreitar a comunicação com as escolas do município, pois muitas delas queriam encaminhar grupos e grupos de crianças com problemas escolares, justamente porque “ficaram sabendo” que havia chegado essa equipe no Centro de Saúde I de Guarulhos (E26). Como visto, anteriormente, a rede escolar demandava atendimento em massa ao ambulatório de saúde mental, e agora, quando profissionais da mental chegam aos Centros de Saúde, o

⁶⁷ Esta fala é referente a um Centro Saúde de Arujá, mas nos ajuda a entender como foi a entrada desses profissionais e a chegada dos pacientes na rede de saúde. Talvez em Guarulhos não tenhamos encontrado falas tão fortes, mas os relatos sobre o preconceito são recorrentes.

fenômeno se repete mostrando que há uma cultura, um entendimento de que o atendimento dessa população deve ser realizado apenas ou em grande parte por esses profissionais “especializados”.

Nos relatos, a presença do psiquiatra na equipe mínima de saúde mental nos Centros de Saúde fazia com que os clínicos gerais, que até então atendiam em saúde mental, deslocassem esse atendimento para essa especialidade profissional. Novamente, observamos uma cultura assistencial centrada no especialista com base em uma visão parcial sobre o que é saúde e saúde mental. Uma vez constatado esse desvio de função por parte dos médicos clínicos, houve uma nova reformulação pela secretaria de saúde do estado e os psiquiatras são retirados da formação da equipe multiprofissional das equipes mínimas de saúde mental e, no lugar, são contratados os fonoaudiólogos (E1).

4.2.1.3 O Pronto Socorro Psiquiátrico

Segundo a entrevista nº 1, antes de 1988, Guarulhos abre seu pronto socorro psiquiátrico com administração municipal. Com isso, o município iniciava a sua rede de serviços em saúde mental nos três níveis de atenção: níveis primário, secundário e terciário, conforme a Política de Saúde Mental orientada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

Conforme apresentado no Capítulo 1, a equipe de saúde mental do governo de Franco Montoro caminhava para a construção de uma rede de serviços de saúde mental extra-hospitalar que estava em discussão desde a Ata de Porto Alegre, na década de 1960. A proposta era abrir esses serviços para atendimento conforme o nível de complexidade dos casos e, assim, aqueles mais graves ou em crise não deveriam ser mais encaminhados aos hospitais psiquiátricos e sim atendidos nos hospitais gerais locais.

No caso do pronto socorro psiquiátrico de Guarulhos, segundo as entrevistas, foi uma negociação entre o Governo do Estado, na figura da diretora do ambulatório de saúde mental de Guarulhos, e a Secretaria Municipal de Saúde. A diretora defendia que lugar de atendimento de urgência/emergência era no hospital e que para os pacientes de saúde mental não deveria ser diferente e, por que não poderiam abrir esse serviço no pronto socorro municipal, visto que havia espaço e condições para tal? Importante ressaltar que a diretora faz parte dos profissionais vanguardistas que chegaram ao ambulatório de saúde mental nessa

época. Após o convencimento do Secretário Municipal da Saúde, houve a indicação de três médicos psiquiatras para dar início a esse serviço totalmente custeado pelo município. Ele chegou a funcionar no pronto socorro municipal, mas depois o prédio entra em reforma (para se transformar no Hospital Municipal de Urgências – HMU) e eles são obrigados a sair, transferindo o pronto socorro psiquiátrico para um imóvel que ficava em frente ao Hospital Stela Maris,⁶⁸ na famosa Rua Cavadas.

Tinha dois quatinhos com uma cama. Dava para fazer um repouso e um consultório e lá se ficou trabalhando, com regime de plantão, (...) enquanto construía o HMU (E1).

(...) não era um pronto socorro, era um embrião de pronto socorro (E4).

A ideia era retornar ao pronto socorro municipal que se transformaria no HMU após a reforma. Inclusive, parte da equipe havia feito um desenho de uma enfermaria psiquiátrica no local (E1). Porém, com a demanda para se instalar uma maternidade, pois a referência de Guarulhos era no Hospital Sorocabano, em São Paulo, a gestão da Secretaria Municipal da Saúde abriu mão da psiquiatria. E, assim, o pronto socorro psiquiátrico continua na Rua Cavadas. Podemos destacar nesse exemplo mais uma vez a dificuldade em se estruturar a rede de Saúde Mental em Guarulhos, visto que as demandas da Saúde em geral são inúmeras, e os gestores tendem a priorizar serviços como esse, de maternidade. Novamente, podemos levantar a dificuldade de financiamento de políticas públicas na área da saúde e o quanto, em Guarulhos, os imóveis destinados aos serviços de saúde mental serão inadequados.

Sobre o local onde o pronto socorro psiquiátrico funcionava:

Tinha só uma sala grande assim. Parece-me que era a cozinha da casa ou era a sala de estar. Tinha umas quatro ou cinco camas, uma divisória onde ficavam os medicamentos. Como se fosse um balcão e na frente a recepção, um ou dois consultórios. Às vezes eu passava por fora e às vezes eu passava por dentro. Gostava mesmo de passar para ver quem estava internado e quem não estava e como é que estava ali, né? (E8).

Nessa época ainda não tinha instituído o auxiliar de enfermagem, era atendente. Às vezes não tinha nem feito o curso (...). Era a prática pela prática. Eles foram fazer curso. A gente incentivando a fazer curso de auxiliar, de técnico de enfermagem (E8).

⁶⁸ Este imóvel não era onde atualmente funciona a UBS Cavadas.

(...) no P.S.(Pronto Socorro Psiquiátrico) não tinha nada, o P.S. era abandonado, não tinha nada mesmo (E8).

4.2.1.4 Considerações gerais sobre o período

Uma das principais características da década de 1980 para a saúde mental em Guarulhos foi o investimento que Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo realizou a partir de Franco Montoro e sua equipe no governo em 1983.

Dessa forma, foi possível que novos profissionais chegassem para trabalhar na rede de saúde municipal. Foi o caso da primeira equipe mínima de saúde mental na atenção básica (no Centro de Saúde I – Centro) e do ambulatório de saúde mental. Essa nova leva de profissionais impulsionou, já na década de 1980, a abertura do pronto socorro psiquiátrico: o primeiro serviço da área da saúde mental de administração municipal.

Dessa forma, Guarulhos inicia a política substitutiva aos hospitais psiquiátricos ofertando um cuidado em saúde mental nos três níveis de atenção: primário (centros de saúde), secundário (ambulatório) e terciário (pronto socorro), como eram chamados à época.

O que ficou evidenciado com a chegada desses novos profissionais na rede de saúde de Guarulhos é que no imaginário coletivo dos profissionais da saúde que atuavam nos centros de saúde havia o medo e o preconceito em relação aos pacientes de saúde mental, levando-nos a pensar sobre como as novas políticas públicas de Saúde Mental chegam aos trabalhadores. Já no ambulatório, a chegada dos novos profissionais revelou práticas de atendimento médico-centradas que priorizavam o atendimento clínico individual clássico dos consultórios particulares de psicologia e psiquiatria, o uso da medicação de forma exclusiva de tratamento, sem o trabalho em equipe ou compartilhado entre os profissionais.

O que observamos em Guarulhos durante a década de 1980 é que o ambulatório de saúde mental, assim como aponta CAMBRAIA (1999) em relação aos ambulatórios do estado de São Paulo, parece não ter conseguido avançar e aprimorar suas práticas de assistência em saúde consideradas inovadoras à época, considerando a nova Política de Saúde Mental, antimanicomial, da SES/SP durante o governo de Franco Montoro.

Tal fenômeno poderia ser explicado por alguns ângulos:

1. A SES/SP não implantou, em Guarulhos, o número de ambulatórios e equipes mínimas de saúde mental preconizado ocasionando uma superlotação dos equipamentos e, conseqüentemente, diminuindo a qualidade do serviço

ofertado. A Organização Mundial da Saúde preconizava 1 ambulatório de especialidades para cada 150.000 habitantes e 1 equipe de saúde mental na atenção primária para cada 50.000 habitantes nos anos 1980 (OMS apud CAMBRAIA, 1999, p. 12). Quando transpomos estes parâmetros para Guarulhos, já na época da implantação do ASM (1979), deveriam ter sido criados pelo menos três equipamentos desse tipo e mais dez equipes mínimas de saúde mental na atenção primária.

2. Com o rápido desinvestimento do Governo do Estado nos ambulatórios de saúde mental ao final década de 1980, esses serviços tiveram suas práticas assistenciais prejudicadas, pois não havia mais a supervisão clínico-institucional para suas equipes. Assim, a proposta do modelo assistencial extra-hospitalar se fragilizou ainda mais.
3. Ainda existia, nessa época, o Instituto de Psiquiatria de Guarulhos (IPG), local referência para a internação no município e que a população e profissionais da saúde estavam acostumados a utilizar.
4. Parte dos profissionais que trabalhavam no IPG exercendo práticas assistenciais tradicionais aos hospitais psiquiátricos passa a trabalhar no ambulatório de saúde mental e no pronto socorro psiquiátrico reforçando, em todos esses serviços, a lógica de atendimento que privilegia consultas individuais e a medicação psiquiátrica como tratamento, ao contrário do atendimento em equipe com a discussão de casos, como preconizado.

Contudo, a chegada desses novos profissionais na década de 1980 também possibilitou avanços na assistência em saúde mental como a adesão e o início do Programa de Intensidade Máxima do ambulatório que anos mais tarde viria a se transformar no hospital dia (1992).

Outro fato que destacamos no período é em relação à composição da equipe mínima de saúde mental que, em princípio, contava com o profissional médico psiquiatra. Porém, por uma dificuldade nos processos de trabalho da atenção primária, somada ao medo, preconceito e desconhecimento sobre o atendimento em saúde mental, fez com que esses profissionais não conseguissem atuar em equipe, ou com a discussão e corresponsabilização dos casos e com o atendimento compartilhado. Pelos relatos, esse cenário ocasionou um isolamento do profissional psiquiatra nos centros de saúde por meio da demanda por consultas individuais, com o objetivo de troca de receitas.

Sobre o pronto socorro psiquiátrico (PSP), podemos dizer que sua implantação também foi importante para o município, pois foi o primeiro serviço de saúde mental de

gestão municipal. Porém, assim como aconteceu com o ambulatório de saúde mental, iniciamos uma análise sobre as estruturas prediais nas quais são implantados os equipamentos de saúde mental. A inadequação das estruturas prediais para os serviços de saúde mental permanecerá durante todo o período de análise da pesquisa.

Como visto, o PSP chegou a funcionar nas dependências do pronto socorro municipal, assim como estava previsto na nova Política de Saúde Mental. Porém, com a reforma prevista para o pronto socorro municipal, foi preciso a sua transferência para outro local, que seria provisório, até a conclusão da reforma.

No entanto, a área do prédio destinada ao PSP teve outro destino e, assim, ele permaneceu em funcionamento em um prédio adaptado. Portanto, o local, além de ficar fora de um hospital geral (o que por si só já não estava de acordo com os preceitos desse equipamento quando foi idealizado) ainda era um prédio inapropriado para seu funcionamento.

Com isso, concluímos que grandes avanços aconteceram na Saúde Mental de Guarulhos no período com o início de uma política pública na área alternativa aos hospitais e sem o foco na internação. A década termina com a rede de Saúde Mental em Guarulhos organizada nos três níveis de atenção, porém, a falta de investimentos na área da Saúde e os poucos recursos atrelados à Política de Saúde Mental na implantação desses serviços devem ser considerados como causas primordiais que impactaram a qualidade da assistência e a qualidade estrutural dos equipamentos.

Vimos a rede de serviços se expandindo, porém fora dos parâmetros preconizados pela OMS. Vimos uma Secretaria Municipal de Saúde que começa a assumir serviços de saúde mental, porém sem conseguir dar uma estrutura adequada de trabalho aos profissionais e de assistência à população.

4.2.2 A implantação do SUS Guarulhos com novos equipamentos e serviços de saúde mental: a década de 1990

Ao final da década de 1980, os serviços de saúde mental que funcionavam no município eram: Instituto de Psiquiatria de Guarulhos, o ambulatório de saúde mental (no centro de Guarulhos e já desenvolvendo o Programa de Intensidade Máxima), uma equipe mínima de saúde mental no Centro de Saúde I-Centro, outros poucos profissionais nos outros

centros de saúde, aproximadamente dois psiquiatras ligados ao INAMPS no PAMS,⁶⁹ um psiquiatra realizando atendimento ambulatorial na Santa Casa⁷⁰ e um pronto socorro psiquiátrico funcionando fora de um hospital geral.

A década de 1990, impulsionada pela Constituição de 1988, pela Lei nº 8.080 de 1990 (Lei Orgânica do SUS) e pelas Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS), foi marcada por uma série de mudanças no sistema de saúde do país e no município de Guarulhos por consequência. É o período de reordenamento do sistema de saúde nacional baseado, entre outros princípios, na descentralização da gestão SUS. Os gestores da saúde pública de Guarulhos (antes profissionais da SES/SP) passam a ser profissionais municipais assumindo, cada vez mais, a responsabilidade de administrar os equipamentos da saúde. É a década da implantação do SUS em Guarulhos.

Nessa época, além das grandes mudanças na gestão da Secretaria Municipal de Saúde, novos equipamentos e serviços de saúde mental são implantados: mais equipes mínimas de saúde mental na atenção básica (1991), hospital dia (1992) e NAPAD - Núcleo de Atenção e Prevenção ao Abuso de Drogas (1996). Além da implantação desses novos serviços, a partir de 1997, há um reordenamento nos locais de funcionamento de vários serviços da saúde por causa da municipalização e implantação do SUS local (e, conseqüentemente dos serviços de saúde mental) com o aluguel e reforma da antiga Santa Casa e do antigo Instituto de Psiquiatria que encerrará suas atividades em 1994.

Em 1991, com a saída do Dr. Auge da coordenação do ERSA 15 para assumir a Secretaria de Saúde de Guarulhos, assume a coordenação do ERSA 15 a Dra. Vera Gomes: psiquiatra da SES/SP, da equipe vanguardista da Saúde Mental dos anos 1980 que chegou para trabalhar no ambulatório de saúde mental em Guarulhos, e que já tinha trabalhado no Instituto de Psiquiatria de Guarulhos e no pronto socorro psiquiátrico municipal. Dessa forma, ela deixa a direção do ambulatório, vai para o ERSA 15 e a psicóloga Iraci Cleide da Silva, também da equipe vanguardista, assume o ambulatório de saúde mental de Guarulhos. Conforme algumas entrevistas e documento encontrado no Arquivo Histórico Municipal (GUARULHOS, s/d), será a primeira vez que uma categoria profissional não médica assumirá a direção de um ambulatório de saúde mental na região (E1, 4, 6, 9 e 18).

⁶⁹ Posto de Atendimento Médico-sanitário do Governo Federal, instituição de assistência à saúde do INPS e depois INAMPS. Funcionava em um prédio na esquina da Rua Luis Faccini com a Rua Monteiro Lobato. Na época da municipalização dos serviços, primeiramente ele foi estadualizado e apenas ao final da década de 1990 é que ele passa para administração do município, transferido para o prédio do antigo IPG e se transforma no CEMEG. Não encontramos a data de sua implantação. Informações retiradas da entrevista 01, 02, 18, 23 e 25.

⁷⁰ Segundo informações das entrevistas 4 e 23.

4.2.2.1 As novas equipes mínimas de saúde mental na atenção básica

No ano de 1991, a SMS de Guarulhos abre concurso público para a contratação de mais equipes mínimas de saúde mental (psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos), entendendo que o município precisaria expandir o atendimento na atenção básica. Até esse momento, equipes de saúde mental só estavam nos centros de saúde sob a gestão estadual e, com o processo de municipalização do SUS, era necessário expandir esse serviço às unidades básicas de saúde⁷¹ que agora estavam sob a administração municipal.

Profissionais que chegaram nesse concurso relembram como era a relação da atenção básica com o ambulatório de saúde mental nesse início de trabalho. Na visão deles, distante, evidenciando que ainda não existia uma articulação da rede.

Era uma relação bastante distante, muito diferente do que você vive hoje. Hoje você conhece quem é o responsável pelo CAPS infantil, (...) CAPS álcool e drogas. (...) naquela época, a grande maioria dos gestores eram médicos (...), e, às vezes você não tinha contato nem com seu gestor, que dirá com gestor de outro lugar. (...) era por encaminhamento mesmo: preciso de alguma coisa, encaminha para. Não tínhamos regulação. Era a pessoa que pegava um papelzinho e ia batendo na porta, ia batendo para ser atendido, então não tinha uma relação (E12).

Importante ressaltar que grande parte dessa discussão, de implantar mais equipes mínimas e do município assumir sua gestão, foi lembrada sendo trazida pela Dra. Vera Gomes que assumiu o ERSA 15. Na entrevista nº18, isso aparece claramente:

A Vera, com toda a sua história da questão da psiquiatria, começa a fazer uma discussão da importância de nós termos no município as equipes mínimas de saúde mental. A gente abre concurso e vai ampliando isso, essa discussão. E no DAS (Departamento de Assistência à Saúde) a gente tinha o coordenador do programa do adulto, o coordenador do programa da saúde da mulher, da criança, da hanseníase, da tuberculose, da AIDS. É quando começa a se discutir a questão da saúde mental (E18).

⁷¹ Antigos postos de puericultura.

4.2.2.2 O Hospital Dia

Em 1992, é criado o hospital-dia (HD) em Guarulhos sob a administração do Governo do Estado de São Paulo. Segundo vídeo da história da Saúde Mental de Guarulhos, o primeiro da região da grande São Paulo (SMS/GRU, 2015). Ele é implantado em um imóvel na rua Cavadas junto ao pronto socorro psiquiátrico. Segundo a entrevista nº09, nesse imóvel funcionava a antiga UBS Cavadas. Como o prédio era grande, tiraram a UBS do local e colocaram o HD e o pronto socorro psiquiátrico. Segundo COSTA-ROSA (1987), a proposta dos hospitais-dia já era discutida nos anos 1960 e 1970 e mais divulgada nos anos 1980 por aquela equipe de saúde mental do governo de Franco Montoro.

A assistência hospitalar nos moldes do **hospital-dia e hospital-noite** foi outra das formas em que se organizou a assistência hospitalar nas práticas dos convênios de 73. Tratava-se de um local organizado, geralmente nas próprias dependências físicas do ambulatório, com a finalidade de que alguns clientes passassem ali parte do dia, retornando, no tempo complementar, ao contato com a família e às vezes com o trabalho. (COSTA-ROSA, 1987, p. 76).

Geralmente, as atividades dos HDs:

(...) permitia afastar o cliente do meio que contribuiu para o aparecimento e manutenção de sua doença, porém com a preocupação, em paralelo, de não afastá-lo por completo de seu meio familiar e social. As técnicas incluíam desde a medicação até à psicoterapia individual e grupal, atividades de terapia ocupacional, e algumas intervenções na família, tanto no ambulatório, quanto no domicílio, que iam desde a orientação até algumas intervenções propriamente psicoterapêuticas. Em alguns casos a participação dos pacientes em reuniões que discutiam o funcionamento desse setor da instituição, fazia parte do tratamento (COSTA-ROSA, 1987, p. 76).

O mesmo autor aponta que em 1987, ano de sua dissertação, o número de HD no estado de São Paulo era insignificante. Ele atribuiu esse número baixo às contradições do Governo do Estado e Governo Federal, evidenciadas durante os anos 1970, desinvestindo de energia e de dinheiro qualquer iniciativa que pudesse frustrar os grandes hospitais psiquiátricos e seus lucros. Sobre isso escreve:

Com as ações empreendidas pela Coordenadoria de Saúde Mental (CSM) como parte do processo de assepsia a que foram submetidos os

convênios de 1973, logo a partir do fim desse ano, muitas destas práticas tendem a ser extintas. A alegação para seu término inclui sempre a falta de recursos, chegando-se a dizer que a prática é incompatível com as exigências quantitativas por parte da CSM. No momento atual seu número é praticamente insignificante, prevalecendo, entretanto, uma série de dados a respeito da sua pertinência em termos de eficiência e eficácia para um modelo de atenção que pretenda superar o modelo tradicional (COSTA-ROSA, 1987, p. 76 e 77).

A ideia de se abrir um hospital-dia em Guarulhos já era antiga. Como falamos anteriormente, a equipe do ambulatório de saúde mental já discutia a necessidade de um atendimento específico para os casos mais graves. Provavelmente, o fato de o Instituto de Psiquiatria de Guarulhos estar prestes a fechar também influenciou a tomada de decisão pela sua abertura.

A gente precisava fazer um hospital-dia porque começou a questão do fechamento dos manicômios e a gente precisava estar em dia para poder dar conta da demanda que não teria mais hospital na cidade. O Dr. Manoel tinha saído de lá e tinha vindo pra coordenação III na secretaria (estadual) trabalhar com outras coisas. Eu o chamei pra ir para Guarulhos e montar o hospital-dia. Ele topou (E1).

Dessa maneira, alguns profissionais se reuniram para escrever o projeto do HD. A maioria era do ambulatório de saúde mental que já desenvolviam o PIM e profissionais do pronto socorro psiquiátrico que se identificaram com a proposta. No entanto, apesar da implantação ter sido relativamente rápida, o entrosamento da equipe foi acontecendo aos poucos.

Estava certo, fez o documento, foi aprovado, rearranjou ali o espaço, mudou a UBS, a gente ficou lá (junto ao) PA psiquiátrico, era isso. (...) Embaixo ficavam os leitos de observação do PA (Pronto Atendimento Psiquiátrico) e em cima, nos quartos, eram as salas de atendimento. Como tinha áreas de lazer bem grandes, uma sala bem grande, uma casa muito boa, a gente passava o dia ali fazendo as atividades (E9).

Houve um pouco de resistência de alguns médicos mais antigos do ambulatório, porque nem todos estavam a fim de encarar, deixar aquele atendimento. Era inovador na época ter o paciente psiquiátrico o dia inteiro no local, fazendo atividades. Teve uma polêmica, eles não aceitaram. Quem aceitou coordenar o hospital-dia foi o Dr. Manoel Camilo. A proposta era de atender primeiro 15 pacientes, a gente

começa muito devagar, muita dificuldade, a equipe no começo não se entrosou, teve dificuldade (E9).

Como visto, o hospital-dia já era uma proposta de parte da equipe que trabalhava no ambulatório, tanto é que se tornou uma reivindicação das famílias que o frequentavam. Esse protagonismo dos usuários e familiares aparece na entrevista nº 9:

Existia, em 1990, uma possibilidade de haver o hospital-dia porque em São Paulo já tinha e tinha um CAPS também, na Rua Itapeva. Era novidade para todo mundo e Guarulhos estava passando por um período de eleição, mudança de governo. O que os pais queriam era um lugar para deixar seus filhos porque essa coisa de ficar levando de manhã, passando em grupo, indo no ambulatório, exigia muito tempo e os familiares precisavam garantir a subsistência da família, precisavam trabalhar e a mãe tinha outros filhos. Cuidar só de um não era justo. Em São Paulo, as pessoas lutavam por movimentos sociais de moradia, eles brigavam. Fui para a rua com eles (...) Eu estava trazendo aquela experiência para garantir os direitos daquelas famílias porque só tinha o ambulatório de saúde mental (...) Foi por onde eu entrei. Comuniquei à minha diretora (...) se era possível eu dar continuidade porque (...) aquilo ia para rua, mas estava nascendo ali. Ela conversou com a coordenadora do ERSA 15 e ela gostou da ideia (...) Esse movimento tinha tudo a ver com uma luta que eu nem conhecia da Dra. Vera, ela só não sabia como começar. (E9).

Portanto, todo o investimento das supervisões (1983-1988) somado à experiência daquela equipe com o Programa de Intensidade Máxima, um trabalho de conscientização junto aos familiares, fechamento do Instituto de Psiquiatria de Guarulhos e apoio da gestão estadual e municipal, teve como consequência a criação do hospital-dia de Guarulhos em 1992.

No documento sobre a proposta do hospital-dia de Guarulhos (SMS/GRU, 1992) fica clara a preocupação dos profissionais em pautar suas ações nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Chegaram a pensar em colocar na recepção os pacientes antigos para que os mesmos ajudassem a apresentar o hospital-dia para os que chegassem e, dessa forma, criar vínculos entre eles. Falavam em “Assembleia Geral” com os usuários e funcionários como mais um espaço de protagonismo.

A proposta foi escrita para iniciar com equipe pequena, pois era o possível.⁷² Dessa forma, foi pensado para funcionar no turno da manhã e para atender 15 pessoas. Não seria um

⁷² Segundo documento, a Secretaria do Estado da Saúde preconizava 01 psiquiatra e 5 técnicos por turno.

serviço “porta aberta”, daria retaguarda ao pronto socorro psiquiátrico e ao ambulatório. Haveria reuniões de equipe semanais e solicitavam supervisão.

A equipe demonstrava preocupações com a lacuna de serviços da rede, como ausência de um hospital para internação de curta permanência (até 72h), e de um centro de convivência.

(...) A gente queria porque queria montar um centro de convivência. Eu, Dr. Manoel, essa turma. Vamos montar um centro de convivência, porque tinha gente que não aderiu, né? Nem hospital-dia, nem a nada. Vivia pelas ruas da cidade, ia ao ambulatório só para pegar receita (E8).

Outra preocupação era de ser instituído na SMS um “Coordenador de Saúde Mental”. Quem era favorável à ideia de ter um Coordenador de Saúde Mental era o Dr. Manoel Camilo, mas, muito mais, porque exercia essa função pela Secretaria de Estado da Saúde.

Por ser uma equipe bastante engajada com a Reforma Psiquiátrica, demonstraram preocupação do hospital-dia funcionar junto ao pronto socorro psiquiátrico. Apontavam que o pronto socorro deveria funcionar em hospitais gerais justamente por ser urgência/emergência e os pacientes precisarem de apoio de outras clínicas. No entanto, isso não foi possível. Apenas em 1997 é que hospital-dia e pronto socorro psiquiátrico serão separados e este último será transferido para o Hospital Municipal de Urgências.

Muitas são as questões levantadas por essa equipe nesse documento e que continuam sem resposta até hoje em Guarulhos. Refletem as muitas dúvidas que traziam por ser uma proposta nova para eles e para gestão dos serviços municipais.

Um, em especial, poderia ser destaque: a preocupação com a acessibilidade dos pacientes e a necessidade de haver transporte gratuito para, pelo menos, conseguirem fazer o tratamento. Como veremos mais à frente, essa é uma luta de anos e anos no nosso município: isenção tarifária no transporte municipal para pessoas com grave sofrimento psíquico.

A seguir, as perguntas que a equipe se fazia. Constatamos que há pelo menos 24 anos que pacientes, familiares, profissionais de saúde apontam para questões que continuam sem resposta ou com respostas negativas. Outras refletem as dúvidas de um serviço novo e que atualmente, já poderiam ser respondidas de forma mais clara.

Como lidar com questões inerentes a um regime de portas abertas? Se o paciente resolve ir embora antes do término do horário ou se recusa a participar de todos os momentos e dias do tratamento? Se a família não se responsabilizar pelo tratamento? Qual o limite de ausências que caracterizaria o abandono do tratamento? Como lidar com a questão de

reinserção social em uma comunidade estigmatizante e culturalmente marcada por visões tradicionais de atendimento (Medicamentoso e Pró-internação)? Como suscitar preocupações que questionam tais visões paralelamente às preocupações bastante concretas como alimentação, moradia e subsistência? Como lidar com a questão da reinserção ao trabalho em um contexto sócio-econômico onde impera o desemprego, a recessão e uma cultura social que estigmatiza o ex-paciente psiquiátrico? Como lidar com os problemas que possam surgir como agitação psicomotora e agressividade? Os pacientes seriam contidos? Como solucionar situações nas quais familiares não venham buscar os pacientes? Poderíamos utilizar viaturas para visitas domiciliares, fundamentais em alguns casos? Como lidar com a população tão somente acostumada ao atendimento convencional, onde o estado agudo significa internação, mas dotada de argumentos e justificativas concretas tais como: Medo, Não poder deixar o paciente sozinho porque tem que trabalhar, familiares que não conseguem dormir em função do paciente que fica acordado ou quer ir para a rua, agressividade do paciente em relação a família, etc (SMS/GRU, 1992, p. 28).

Apesar do imóvel grande, os entrevistados lembram que o espaço ficava pequeno para o funcionamento dos dois serviços juntos:

A parte da frente era emergência psiquiátrica e na parte do fundo era o prédio do hospital-dia. (...) O HD era basicamente um salão. Tinha um salão de vidro em cima, tinha embaixo que era o refeitório onde os pacientes comiam, a cozinha onde o funcionário comia e, tanto que assim quando eu entrei, existiam já profissionais lá. Existiam psicólogos, assistentes sociais, tinha o psiquiatra, tinha a enfermagem. Faziam grupos de psicoterapia e algumas oficinas artísticas e artesanais, dividindo o salão. E tinha algumas salas que era do prédio da emergência, de cima, que a gente fazia os grupos de terapia, oficinas e grupos operativos (E5).

Pela falta de espaço, muitos grupos e oficinas surgiram utilizando o espaço público ao redor do hospital-dia.

(...) não tinha sala para todo mundo, (...) e a gente começou a sair para a rua e a fazer caminhada. Nessas caminhadas saiam de 03 a 04 profissionais e 20 pacientes. Começamos a descobrir os locais do (bairro) Cavadas. Na época, o shopping estava sendo implantado, o shopping internacional e tinha ruas no final do shopping que eram ruas sem saída. E aquilo passou a ser a nossa quadra. Toda semana a gente ia jogar bola lá. (...) O primeiro dia em que a gente chegou no shopping, um monte de lojas fechadas ainda, mas tinha aqueles homens de preto tudo de walkie-talkie na mão, porque não tinha celular na época, a hora que eles viram aquele leva de gente estranha chegando, era só um tal de pegar o radinho e avisar o outro lá em cima que tinha gente estranha chegando. (...) E eu pensava: nós vamos entrar porque isso é pra gente também. (...) Já no segundo mês, mais ninguém pegava radinho quando a gente chegava. Mais lojas iam abrindo e a gente ia

fazendo o passeio toda semana. Uma hora cansou o shopping e a gente ia para a Bauducco. Tudo virava grupo terapêutico. (...) Outro dia a gente tinha descoberto um local que tinha uma cerâmica, tinha azulejos, era uma fábrica de cerâmicas e a gente comprava alguma cerâmica pra depois pintar lá. (...) A gente não tinha uma estrutura, nem tecnologia, mas a gente tinha um improviso e uma criatividade que eram fundamentais para a sobrevivência do projeto. E assim, iam surgindo as oficinas (E5).

A equipe também organizava festas:

(...) tinha muita festa, as nossas festas eram de arrasar (...) decorava as mesas, a gente era pau para toda obra (...) Aprendi a decorar mesa no HD, (...) fazia com eles, (...) naquela época os pacientes eram muito mais comprometidos porque ficaram anos tomando uma porrada de remédio, né? Tinha muitos pacientes com estereotipia, modificação no andar, fala, nas mãos, mas as festas eram maravilhosas. (E8).

O hospital-dia se relacionava principalmente com o ambulatório e com o pronto socorro psiquiátrico, porém, em uma das entrevistas, é lembrado que quando havia algum contato da equipe do HD com as unidades básicas, era a equipe de psicólogos que ficava como referência para eles. Um dos entrevistados relata que isso chamava a sua atenção, pois no hospital-dia toda a equipe era referência (E21).

Esta fala retrata uma cultura de atendimento em saúde mental na qual os pacientes costumam ser referenciados apenas para profissionais especializados nas áreas que estudam o comportamento humano, como psicólogos e psiquiatras. Dessa forma, reforçam uma atenção à saúde parcial, dividida entre mente e corpo.

A própria Política de Saúde Mental do estado, nos centros de saúde, tinha como diretriz o atendimento em saúde mental por psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos e não pela equipe de saúde em sua totalidade. Isso já nos indica uma divisão do atendimento em saúde mental na atenção básica, modelo que entendemos ter perdurado até a introdução dos NASF⁷³ em 2009/2010 e cuja análise estará mais adiante.

Com o fechamento do Instituto de Psiquiatria de Guarulhos, em 1994, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) opta por alugar o imóvel, reformá-lo e abrir, no local, um centro de especialidades (CEMEG - Centro). É o período na SMS que os serviços da média complexidade estão em processo de municipalização. Com isso, transferem para esse prédio o PAMS (que era inicialmente federal e que havia sido estadualizado e, agora, municipalizado)

⁷³ Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Lançado pelo Governo Federal em 2009 e implantado em Guarulhos em dezembro do mesmo ano. Trataremos do assunto mais à frente na década de 2000.

e em 1997 também transferem o hospital-dia. Concomitantemente, transferem o pronto socorro psiquiátrico para o prédio do HMU e municipalizam o ambulatório de saúde mental e o ambulatório da criança (E18).

Um fato bastante marcante na história da saúde mental em Guarulhos aconteceu entre 1993 e 1995, quando uma nova supervisão clínico-institucional é desenvolvida. As falas dos entrevistados atribuem a esse período o início de fato de uma rede “viva” de serviços, com profissionais se reconhecendo e equipamentos em saúde mental se articulando. A partir da supervisão é que unidades básicas, ambulatório de saúde mental, pronto socorro psiquiátrico e hospital-dia se conectam.⁷⁴

4.2.2.3 O Núcleo de Atenção e Prevenção ao Abuso de Drogas - NAPAD

Como vimos, havia uma discussão no ambulatório de saúde mental de que aquele local não atendia a toda demanda do município e, portanto, alternativas surgiram, como o Programa de Intensidade Máxima (PIM) e depois o hospital-dia. No entanto, outro público que era de referência dos ambulatórios, nos anos 1980 e parte dos 1990, era a população com uso abusivo de álcool e outras drogas, mas que sofria grande dificuldade de atendimento no ambulatório de Guarulhos.

Segundo a entrevista de alguns profissionais, apenas um médico psiquiatra, o Dr. Arnaldo Bravo Brant, atendia essas pessoas e lutava para que fosse criado um serviço específico para tal. Após grande insistência, e os entrevistados repetem bastante a palavra “luta”, principalmente por iniciativa do Dr. Arnaldo Brant em 1996, Guarulhos implanta o NAPAD – Núcleo de Atenção e Prevenção ao Abuso de Drogas sob administração municipal. A dificuldade no atendimento a esse público aparece na fala abaixo, quando é lembrado que o Dr. Arnaldo atendia essa população fora das dependências do ambulatório.

O NAPAD nunca funcionou dentro do ASM. Na realidade, ele funcionava dentro do CSI, por isso que o Dr. Arnaldo foi para lá. Porque ele atendia alguns pacientes, já lá (E6).

Antes mesmo de abrir o NAPAD, o Dr. Arnaldo levava alguns profissionais para aprenderem sobre o atendimento a essa população no Hospital Tide Setúbal, em São Miguel-

⁷⁴ Mais à frente trataremos com mais detalhes das supervisões clínico-institucionais que aconteceram em Guarulhos. Este tema merece destaque por ter modificado a rede de saúde mental no município.

SP. Ele já fazia esse atendimento no local e treinava funcionários de Guarulhos pensando na abertura do NAPAD. Alguns profissionais que foram inicialmente trabalhar no NAPAD tinham experiência na área, mas outros não, e assim a equipe foi se afinando aos poucos:

(no Tide Setúbal) a gente ia para lá, atendia, clinicava e fazia os grupos também. E ele (Dr. Arnaldo) ajudava, ensinava a gente a fazer grupo mesmo, bem interessante. Ele entrava e saía dos grupos, orientava, super acolhedor. Levava material sobre dependência química, o que era dele era nosso. Ele comprava muitos livros e a gente lia, fazia estudos à tarde assim, era bem interessante. E a gente discutia os casos e quando a gente foi para o NAPAD, ele também continuou apoiando, fazendo grupos com a gente, lendo material e a gente foi crescendo junto, foi bem legal essa experiência (E25).

As falas lembram inclusive um tempo de preconceito em relação ao profissional Dr. Arnaldo, aos profissionais de sua equipe e à população atendida.

(...) o Arnaldo ele era um idealista mesmo (...) tinha preconceito com ele também, enquanto pessoa (E25).

(...) ele tinha um olhar para os pacientes de álcool e drogas que outros psiquiatras aqui na cidade não tinham. Pelo contrário, havia uma discriminação maior do que se tem hoje. Tanto que a discriminação para com o usuário era moral: esse tem defeito de caráter, tem transtorno de personalidade. E a equipe sofria também, pois questionavam: quem eram esses que aceitavam trabalhar com usuário de droga? Não deve ser grande coisa (E25).

(...) Era assim que éramos vistos. Eu participava de reuniões às vezes de UBS, que o pessoal falava: ah, vocês bebem juntos? Piadinhas assim (E25).

(...) Vai ter festa? Tem festa hoje? (E25).

(...) quando eu trabalhava no HD tinha os casos com comorbidades que eles falavam: não, tem que encaminhar! Encaminhar para onde? Encaminhar para outro município? Era complicado porque dependência química sempre estourava lá. Uma porque, nas crises, era o pronto socorro psiquiátrico que era no mesmo espaço. E o pronto socorro não tinha como não encaminhar para o hospital-dia e a equipe do hospital-dia tinha muita resistência de atender, então era muito complicado mesmo (E25).

O preconceito também aparecia nos vizinhos do imóvel alugado para funcionamento do NAPAD:

Tinha uma questão que é importante a gente trazer, a dificuldade que a gente tinha com o bairro e com a vizinhança. Porque a primeira casa, a primeira casa era ali no (bairro) Bom Clima, numa casa de classe media alta. Na rua Odilon de Moraes(...). Tinha a casa e a vizinhança odiava. Primeiro eles se recusaram muito quando souberam que ia para lá uma unidade para tratamento da questão de dependência, achando que as pessoas iam roubar todas as casas. As nossas vizinhas, as duas ergueram muros super altos, altíssimos com um monte de lança e aqueles cacos de vidro em cima, e o que a gente fazia? Nas festas, a gente convidava a vizinhança para vir (E25).

Muitas vezes, se o apoio não estava na rede da própria saúde, encontravam secretarias mais abertas para firmarem parcerias:

Acho que uma coisa legal que acontecia nesse período também é que a gente não conseguia contato com a saúde. Tínhamos um trabalho isolado, mas a gente conseguia um contato com a secretaria da cultura, lembra? (...) um educador da secretaria da cultura vinha dar uma oficina de teatro lá, mas não era só para os pacientes. Era também para comunidade em geral (...) tirava essa coisa muito estigmatizada do usuário de drogas (...). Ali ele tinha convivência com outras pessoas, era um outro espaço e isso a gente achava bem interessante (E25).

Para mostrar que faziam um trabalho sério e tentar diminuir o preconceito, o Dr. Arnaldo organizava seminários, trazia profissionais de fora para que nossos profissionais pudessem se reconhecer em outras práticas e entender que estavam no caminho certo.

(...) diante dessas situações que a gente se via massacrados nesse preconceito, o Arnaldo enfrentava de que forma? Ele organizava seminários. Trazia pessoas. Porque a gente se dava conta de que a gente estava no caminho certo e que a gente estava fazendo um bom trabalho. E não diferenciava o nosso trabalho dos demais das grandes universidades. Era bem interessante isso (E25).

No decorrer de sua existência, o NAPAD também foi mal entendido em seus objetivos, e pessoas, lembradas como mal intencionadas, quiseram levar vantagem com a sua implantação:

(A) presidente da época do COMAD⁷⁵ (...) o que ela queria fazer? Ela queria que a gente transformasse o NAPAD num local de avaliação. Fizesse triagem para internação numa clínica particular dela (...). A gente se recusou (E25).

⁷⁵ Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas.

No primeiro momento, o NAPAD foi pensado apenas para o atendimento de pessoas com problemas com drogas ilícitas, passando depois a atender os alcoolistas, em 1998/1999.⁷⁶ Este momento também foi um período de tensão segundo os entrevistados, pois aumentou muito a demanda e a equipe continuava reduzida (E25).

(...) com o advento do atendimento do alcoolismo, eu lembro que deu um salto que a gente começou a fazer os grupos, os grupos de família começaram a aumentar e a gente teve que abrir vários grupos (E25).

Parece que também foi um período que a gestão começou a cobrar, de forma mais sistemática, a produtividade do local.

(...) a partir do momento que começou a vir o alcoolismo, teve uma grande mudança (...) eu lembro que a gente tinha muita cobrança por causa da questão da produtividade (E25).

4.2.2.4 O ambulatório da criança

Segundo JORGE et al (2009) o ambulatório da criança surgiu com esse nome após o processo de municipalização do Centro de Saúde I Dr. Francisco Pedreira Ribeiro que funcionava no centro de Guarulhos. Sua municipalização ocorreu no período das municipalizações dos serviços da média complexidade, após a NOB/SUS 96, mais especificamente em 1998.

Em 1989, a equipe de Saúde Mental da Central de Pediatria foi transferida para o CS I Dr. Francisco Pedreira Ribeiro, que, municipalizado, passou a denominar-se “Ambulatório da Criança”. Este equipamento estadual, municipalizado, contava com psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psiquiatras para o atendimento dos menores de 18 anos⁷⁷ e o Ambulatório de Saúde Mental passou a atender a população a partir de 18 anos (JORGE et al, 2009, p. 2 e 3).

⁷⁶ Não conseguimos estabelecer o ano correto, visto que há informações diferentes nas entrevistas.

⁷⁷ Na entrevista E3 a informação é de que o Ambulatório da Criança passou a atender o público de até 16 anos.

Os funcionários do ambulatório da criança eram, em grande parte, da extinta Central de Pediatria encerrada em 1989, e que funcionou inicialmente ao lado do antigo pronto socorro municipal, conforme mencionamos no Capítulo III sobre a História da Saúde em Guarulhos (E3).

O atendimento da Central de Pediatra foi descrito em documento da SMS (SMS/GRU, 1983) e nos ajuda a entender algumas práticas que migraram para o ambulatório da criança:

Clientes encaminhados dos Postos de Saúde Municipal, creches, asilos e outras instituições do município, com horário marcado. Esporadicamente atende-se cliente em caráter de urgência, sem emergência; casos estes atendidos habitualmente a pedido de médicos do Pronto Socorro. Há nítida interligação entre as áreas de Psicologia, Fonoaudiologia e Neurologia (GUARULHOS, 1983, p. 59).

Sobre o atendimento realizado no ambulatório da criança e os processos de trabalho que aconteciam no local, algumas pessoas lembram de um serviço de difícil acesso, com pouca articulação interna entre os profissionais e atendimento clínico tradicional.

Eu fiquei quase 12 anos no ambulatório da criança. (...) Só depois de muito tempo é que chegou uma profissional psiquiatra para compor com a equipe. A gente fala compor, mas na verdade, eram clínicas que funcionavam separadas. Não tinha Projeto Terapêutico Singular, eram raras as discussões de caso. A gente acompanhava os casos via prontuário, e esporadicamente eram discutidos entre as clínicas (E3). A gente não sabia muito bem o que se passava no âmbito da gestão. As decisões eram verticalizadas. A gente não tinha contato com os Gestores fora do âmbito da Unidade. A gente chegava, atendia, e ia embora (E3).

Levantávamos a história de vida, normalmente com a mãe, cumpríamos as etapas do psicodiagnóstico e fazíamos a devolutiva. O modelo era bem próximo do atendimento de consultório particular (E3).

Tinha um livro, único, onde os casos eram cadastrados e chamados por ordem de inscrição. E, assim, às vezes a criança ficava ali um ano, dois anos, para ser chamada. Não havia o critério de risco, vulnerabilidade (E3).

Não tinha essa noção de saúde pública, de atendimento para um coletivo. Bem mais pra frente, a gente começou a fazer grupo que também era uma coisa nova. Começamos com duplinhas, depois a atender 3 ou 4 crianças com quadros semelhantes, dificuldades semelhantes, idades semelhantes, faixa etária semelhante (E3).

A gente tinha muita dificuldade de conseguir material, de conseguir testes. Comprávamos testes do próprio bolso. Material de trabalho, a gente levava brinquedo dos filhos que não queriam mais. Na época, a gente tinha uma caixinha, que seria hoje o pró rede, que era de 50 reais para comprar material. Aqueles 50 reais tinha que render (E3).

Após a divisão da faixa etária com o ambulatório de saúde mental em 1989, começam a chegar ao ambulatório da criança casos de crianças e jovens considerados mais graves. O entrevistado chega a apontar que poderia ser considerado um embrião do CAPS Infantojuvenil que abriria anos mais tarde:

Começaram a chegar os casos mais graves do ambulatório de saúde mental, como crianças com psicose, com autismo, transtorno grave do desenvolvimento. Duas profissionais, que começaram a atender. Isso foi como se fosse o precursor do CAPS Infantojuvenil. Eram os casos considerados de maior gravidade (E3).

Pelo que foi relatado, a relação entre a equipe do ambulatório de saúde mental e a equipe do ambulatório da criança sempre foi de muitos conflitos. No entanto, nos pareceu que ambos os serviços, de alguma maneira e porque as atividades eram executadas por profissionais com diferentes perfis, apresentaram durante suas existências diferentes formas de entendimento sobre os problemas de saúde mental.

Nos dois serviços foram relatados processos de atendimento médico-centrado, medicamentoso, sem articulação entre as equipes. Ainda assim, nos pareceu existir uma equipe no ambulatório de saúde mental cuja visão sobre a loucura e as formas de atendimento estavam em consonância com a Política de Saúde Mental do estado de São Paulo da época de Franco Montoro. Tal fato, entendemos que possa ser um dos embriões dessas dificuldades na relação entre as duas equipes. A nosso ver, havia uma tensão na forma de entender a assistência em saúde mental e provavelmente havia mais profissionais com uma visão inovadora no ambulatório de saúde mental.

E tinha o ambulatório da criança, mas que elas mandavam tudo pra gente. O cara fazia assim..., pronto, ia para o ASM. E a gente, dificilmente conseguia encaixar algum paciente no ambulatório da criança. Até porque elas trabalhavam de um jeito muito tradicional (...). Era complicado (E6).

Aí veio a municipalização. Mas imagina você, uma municipalização para um ambulatório da Prefeitura que não nos aceitava e nem nós a eles, e nós colocávamos só a culpa neles, porque a gente achava que o trabalho deles era péssimo e o nosso era bem melhor. E (a coordenação do ERSA 15) tinha que juntar essas duas coisas. E foi um trabalho que (o ERSA) nadou, nadou e morreu afogado porque essa integração, de fato, nunca ocorreu (E6).

Segundo a entrevista nº 06, o ambulatório de saúde mental foi o último dos serviços da média complexidade a ser municipalizado, pois não era interesse da gestão ficar com esse serviço⁷⁸ justamente por ser da área da saúde mental.

4.2.2.5 O espaço da psiquiatria nos hospitais gerais: os resquícios do hospital psiquiátrico

A transferência do pronto socorro psiquiátrico para o HMU, em 1997, só foi possível quando o prédio da antiga Santa Casa foi alugado pela Secretaria de Saúde e transformado no Hospital Municipal e Maternidade de Guarulhos. Assim, a maternidade que ficava no HMU foi realocada no novo espaço e no local e, juntando-se mais dois quartos da ortopedia, fizeram a psiquiatria.

Até que houve todo um movimento da Secretaria Municipal de Saúde, pela Dra. Vera Gomes, para que a psiquiatria fosse para o HMU. Por um lado, a gente achou que era um ponto muito positivo, porque era uma maneira de inserir o paciente psiquiátrico dentro de uma área hospitalar, pois esse paciente era visto simplesmente como “psiquiátrico”. Raramente com outras comorbidades. (Por outro lado,) foram só dois psiquiatras, os outros todos optaram por ficar no ambulatório de saúde mental (E10).

O espaço da psiquiatria no HMU sempre aparece nos relatos como pequeno e inadequado ao atendimento. Aquele projeto de uma enfermaria ampla e apropriada ao atendimento que deveria ter sido construída durante a reforma do HMU, nunca saiu do papel.

Com a inauguração do HMU, a gente tinha um espaço só da saúde mental, mas que nunca foi da saúde mental. Aquele espaço foi da

⁷⁸ Segundo a entrevista nº 18, a municipalização do ambulatório de saúde mental ocorre em 1998, junto à municipalização do PAMS, do ambulatório da criança e abertura do CEMEG-Centro. Dessa forma, não podemos afirmar que a Secretaria Municipal de Saúde não tinha muito interesse no ambulatório de saúde mental. Para este entrevistado, porém, foi essa a lembrança que ficou.

ortopedia, foi da ginecologia. (O projeto da psiquiatria) foi pensado e planejado como um espaço super bonito, com posto de enfermagem central, com os quartos todos visíveis, com sala de atendimento de família, com sala de atendimento de urgência, quer dizer, era um pronto socorro bem moderno para a época, mas nunca foi para frente (E1).

Novamente, observamos aqui a não priorização dos serviços e equipamentos de saúde mental por parte da gestão da SMS em detrimento de algumas demandas entendidas como mais importantes na área da saúde. O pronto socorro psiquiátrico já tinha sido deslocado do pronto socorro municipal com a promessa de voltar e voltar para uma enfermaria “modelo” que foi planejada pelos próprios profissionais da saúde mental na época. Acontece que, além do pronto socorro psiquiátrico ser deslocado para fora do hospital geral (HG) e ficar dividindo espaço com o hospital-dia em um prédio adaptado de uma antiga UBS, ao voltar ao espaço do hospital que havia sido prometido, não houve nenhuma adequação da ambiência. Ou seja, mesmo quando ele volta ao lugar de onde não deveria ter saído, volta para um espaço impróprio ao atendimento a que se propõe.

Sobre a interlocução da psiquiatria do HMU com a rede, há diferentes percepções. Alguns profissionais relatam que o setor da psiquiatria do HMU apresenta uma boa relação com os CAPS para avaliação conjunta dos casos e na construção de um cuidado continuado. Apesar de nem sempre ter sido assim, alguns acreditam que essa relação tem melhorado com o tempo.

A gente tem tentado melhorar esse contato, porque houve um tempo que entre a alta daqui e a entrada do paciente no CAPS era muito demorado. Conseguimos melhorar muito isso. O paciente já sai com a consulta agendada no CAPS (E2).

Outros acham que o processo de trabalho nos CAPS é ruim, e por isso a dificuldade do hospital em articular os casos com os mesmos. Para um dos entrevistados, os CAPS aparecem como equipamentos caros e sem resolutividade.

(...) o que se vê lá nesses CAPS: o paciente vai, é como se fizesse a brincadeira que passa pelo porteiro, passa pelo pessoal da limpeza, passa pelo psicólogo, serviço social e psiquiatra, daqui a um mês, um mês e pouco. (...) falaram que primeiro iam conversar, montar o projeto, e depois iam passar no psiquiatra, e o paciente com vozes mandando se matar (E23).

(...) eu sempre achei, que esses CAPS não funcionam. Eu acho que isso aí é um tiro n'água, o custo é muito alto. A desculpa para montar os CAPS era que os psiquiatras (do ASM) não estavam dando conta. E realmente, tinha uns colegas que... não davam mesmo, eles só davam receita (...) cada um atendia suas 600, 700 consultas, mas cada um pelo menos tinha sua receita. Mesmo assim, eu achava menos mal. O número de internações era muitíssimo menor do que com os CAPS (E23).

(...) às vezes a pessoa (do CAPS) chega aqui (no HMU) com uma fala bonita, e a gente fala: nossa, a gente aqui nesse sufoco. Tem que dar alta, tem que dar alta, tem que mandar para casa, tem que mandar para casa, e eles lá discutindo o sexo dos anjos (E10).

Os profissionais também destacaram a dificuldade no atendimento dos casos mais graves que chegam ao HMU, pois as vagas de retaguarda em outros hospitais gerais (vagas de até 30 dias de internação) são poucas e a rede CAPS 24h no município também.⁷⁹

E não tem lugar para encaminhar para internação de curta ou média permanência. Então tem que medicar. É a única saída. Tem dez vagas no Hospital Pimentas (...). A gente tem que se virar com isso (E2).

Antes, as referências para internação eram os grandes hospitais psiquiátricos do estado:

Transferia-se muito para o Bairral, Itapira, Cristália (...), Nossa Sra. de Fatima, Pinel, a gente mandava muito. Não sei de onde vinham as vagas que depois acabaram. Depois veio o Hospital Pimentas e perdemos todas as referências (estaduais) (E10).

Nessa fala podemos exemplificar o quanto os profissionais podem ficar alheios às mudanças na Política de Saúde Mental elucidada aqui pela mudança no fluxo de internação. Aqui, o entrevistado não entende a mudança do fluxo dos hospitais estaduais para o hospital geral municipal, provavelmente por não entender as mudanças que estavam acontecendo na Política de Saúde Mental que não priorizava mais as internações nos hospitais psiquiátricos.

⁷⁹ Atualmente, é o Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso (HMPB) a retaguarda para casos mais graves que chegam ao HMU. No entanto, são apenas dez vagas. Tanto o HMU quanto o HMPB enfrentam dificuldades no momento das altas, visto que Guarulhos só possui dois CAPS 24h: um AD (com nove vagas para pernoite) e outro para Transtorno (com seis).

Isso também pode ser analisado como consequência de um desinvestimento por parte da gestão local e da Secretaria Municipal de Saúde. Segundo um dos entrevistados, o HMU sempre foi esquecido pela gestão e, assim, se isolava mais e mais.

*Pesquisadora: Como foi seu contato com a Política de Saúde Mental?
2- Não, a gente não tinha tempo de participar de nada. Primeiro que o HMU era esquecido e depois porque era muita correria. Tinha cursos, tinha palestras, encontros e ninguém convidava o HMU. A gente ficava meio que parado no tempo. (...) a gente não participava de nada (E10).*

Bastante importante é o relato do profissional que relembra os anos iniciais do pronto socorro psiquiátrico ao ser transferido para o HMU e que perdurou por aproximadamente 10 anos. As falas sugerem um lugar esquecido, como ele diz “um depósito” (E10). O que evidenciamos a partir dessa entrevista é a existência de pacientes e profissionais sem a mínima estrutura para o cuidado de pessoas em situação de crise. Uma vez que o local parece ter sido, por muito tempo, esquecido pelas gestões, os profissionais que lá estavam atendiam como entendiam ser melhor o que, algumas vezes, era o oposto do que se preconizava a Reforma Psiquiátrica dos anos 1970 e 1980.

Sobre a estrutura da psiquiatria logo após sua transferência para o HMU, alguns funcionários relatam que era mesmo um espaço improvisado e com uma péssima estrutura para se trabalhar ou cuidar de alguém. Alguns chegaram a relatar que o imóvel na Rua Cavadas, mesmo funcionando junto ao hospital-dia, em ambiente apertado e mesmo sendo fora de um hospital geral, era melhor do que o que lhes foi dado.

(...) a psiquiatria era improvisada, pegaram dois quartos de ortopedia, dois quartos da antiga maternidade e se transformou, sem adaptação nenhuma, na psiquiatria. Nós tínhamos na época uma demanda muito grande de pacientes. Era um cubículo onde ficavam 35, 38 pacientes. A gente até falava que era treliche, porque dormia um, dois e um terceiro embaixo da cama⁸⁰. Não tinha um local adequado para alimentação, (...) comiam no chão igual bicho (...). Tinha uma salinha, um cubiculozinho para eles fumarem um pouquinho (...) era mesmo um depósito. (...) de início, no HMU foi muito ruim, foi péssimo, depois que foi melhorando, melhorando, hoje eu diria que é um paraíso, (...) o paciente é bem atendido, são separados por alas, varias refeições, higiene, porque não existia higiene, não existia nada (E10).

⁸⁰ Um colchão ficava acima, como em uma cama hospitalar normal, um colchão era colocado no chão e entre os dois era pendurado um lençol, esticado e amarrado suas pontas em cada haste ou pé da cama.

(...) eram quartos que dificultavam até mesmo a vigilância do paciente. Era um salão e tinha uns quatro quartos e no meio uma mesa redonda. Nessa mesa redonda sentava eu, a Dra. e em volta os pacientes (E10).

Relembra que crianças, adolescentes e adultos ficavam internados no mesmo espaço:

Era tudo misturado, era um horror, porque ficavam menores nesse bolo, nesse salãozinho que tinha no meio dos quartos. Ficavam os menores com acompanhantes, era tudo junto. (...) Desmembraram quando veio o CAPS Recriar e que em seguida no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente abriu uma ala infantil e para adolescente (E10).

A equipe era mínima e alguns se recusavam a entrar na psiquiatria:

(...) enfermeiro não entrava (...) tinha auxiliares. Os enfermeiros chegavam até à porta, porque não tinha na época enfermeiro para cada setor, e porque ninguém queria ficar ali (...) eles chegavam na porta e perguntavam: tem alguma ocorrência? (...) se tivesse tudo bem, nem entrava, senão resolvia ali na porta mesmo. Quem de fato trabalhava lá dentro na psiquiatria era eu, (os dois psiquiatras) e os auxiliares. (...) depois da mudança, da reforma,⁸¹ é que começou a ter enfermeiro lá 24h, antes não tinha (E10).

(...) não tinha equipe multiprofissional, tínhamos na época um psicólogo que não atendia (risos), sério, mas assim, coitado, era um psicólogo no hospital todo, para todo hospital (...) então psiquiatria sempre ficava para lá. Às vezes um ou outro caso assim, quando era mais gritante, a Dra. pedia, mas entrar em visita, fazer alguma atividade, atender em grupo, isso não tinha não. (...) só funcionou com assistente social, sempre, até hoje o psicólogo que entra, porque tem uma referencia de psicólogo para lá, mas ele não fica lá dentro com os pacientes (E10).

Nessas condições, pacientes e equipe sofreram negligências:

(...) morriam muitos pacientes, muitos suicídios, acho que nós chegamos a uma faixa de cinco suicídios que eu lembro, abuso sexual também existia, sabe umas coisas assim meio... (E10)

A questão do suicídio, por exemplo, teve um que me marcou muito e acho que até hoje não sei lidar com essa história. Não tinha nenhum psicólogo, não tinha ninguém para falar para gente: olha, precisa de um olhar diferenciado nesse caso (E10).

⁸¹ Houve uma reforma no setor entre os anos 2009 e 2010, aproximadamente.

Sei lá (...) como é que a gente sobreviveu àquela situação? (E10)

Mas, quando você está numa estrutura, você acostuma com o cheiro, acostuma com tudo, e faz o seu trabalho (...). Ninguém queria vir para cá. Enfermagem só vinha para cá de castigo, quando não estava bem num lugar mandavam para cá, então, era uma estrutura muito feia (E23).

O profissional lembra que durante a noite ficava apenas um ou no máximo dois auxiliares para tomar conta de 28/30 pacientes. Na época que havia menos, era 16. Relembra que eram agredidos, pois ficavam muito expostos, no meio do salão, com poucos profissionais e ambiente insalubre para qualquer tipo de pessoa. Não havia enfermeiro, psicólogo ou terapeuta ocupacional, e o assistente social só conseguia fazer um trabalho de localizar familiares de pacientes desconhecidos. Na época, diz que desconheciam como denunciar o que acontecia.

Relata também que dentro do HMU funcionava um grande ambulatório e que só conseguiram mudar o processo de trabalho quando abriram os CAPS. Ou seja, Guarulhos contava com um grande ambulatório de saúde mental que funcionava no centro da cidade e outro que funcionava dentro do hospital de urgências.⁸²

Nós não tínhamos um local de acompanhamento de saúde mental. Era assim, o paciente chegava no HMU, (...) passava na psiquiatria, procurava o serviço social, eu pegava a guia, segurava a guia dele e dava um comprovante que ele tinha passado em consulta. Mas era uma data que não existia, tipo daqui três dias, daqui três meses, dois meses, ficavam anos (...) a gente ia guardando as guias conforme o ano, a gente punha numa caixinha (...) tinha anos e anos de lista de espera, era uma coisa surreal. (...) uma fila de espera de mais de três mil pacientes, e o ambulatório de saúde mental fornecia para o HMU três vagas mensais. Desses três mil pacientes, a gente conseguia encaminhar três (...) e aquilo foi acumulando, foi acumulando, três mil pacientes, quatro mil. (...) Depois que desmembraram o ambulatório de saúde mental e construíram o CAPS Osório Cesar, foi quando nós os convidamos para fazer uma triagem conosco. (...) A gente viu o que realmente era de CAPS e o que era ambulatório. Daquilo que era de ambulatório, eu fiz um levantamento, para saber onde estava esse povo, porque não estava em lugar algum. (...) Encontramos desde “essa pessoa não estava em tratamento”, ou “ah, conseguiu um tratamento em Osasco”, em São Bernardo, ele foi para São Paulo (...) uns tinham morrido, outros tinham mudado de cidade, e assim foi. Foi aí que começou a melhorar um pouquinho depois que veio o primeiro CAPS (E10).

⁸² Não vamos contabilizar aqui os ambulatórios de psiquiatria particulares. O que queremos destacar é que o PS psiquiátrico se transformou em um grande ambulatório. Faremos a discussão mais adiante.

Sobre o fim do ambulatório no HMU, um dos entrevistados lembra que foi um acordo entre a Secretaria Municipal de Saúde e os clínicos das unidades básicas para que o atendimento dos casos leves fosse realizado por esses últimos, mas que, segundo ele, não deu certo.

Antes desses CAPS, era só o ambulatório lá do CEMEG. Como fui coordenador aqui muito tempo, via que o atendimento chegava a ser mais de cem pessoas por dia, em geral era troca de receitas. Depois se descobriu que tinham pacientes que, ao invés de ir lá, na consulta do (ASM), vinha para cá e pegava receita, acumulava comprimido porque aqui era mais fácil. Mas quando o PT entrou, achou que os clínicos poderiam dar receita. Nós estávamos com uma fila de mais de três mil pessoas aguardando vaga lá no (ASM), um negócio absurdo. E aí eles começaram a falar que os clínicos iriam fazer as receitas e iam mandar esses pacientes lá para a atenção básica. Eu disse: olha, vocês acham que vão conseguir que os clínicos façam? Eles falaram: vamos! Então, eu vou fechar a porta aqui. Era aqui atrás a porta. Eu fechei a porta e falei: de agora em diante nós só vamos atender urgência, não vamos mais atender receitas e vocês vão se virar. (...) Eles deram com os burros n'água. Nenhum clínico aceitou. Quando tentaram voltar atrás, eu falei: olha, agora não dá mais, nenhum médico mais vai aceitar atender cem consultas por dia. Então, a porta ficou fechada, está até agora assim (E23).

Após a abertura do CAPS, a psiquiatria do HMU inicia algum contato com a rede. Essa relação vai aumentando e se aprimorando com a chegada de outros CAPS nos anos seguintes:

Pesquisadora: O primeiro contato que vocês têm para fora do hospital, é quando chega o CAPS, então?

- Foi (...) ninguém da rede aparecia e se existia alguém da rede a gente também não sabia. (...) Aí, graças a Deus depois entrou o PT, e as coisas começaram a melhorar. Chegou o CAPS Arco Iris, depois o Alvorecer e já deu mais uma qualidade de vida para os pacientes psiquiátricos em Guarulhos porque não tinha nada. Era bem precário. (...) A Eva⁸³ chegou mais próximo. Bateu muito de frente com o Secretário por melhorias até que teve uma boa melhorada. Começamos assim reuniões de grupo, a discutir casos, reuniões mensais com todos os CAPS no HMU, foi tudo nessa época dela (E10).

Sobre os gestores do hospital, a percepção do entrevistado é que nenhum deu a devida atenção à psiquiatria, pois mal passavam no local, apenas quando morria alguém ou quando

⁸³ Coordenadora de SM no município entre 2008 e 2011.

subia uma família muito estressada e ia direto para a diretoria que ficava no andar de cima (E10).

Depois de alguns anos, aproximadamente entre 2009 e 2010, a Secretaria Municipal de Saúde transferiu a psiquiatria do HMU para um imóvel ao lado do hospital para reformá-la. A reforma levou dois anos e depois retornaram. A casa que utilizaram durante esse tempo foi posteriormente transformada no CAPS II Bom Clima, cuja inauguração se deu em julho de 2011.

(...) teve aquela casa que foi alugada para o CAPS Bom Clima, que era para virar o CAPS, (...) mas virou a enfermaria do HMU para ser feita a reforma, mas era para ser outra reforma, mais aberta e foi indo, foi indo... no limite conseguiram deixar aquela arezinha externa. Tinha uma preocupação (...) que era de fechar tudo. A gente foi dizendo, insistindo (que não), insistindo e aí o povo dizia assim: mas eles vão pular o muro! (...) eu dizia: mas não é isso que segura a pessoa (...) está numa crise de agitação psicótica? (...) vai fazer uma contenção, cuidadosa, não como muitas vezes a gente viu (E7).

Perto do que era, os profissionais afirmam que a enfermaria está muito boa, no entanto reconhecem que o espaço ainda era pequeno em 2016 e não possuía uma equipe multiprofissional para atendimento. Apenas psiquiatras, uma assistente social e equipe de enfermagem.

Aqui é bom. A equipe é parceira. O ruim daqui é o espaço. Só tenho sete leitos em cada enfermaria. Não tenho terapia ocupacional, não tenho espaço de lazer, não tenho TV, não tem nada para fazer. É uma judiação (E2).

Depois foi feito uma reforma, meia boca, se fez o que é hoje, está melhor do que era, mas ainda está muito longe do necessário. Foi feito uma coisa bem rudimentar, no banheiro não entra cadeira de rodas, as portas, se tiver uma urgência, você tem que abrir duas portas, foi mal planejado (...) A sala aqui tem uma ou duas tomadas, como faz? Se eu tiver um agito duplo, se eu tiver que monitorar dois pacientes, como é que eu faço? (E23).

4.2.2.6 Considerações gerais sobre o período

Em relação aos equipamentos de assistência em saúde mental, a década de 1990 termina em Guarulhos com: a implantação e transferência do hospital-dia para o complexo do CEMEG (antigo IPG), transferência do pronto socorro psiquiátrico para o hospital municipal de urgências (HMU), a implantação do NAPAD e a municipalização do ambulatório da criança. Como observado, no início da década de 1990 foram municipalizados os serviços da atenção básica e após 1997 houve a municipalização das especialidades.

O período dos anos 1990 em Guarulhos caracteriza-se por avanços na implantação do Sistema Único de Saúde - SUS no município ocasionando uma série de mudanças estruturais na Secretaria de Saúde Municipal e na sua rede de serviços.

É uma década na qual estado e município começam a conversar com um objetivo único que era a organização do SUS. Primeiramente a atenção básica e depois a especializada a partir de 1997.

O fato de funcionários da gestão estadual assumirem parte da Secretaria Municipal de Saúde e ainda seus cargos terem sido preenchidos por profissionais da área da saúde mental (Dra. Vera Gomes e equipe que assumiram a gestão do ERSA 15) que já tinham trabalhado em Guarulhos e faziam parte daquela nova geração de profissionais que havia sido contratada na época do governo Montoro possibilitou uma série de avanços na Política de Saúde Mental municipal.

Com o apoio desses profissionais de saúde mental que assumiram cargos altos de gestão dentro da estrutura da SES/SP, serviços como o hospital-dia e o NAPAD foram implantados e mais profissionais chegaram para trabalhar nas equipes mínimas, agora das chamadas unidades básicas de saúde: antigos postos de puericultura e centros de saúde que foram municipalizados.

Importante salientar que essa equipe do estado foi muito importante no sentido de estimular que esses novos serviços fossem implantados, porém havia também o entendimento por parte da gestão municipal de que era importante avançar nesse sentido, o que foi fundamental para que houvesse, de fato, a abertura dos novos equipamentos.

Em relação à Política de Saúde Mental, podemos dizer que houve avanços importantes com a abertura de novos equipamentos como o hospital-dia e o NAPAD, a contratação de mais profissionais para atuarem nas equipes mínimas de saúde mental das unidades básicas de saúde e a transferência do pronto socorro psiquiátrico para as dependências de um hospital geral. Além disso, houve o fechamento do Instituto de Psiquiatria de Guarulhos e

municipalização de serviços importantes como o Centro de Saúde I – Centro onde funcionava o ambulatório da criança e que inicia uma divisão no atendimento da clientela que era apenas acompanhada no ambulatório de saúde mental.

Destacamos também o NAPAD, pois observamos uma dificuldade para a implantação desse serviço que vai além das questões político-financeiras, que é a questão do preconceito. Através dos relatos conseguimos enxergar que não era apenas a população que demonstrava seu preconceito ao público em questão, mas constatamos um preconceito por parte dos profissionais de saúde que trabalhavam nas unidades básicas de saúde, no ambulatório de saúde mental adulto, no hospital-dia e no ambulatório da criança.⁸⁴

Ainda nessa década temos a supervisão clínico-institucional que proporcionou passos importantíssimos aos profissionais de saúde mental do município e cuja história destacaremos mais à frente no Capítulo 5, porém não podemos esquecer que marcou a rede de saúde mental no início dos anos 1990.

Contudo, há outro lado nessa história. Ao analisarmos a assistência em saúde mental, vamos perceber que a cultura manicomial de atendimento permaneceu em Guarulhos também durante essa década.

Podemos dar como exemplo os encaminhamentos realizados aos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo pela equipe do pronto socorro psiquiátrico que passou a funcionar nas dependências do HMU mesmo quando a Política de Saúde Mental seguia no sentido contrário (não privilegiar a internação de pessoas, muito menos em hospitais psiquiátricos) ou mesmo as condutas médico-centradas e medicamentosas que existiam no ambulatório de saúde mental e no Instituto de Psiquiatria de Guarulhos (neste último até 1994).

Conforme análise dos anos 1980, o não avanço na qualidade da assistência em saúde mental em Guarulhos pode ser explicado pela ruptura no investimento político e financeiro por parte da SES/SP nos ambulatórios, pela alta demanda de atendimento (em decorrência dos poucos equipamentos implantados pela SES/SP) e pelo perfil mais coincidente com as práticas asilares de alguns funcionários que trabalhavam nos poucos equipamentos que atendiam ao público da área da saúde mental.

No entanto, o que destacamos nesse período são as condições de trabalho na enfermaria psiquiátrica do HMU que permaneceram até o final dos anos 2000. A nosso ver, tal situação retrata um descaso do poder público em relação à saúde mental: três pacientes

⁸⁴ Sobre a dificuldade ou recusa de atendimento por parte do ambulatório da criança, abordaremos no item a seguir ao falarmos sobre a implantação do CAPS infantojuvenil.

dormindo na mesma cama (os chamados treliches), pacientes comendo com a mão, comendo sentados no chão, crianças, jovens e adultos misturados no mesmo ambiente, profissionais submetidos ao mau cheiro e sem a mínima estrutura física para o trabalho. Não foi à toa que algumas mortes aconteceram e traumatizaram os funcionários.

Além disso, o surgimento de um ambulatório de quase 3 mil pessoas sendo atendidas para troca de receita no HMU e o fato de o ambulatório de saúde mental abrir apenas 03 vagas mensais para o HMU e ficar ali, represada, uma fila de pessoas para atendimento durante anos evidencia problemas no acompanhamento desses serviços por parte da gestão local e da Secretaria da Saúde.

Guarulhos retrata que não basta derrubarmos os muros dos manicômios e dizermos que estamos cuidando das pessoas em liberdade. É preciso investimento técnico e financeiro para que os profissionais entendam e modifiquem suas práticas. É mudança cultural. É preciso que se invista na construção de uma rede de serviços extra-hospitalares que siga os parâmetros de implantação em cada território e, assim, não sobrecarregar os poucos serviços abertos. É preciso que os equipamentos em saúde mental funcionem de acordo com os parâmetros ministeriais de cobertura, se responsabilizando por um grupo populacional condizente com o número de profissionais que trabalham naquele equipamento. É preciso que os profissionais tenham um local apropriado para o bom desempenho de sua prática. Mas como fazer tudo isso sem investimento financeiro e priorização das políticas públicas na área da saúde e da saúde mental pelo Estado Brasileiro?

O que vamos percebendo é que esse fenômeno de abrir novos serviços e equipamentos, porém sem a garantia de prédios apropriados e, principalmente, de equipes qualificadas, será uma marca de Guarulhos durante todo o período que nos propusemos a estudar.

4.3 A TRANSIÇÃO DOS ANTIGOS SERVIÇOS PARA OS CAPS E O FECHAMENTO DO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL

No início dos anos 2000, a rede de saúde mental em Guarulhos contava com 16 equipes mínimas nas unidades básicas de saúde,⁸⁵ 01 ambulatório de saúde mental adulto e 01 ambulatório da criança, 01 hospital-dia (funcionando dentro do CEMEG/Centro), 01 NAPAD e 01 pronto socorro psiquiátrico (funcionando nas dependências do HMU).

A partir de 2001, conforme apresentamos no Capítulo III, assume a Secretaria Municipal de Saúde uma nova gestão: a psiquiatra Dra. Vera Gomes, que estava na direção do ERSA 15, assume como Secretária da Saúde em Guarulhos, e a psicóloga Iraci Gomes (que também fazia parte de sua equipe) assume como Diretora do DAS – Departamento de Assistência à Saúde (E1). Elas e sua equipe desencadeiam, novamente, porém nesse momento por meio da gestão municipal, ações importantes para a saúde mental do município. Transfere-se o Ambulatório de Saúde Mental da sede da Secretaria de Saúde para o complexo do CEMEG-Centro e transformam o NAPAD e o hospital-dia em CAPS AD II e CAPS II Osório César respectivamente. Além disso, organizam a I Conferência Municipal de Saúde Mental, em 2001, e inauguram o TEAR, em 2003.

Uma vez promulgadas a Lei 10.216 em 2001 e a Portaria 336 em 2002,⁸⁶ a nova gestão, preocupada em impulsionar a saúde mental no município, estimula dois serviços a se transformarem em CAPS: o NAPAD e o HD.

Ao final da década de 2000, mais precisamente entre 2005 e 2008, inicia-se uma discussão na Secretaria Municipal de Saúde sobre o fechamento do ambulatório de saúde mental, visto que não era mais preconizado pelo Ministério da Saúde e havia se transformado numa instituição cronicada. O ambulatório é encerrado em 2011 e essa história será apresentada mais à frente.

4.3.1 O CAPS AD – Dr. Arnaldo Bravo Brant

O Núcleo de Atenção e Prevenção ao Abuso de Drogas - NAPAD se transforma em CAPS AD II ainda na antiga casa da Rua Odilon de Moraes, ao final de 2001, mas logo em

⁸⁵ Número este preconizado pela OMS para uma população de 800.000 habitantes, conforme dados apresentados no Item 1.3 do Capítulo I.

⁸⁶ Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

seguida é transferido para uma casa maior na Rua Luis Faccini, no Centro de Guarulhos (E25).

Nesse momento, os profissionais também lidaram com o preconceito dos vizinhos, agora comerciantes do Centro que não queriam um serviço voltado para dependentes químicos no local. Com o apoio de vereadores e dos gestores da SMS, o CAPS AD II iniciou suas atividades no novo imóvel em 2002 (E5).

(...) as pessoas não enxergam o quanto de coisas você precisa (...) fazer (para o) projeto se efetivar. Tive que mexer com vereador, porque para alugar o prédio, e fazer o projeto, teve que mudar o nome. Não podia ser NAPAD, tinha que ser nome próprio. E como a gente muda nome de unidade? Passando pela Câmara Legislativa. (...) Então, decidimos dar o nome do Arnaldo, (...) que foi a primeira pessoa que construiu alguma coisa de álcool e drogas aqui no município. Chamamos um Vereador que era da base e que tinha um olhar para a saúde (...). Ele foi até o NAPAD (...) Pedimos a autorização para locação de imóvel. Para fazer isso, tive que fazer um estudo de malha viária, que local era esse da região que convergiam todas as linhas e que era na região central. Ele encaminhou para a Câmara (...) Quando o legislativo aprovou, passou para o executivo. (...) o executivo acionou o jurídico que foi averiguar a casa e autorizou o aluguel (E5).

O processo de trabalho da equipe do NAPAD sofre alteração com a mudança para CAPS.

(...) dentro do processo de trabalho, que foi uma mudança radical, foi o advento do intensivo quando a gente se transformou em CAPS, porque até então a gente fazia atendimento ambulatorial (E25).

(...) ficou complicado o negócio. Porque dali em diante nossa porta de entrada encheu (...). Teve um período em que a gente teve que fechar a porta porque a demanda estava muito grande, não estava conseguindo absorver. Teve períodos que a gente ficou sem psiquiatra (E25).

Com o tempo e divulgação do que faziam, o reconhecimento pelo trabalho da equipe que agora era CAPS AD II – Dr. Arnaldo Bravo Brant⁸⁷ foi aumentando e tomando a rede de saúde municipal a ponto de ser chamada a dar palestras e capacitações para outros equipamentos:

A gente fazia reunião no CAPD (equipamento para assistência aos portadores de deficiência) e surgiu uma demanda, porque a maioria

⁸⁷ O Dr. Arnaldo Bravo Brant faleceu em janeiro de 2002. Pelo fato de ele ter sido um dos grandes lutadores pelo atendimento AD no município, seu nome foi dado ao CAPS.

dos técnicos não tinha muita informação sobre a dependência química. Então, a gente fez um programa de palestras (...) a partir da nova gestão, a gente começou a ter mais possibilidade de divulgação (...). A (gerente) também articulou muito, ajudou muito na divulgação. (...) a partir daí fazíamos palestra em todos os lugares, vários serviços demandando então, começou a ter uma nova visão do CAPS. Ah, o CAPS! (E25).

Sobre a transformação de CAPS AD II para CAPS AD III, em 2013, os entrevistados lembram que o CAPS II não estava mais dando conta de acompanhar tantos casos graves. As demandas chegavam cada vez mais e, por ser o único CAPS AD do município, era cobrado pelo atendimento, mas não conseguia atender de forma integral à maioria deles.

Além disso, conforme análise anterior havia e, continua havendo, grande dificuldade em se abrir leitos de saúde mental em hospital geral no município. Apenas os leitos do HMU são de referência para o CAPS AD.

Nesse cenário, a gestão entende que transformar aquele CAPS para o atendimento 24 horas era importante e as portarias do Ministério da Saúde já preconizavam o CAPS do tipo III para uma base populacional de 200 mil habitantes.

A mudança para um atendimento de maior complexidade, no qual os pacientes poderiam pernoitar, trouxe à população maior credibilidade e vínculo com a equipe:

(...) a gente já tem visto na literatura, mas ainda não tinha averiguado na prática: que quando um serviço dá uma resposta no momento da crise, ele faz uma vinculação muito maior do usuário. Um reconhecimento da população que legitima o serviço. Aquele serviço é o meu serviço, porque ele me acolheu num momento de sofrimento. Ele é potente. (...) A gente tinha uma desistência e abandono do tratamento, enquanto CAPS II, muito maior (E5).

O relato acima exemplifica a potência dos serviços substitutivos defendidos pela Reforma Psiquiátrica dos anos 1970 e 1980, no caso um CAPS AD 24 horas, trazendo de forma clara que o cuidado em liberdade é possível e dá certo, mesmo sem ter as condições ideais de funcionamento.

Apesar dessa potência, alguns profissionais relatam que os psiquiatras deixaram de participar das reuniões de equipe, principalmente após o aumento da demanda no CAPS III. Com isso, apontam para o risco de voltarem a um atendimento apenas ambulatorial. De qualquer forma, voltamos a afirmar que será muito difícil um CAPS, mesmo sendo do tipo III, e mesmo tendo uma equipe qualificada e motivada, funcionar em toda a sua potência

permanecendo como referência para mais de 1.300.000 habitantes quando, na verdade, sua equipe está formada para um atendimento de 200.000 habitantes.

A contratação de vagas em uma comunidade terapêutica (CT) ocorreu antes do CAPS AD ter sido transformado em 24 horas. Na época, havia chacinas de jovens no município por grupos de extermínio, muitas vezes ligado ao tráfico de drogas. Como o CAPS AD II não conseguiria dar suporte para esses jovens que precisariam deixar suas comunidades, optou-se por fazer um contrato de serviço com uma CT em Mairiporã, cidade vizinha a Guarulhos. Houve a tentativa de colocá-los em abrigos municipais, porém as ameaças chegavam às suas portas. Desde então, Guarulhos continua essa parceria. A coordenação da saúde mental municipal chegou a escrever processos para abertura de unidades de acolhimento,⁸⁸ o Ministério da Saúde chegou a encaminhar parte do financiamento, mas por dificuldades financeiras municipais ainda não haviam sido implantados até o final de 2016.

4.3.2 A I Conferência Municipal de Saúde Mental

Em dezembro de 2001, acontece em Brasília a II Conferência Nacional de Saúde Mental com o tema “Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”.

Em Guarulhos, acredita-se que a I Conferência Municipal de Saúde Mental tenha sido organizada nesse mesmo ano. Alguns entrevistados relembram que o evento foi relativamente calmo, com a participação de trabalhadores e usuários. Inclusive, lembram a falta de verba para sua realização, sendo preciso comprar os alimentos para o lanche com verba pessoal de funcionários da gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Acho assim, tem dados na história da saúde mental que as pessoas não conhecem. Aquela Conferência, como eu falei para você: a Conferência Municipal de Saúde Mental. Nenhum município em São Paulo, no estado, além do município de São Paulo, tinha feito a Conferência Municipal de Saúde Mental (E4).

A Conferência de Guarulhos foi muito tranquila, porque (...) quem convidou as pessoas fomos nós, então todo mundo que foi tinha a fala

⁸⁸ Os serviços chamados de Unidades de Acolhimento são residências que acolhem determinadas pessoas que estão realizando tratamento para dependência e necessitam, por algum motivo, saírem de seu local de moradia. Na Política de Saúde Mental voltada para a assistência à dependência química, a junção dos CAPS AD 24 horas com as unidades de acolhimentos fariam o atendimento que hoje é, em parte, desempenhado pelas comunidades terapêuticas, porém sem o afastamento total dos pacientes da sociedade e com uma rede de apoio à saúde mais fortalecida.

da Luta Antimanicomial. Algumas pessoas que iam às Conferências de todas as cidades tentaram tumultuar um pouco, mas eu cheguei junto e disse: aqui, não. Então, foi tranquila. Saíram várias propostas interessantes e que eu saiba, nenhuma foi para frente (E6).

Então a gente dividiu em temas, e eram regionais: regional (de saúde) 1, 2, 3 e 4. Então, não é que houve pré conferência, mas houve discussão nas regionais, levantamento de temas para a gente discutir. Era sobre internação, era... as questões continuam as mesmas, não tinha algumas torturas como hoje tem como a internação compulsória, mas eram compulsórias as internações também. Muito pouco respeitado, na verdade. Uma questão que foi muito forte foi a questão da supervisão (E4).

O público da I Conferência de SM de Guarulhos:

Eram todos os profissionais de saúde mental, mas participaram outros profissionais que não eram da saúde mental e tinha a população. Era pequeno o movimento popular (...). Era a Prefeitura já. Mas foi uma briga, porque o Padre (...) cancelou o primeiro momento, exatamente questionando a condução democrática. Eu não sei se não foi passado para ele, mas foi feito de tal forma a acessar as 04 regionais e desembocar em uma Conferência Municipal. Foi um escândalo. O primeiro dia não rolou. Até que foi tudo explicado e rolou. E a gente tirou temas para a Conferência Estadual, tudo direitinho, como reza o figurino. (...) Chegamos a mandar delegado para a Conferência Estadual em São Paulo (E4).

4.3.3 O CAPS II – Osório César e a Associação 02 de Abril

A transformação do hospital-dia em CAPS II – Osório César seguiu o mesmo processo de transformação ocorrido com o NAPAD e o CAPS foi inaugurado em abril de 2001 no mesmo local onde funcionava o hospital-dia (onde foi o antigo Instituto de Psiquiatria de Guarulhos e, na época, funcionava o CEMEG/Centro). Sua equipe era formada por profissionais do hospital-dia e do ambulatório de saúde mental (E3). Por seis anos, o CAPS II Osório César e o CAPS AD Arnaldo Brant permaneceram únicos no município⁸⁹ e os entrevistados lembram como era difícil atender toda a demanda. Alguns lembram que o entendimento sobre a Política de Saúde Mental de CAPS ainda não havia sido assimilado por todos (E22).

⁸⁹ O CAPS AD continua sendo o único.

O CAPS II Osório esteve à frente de muitas ações em saúde mental no município, justamente por ter sido o primeiro do tipo na cidade, e dentre elas, algumas fundamentais para a construção dessa rede, como por exemplo, a criação da Associação 02 de Abril e todas as discussões que foram feitas à época.

A Associação 02 de Abril⁹⁰ foi uma iniciativa de alguns funcionários e familiares do CAPS II Osório César, logo que se transformaram em CAPS para que no município houvesse um grupo que apoiasse a construção dessa rede seguindo os preceitos da Luta Antimanicomial. No entanto, segundo a entrevista nº 04, não conseguiram se sustentar, pois não havia pessoas que pudessem se dedicar exclusivamente a essa missão. A Associação foi constituída de forma oficial e parece ter sido a primeira protagonista da luta pela isenção tarifária municipal para o público da saúde mental.

(A Associação 02 de Abril) Era um movimento social que discutia a saúde mental em Guarulhos (...) Os primeiros projetos de lei da isenção tarifária, que até hoje não foi aprovado, vêm daquela época. (...) Foi um momento também de politização dos usuários, familiares e trabalhadores, o primeiro que eu vi, entre 2005 e 2006. Era uma cidade que estava começando a saúde mental enquanto rede substitutiva (E24).

O fim da Associação 02 de Abril:

Em 2007, a Prefeitura chega e fala: vocês não querem fazer a gestão dos novos serviços que nós vamos criar? Que é o CAPS Recrear, e o CAPS Arco Iris. Em princípio, lembro que fui contrário, (íamos) fugir do nosso escopo, do movimento social e tal para fazer isso e (íamos) nos perder, é muito grande essa missão. Ficamos ali meses nessa discussão. Tanto que não teve essa parceria, (...) teve uma tentativa de ajustar documentações, fazer nova diretoria, acabou não dando, não teve pernas e o pior é que, com isso, a Associação 02 de Abril acabou (E24).

Apesar dos muitos sonhos da primeira equipe do CAPS II Osório César, alguns não foram realizados.

⁹⁰ O nome representa o dia de fundação da Associação – 02 de abril de 2003.

(...) não era bem isso que eu queria, queria mais coisas, mas não acontece. Então o esqueleto, quando trouxemos para cá, era para ser outra coisa, era para ter outros projetos, não conseguimos, mas... (inaudível) ..., com campo de bocha onde é hoje o estacionamento, uma horta daqui para frente... um monte de planos que foram abortados. Teve a marcenaria que a gente chegou a montar, mas nunca tivemos o nosso forno funcionando a todo vapor, uma sala para tear que nós nunca tivemos. Nós chegamos a ter 05 teares tudo amontoado numa salinha... eram muitos projetos, mas a gente aprende a abrir mão dos sonhos na saúde pública (E4).

Interessante destacarmos nessa fala a sensação de um profissional que inicia no CAPS com muita energia, muitas ideias a serem implantadas e que, ao final, acostuma-se com o pouco investimento que receberam. Acreditamos que o mesmo aconteceu com a equipe da enfermagem psiquiátrica do HMU que, ao perceberem a falta de investimento, se acostumaram ao local e às dificuldades do trabalho.

Analisamos que até o ano de 2016, o número de CAPS no município é muito menor do que o preconizado pelos parâmetros ministeriais. Dessa forma, as equipes trabalham com territórios populacionais enormes e, assim, supomos que ainda que a gestão venha a melhorar as condições internas de trabalho desses CAPS, as equipes não conseguirão desempenhar as atividades com a qualidade e capacidade que o potencial dos profissionais demonstra ter. A demanda sempre foi maior que a capacidade de execução do equipamento e, assim, algumas atividades saem prejudicadas.

4.3.4 Reabilitação Psicossocial – O TEAR e a sua relação com os CAPS e a ECOSOL

Em 2003, durante a gestão da Secretária de Saúde da Dra. Vera Gomes, Guarulhos abre o TEAR, na época chamado de *Projeto TEAR*, cuja missão era, e continuou sendo até 2016, a reabilitação psicossocial e inclusão social por meio do trabalho, cultura e convivência.

O nome é uma composição das palavras TERapia e ARte. No entanto, no decorrer desses 13 anos, sua missão foi se modificando, e hoje não realizam mais a “terapia”. O TEAR é um equipamento da Rede de Atenção Psicossocial de Guarulhos voltado a pessoas que apresentam grave sofrimento psíquico. Estão inseridos também na rede da Economia Solidária.

A história que é contada nas Entrevistas 01, 04 e 06 ajuda a entender porque Guarulhos foi escolhida para desenvolver esse trabalho. Segundo os entrevistados, a empresa multinacional Pfizer do ramo farmacêutico queria investir em projetos de geração de renda que já aconteciam no município de Campinas, interior do estado de São Paulo. Porém um funcionário de Campinas achou que era melhor que aquela experiência que já estava implantada no seu município pudesse iniciar em outros lugares. A parceria foi apresentada ao município de São Paulo, mas a gestão colocou muitos empecilhos e não deu certo.

A proposta chega a Guarulhos porque esse funcionário de Campinas conhecia a psicóloga Iraci, que na época estava na equipe de gestão da Secretaria da Saúde, e propôs a ela que a Pfizer viesse para Guarulhos.

Foi uma beleza o programa, eles pagavam os oficinairos, consegui um espaço que era uma garagem abandonada do município (...) a gente conseguiu o vale-transporte, depois conseguiu comida, eles vendiam os trabalhos, ganhavam alguma coisa (E1).

O começo foi difícil porque o dinheiro era bastante, mas nem tanto assim, e significava que a Prefeitura tinha que assumir algumas coisas, como o aluguel do galpão (e) a questão da comida. O RH não foi problema porque a gente colocou tudo na conta da Pfizer. A gente só pegou pessoal com experiência. Assim, os coordenadores das oficinas tinham experiência em SM e o cara que tocava a oficina tinha experiência da técnica daquela oficina. (...). Mas a Prefeitura ajudou pra caramba (E6).

(...) o apoio da Pfizer que foi vital. A Pfizer investiu uma cifra milionária no Projeto TEAR (E4).

O recurso da Pfizer era para durar um ano e meio e, após esse período, iniciou uma preocupação se o TEAR continuaria existindo. Foi um período de bastante tensão, e os funcionários chegaram a se despedir dos pacientes. Porém após o credenciamento do TEAR como CAPS, começou a vir financiamento do Ministério da Saúde e, assim, o TEAR ganhou fôlego para continuar (E24).

O credenciamento do TEAR como CAPS gerou e gera inúmeras discussões internas na Secretaria Municipal de Saúde e em âmbito nacional. A questão é que até o momento não há um número no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES - específico para esse tipo de iniciativa e nem uma portaria de financiamento para experiências como o TEAR no Brasil. Logo, os municípios que desenvolvem projetos como o TEAR têm encontrado

diferentes formas de lidar com o problema: alguns optaram por cadastrar como CAPS, outros como Clínica Especializada e outros optaram pelo não credenciamento e, assim, arcam 100% com os gastos desses serviços. A falta de uma Política clara para serviços e iniciativas como o TEAR gera uma instabilidade na existência de novos empreendimentos na área. A não formalização por parte do Ministério traz dificuldades para que mais equipamentos como o TEAR sejam implantados no Brasil prejudicando a reabilitação psicossocial e a inserção social de milhares de pessoas.

Ressaltamos que é essencial estimular essa discussão com o Ministério da Saúde para que haja o reconhecimento oficial dessas iniciativas que, como veremos a seguir, são muitas.

Interessante observar que o TEAR foi uma iniciativa que começou logo após a Lei 10.216 de 2001 a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Isso coloca Guarulhos à frente de milhares de municípios quando o tema é a reabilitação psicossocial e a inserção social desse público. Essa surpresa de ter encontrado um projeto dessa magnitude no município foi lembrada na seguinte entrevista:

(...) a saúde mental ainda era muito jovem, a lei da saúde mental, a reforma psiquiátrica tinha 4 anos, as coisas estavam começando a ser implantadas, então, chegar aqui em Guarulhos, entrar nesse galpão e ver essas oficinas funcionando foi de certa forma um choque (E24).

O público do TEAR foi se transformando no decorrer dos anos e muito dessa mudança aconteceu nos períodos de abertura de novos CAPS no município. O TEAR foi implantado quando ainda só existiam dois CAPS.

As pessoas que estavam aqui, os usuários, muitos deles não tinham a menor demanda para estar aqui, a demanda deles era para estar no CAPS, o que a gente avaliava, inclusive. Só que não tinha CAPS, só tinha 1 CAPS em Guarulhos que chamavam de CAPS II saúde mental e tinha o CAPS AD, tinha muito pouca gente do CAPS AD (E24).

Em 2007 abre o CAPS Recriar, depois o CAPS Arco íris, CAPS Alvorecer, depois veio o CAPS Bom Clima, então nessa ampliação ficou mais claro o foco do TEAR, a especificidade na inclusão social pelo trabalho e inclusive diminuiu o número de procura (...) foi reduzindo, reduzindo ate que estabilizou assim alguns anos (E24).

A missão do TEAR era, inclusive, de apoiar a construção da rede de saúde mental no município e, nesse sentido, a participação, junto ao CAPS II Osório César e da Associação 02 de Abril, foi importante no início da rede (E24).

A Associação Cornélia Vlieg, de Campinas, assume a gestão do TEAR visto que já desenvolviam esse tipo de trabalho naquele município. No entanto, assim como o dinheiro da Pfizer era para durar um ano e meio, a administração pela Associação Cornélia também. Como não havia outra Associação disposta e com a experiência de Campinas, a Secretaria Municipal de Saúde continua a parceria com a Associação Cornélia por aproximadamente 09 anos.

A missão do TEAR, de tempos em tempos, é questionada pela gestão da Secretaria da Saúde. O que mais propicia esses momentos de tensão é justamente o seu cadastro enquanto CAPS. Logo, a pergunta que vem à tona é: vocês não são um CAPS? Mas, então, o que vocês são? Definam-se. Em 2011, houve um momento de questionamentos à equipe do TEAR, gerando bastante desconforto a eles e aos usuários, visto que todos se sentiram ameaçados sobre os rumos do serviço. Nesse momento, a Secretaria Municipal Saúde não apenas questiona o serviço sobre sua missão e rumos, mas também apresenta propostas de municipalização do quadro de recursos humanos (RH).

A gente não podia avançar em nada, era uma incerteza total, passamos um ano e meio na incerteza entre o início de 2011 e agosto de 2012, não sabia para onde ir, não sabia se ia continuar, não sabia o que ia ser, foi muito angustiante (E24).

Apesar de entenderem que a proposta da municipalização do RH era importante para o fortalecimento do SUS, os profissionais ficaram preocupados com a forma como esse processo poderia ser conduzido. Para eles seria necessário haver um concurso público cuidadoso para que a missão do TEAR não fosse deturpada.

Nós da equipe, de certa forma, defendíamos também que pudesse ter essa municipalização, que tivesse concurso, afinal nós defendemos o SUS de administração direta e também concordamos com isso e achamos importante isso que a Prefeitura colocou naquele momento, mas isso não poderia ser feito de uma hora para outra e a prefeitura sem abrir concurso, simplesmente transportando pessoas de um lugar para outro (E24).

Apesar de tudo, foi a partir de então que a Secretaria de Saúde se aproximou mais do TEAR e, dessa forma, apoiou de forma mais concreta suas atividades e iniciativas:

(...) acho que foi importante aquele momento de a Prefeitura assumir, de lá pra cá, assumiu mais o TEAR, antes, ficava meio: ah, que legal que está lá, mas deixa lá está tudo bem (E24).

Durante esse período, a saída encontrada por um grupo de profissionais da Secretaria da Saúde e do TEAR foi sugerir a troca da gestão da Associação Cornélia por uma que fosse mais próxima de Guarulhos. Nesse momento, surge a Associação Saúde da Família, que já desenvolvia a gestão de outros 03 CAPS no município.

A mudança entre as associações traz novos profissionais e novos processos de trabalho ajudando na definição da missão do TEAR.

Essa mudança foi positiva, teve mais recursos, teve um olhar muito mais claro para a economia solidaria, teve uma potencialização forte que foi muito importante (...) de lá para cá, fizemos uma parceria com a PUC de estágio (...) estagio em psicologia social do trabalho (...) várias ações aconteceram, os espaços multiformes, ações culturais, a potencialização das oficinas, novas feiras, a nossa participação na rede de saúde mental e economia solidária, foi cada vez mais importante, alguns projetos que a gente conseguiu através da nossa participação na rede com financiamento da secretaria nacional de economia solidária e com financiamento também do Ministério da Saúde. Então, teve investimentos nas oficinas, teve investimento em formação (E24).

A Pfizer continuou investindo e a Associação Saúde da Família (ASF) continuou fortalecendo o trabalho:

(...) anualmente a gente escreve um projeto para Pfizer, tem um recurso pequeno, mas é um recurso que tem sido colocado em formação, na requalificação da marca TEAR, do branding que é o nome que se dá a essa criação da nova marca, novo logo, os valores e tal, com isso se fez um novo site, se fez uma requalificação, deixou de ser um projeto e assumiu o TEAR. Isso foi um processo que foi acelerado depois que a ASF assumiu, porque muitas ideias dessas já estavam ali só que não dava pra fazer nada, a hora que entrou a Associação Saúde da Família deu uma renovada na equipe. (...) Final de 2012 e 2013 foi um ano de muita potência, muita alegria, muita vontade (...) tudo que não tinha acontecido, aconteceu (E24).

A história do TEAR remete à história do movimento da economia solidária e sua aproximação com a saúde mental. É muito importante Guarulhos reconhecer que o TEAR durante todos esses anos ajudou a fundar um movimento que atualmente ganha proporções nacionais e internacionais. Sua importância é grandiosa e nem sempre as gestões municipais entendem e reconhecem a potência de um serviço que eles mesmos construíram. Apesar de todas as dificuldades, manter o TEAR aberto faz com que Guarulhos seja olhada de forma muito positiva por esse movimento da saúde mental e da economia solidária.

O TEAR é o maior projeto de economia solidária de Guarulhos, indiscutivelmente, tem 120 pessoas trabalhando em oficinas de trabalho. O TEAR é maior, mesmo se juntar todos os grupos das pessoas que estão na feira de economia solidária. (...) o TEAR além de ter toda a sua história e tal, todo seu reconhecimento municipal, estadual, nacional, ele é um projeto grande de economia solidária (E24).

O TEAR teve participação direta no início da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária em âmbito nacional e da rede que se formou no estado de São Paulo (ECOSOL). O TEAR ajudou a impulsionar essa política pública no país com a força de seus funcionários, que já faziam parte de outras associações que trabalhavam com o mesmo objetivo.

(...) somente em 2004 que teve vez a aproximação entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, através da qual foi realizado um primeiro mapeamento das iniciativas de geração de trabalho e renda no cenário nacional e a Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de saúde mental (OLIVEIRA NETO et al, 2014, p. 55).

Após esse marco para a Política de Economia Solidária e da saúde mental no país, outros encontros se sucederam e o TEAR esteve sempre presente, principalmente no final de 2007 e início de 2008.

Foi nesse período que, com a aproximação de outros serviços e iniciativas autônomas, principalmente da cidade de São Paulo, começava a se formar a ideia de um agrupamento dessas em uma rede, de modo a fortalecer esse debate dentro e fora do campo da saúde mental. Naquele momento, o referencial da Economia Solidária tomava força (...) e o Projeto TEAR (...) colaborou na formação do grupo que

futuramente viria a ser denominado de Rede de Saúde Mental e Economia Solidária do estado de São Paulo (em 2009) (E24).

Sobre essa fase de construção da ECOSOL, o não reconhecimento pela cidade de Guarulhos e a importância do TEAR no processo, o entrevistado relata:

(...) estamos lá desde antes da fundação, até hoje, quase em todas as reuniões, participando das coisas, das feiras, dos projetos, das capacitações, então isso é legal de deixar anotado. É algo que talvez aqui na cidade não apareça, na própria cidade onde o TEAR está, mas o TEAR tem uma presença muito forte nas ações, nas reuniões, nas feiras. Nós chamamos de rede ECOSOL, mas que é a rede de saúde mental e economia solidária (...) pelo último levantamento tinha por volta de 30 municípios (...) no estado de São Paulo participando, 150 a 160 empreendimentos (...) entre pessoas diretas, trabalhando sejam aí usuários participantes de oficinas e equipes dos serviços dos projetos dá entre 1500/ 2000 pessoas, sendo a grande maioria usuários da saúde mental, então a rede de saúde mental e economia solidária e o setor de saúde mental dentro da economia solidária é um grande movimento (...) Para alguns empreendimentos da rede é perceptível que o TEAR, (...) seja a principal referência. Ele é grande, tem estrutura, e tal e tem um produto de qualidade (E24).

O trabalho que a equipe do TEAR desenvolve é bastante complexo e envolve iniciativas para o fortalecimento da rede de saúde mental municipal, estadual e nacional, mas também possui essa missão mais específica e diária de formar artesãos, pessoas que, durante suas vidas, nunca foram, ou encontraram grande dificuldade, em serem reconhecidas como sujeitos. Ou seja, o TEAR apoia o processo de individuação e fortalecimento psíquico do seu público, ensinando uma profissão, e ao mesmo tempo estimula a participação dos mesmos no fortalecimento da Luta Antimanicomial.

(...) além de todas as questões da Luta Antimanicomial, organização, construção da rede, a gente trabalha com oficinas (...) nós sempre primamos para ter qualidade no processo e no produto. Um processo onde todos participem, que seja de fato autogestão, que seja de fato esse lugar de empoderamento, do protagonismo, que as pessoas saibam o que elas estão fazendo, (...) para que cada um se veja como alguém produtor e participante (...). Em relação ao produto também, tentando criar produtos que têm uma identidade própria do TEAR, (...) que tenha uma boa qualidade, que as pessoas comprem (...). Os produtos deles precisam ser vendidos, e, para serem vendidos, têm que ter boa qualidade, uma identidade, uma marca, então temos que atuar por aí também. É um amplo leque de ações, e fazer isso é aprender sobre comercialização, aprender sobre as técnicas de produção (...) (E24).

Destacamos a seguir a posição de um dos entrevistados em relação ao TEAR e com ela exemplificamos que em Guarulhos há inúmeras visões sobre a Política de Saúde Mental em vigência no Brasil até final de 2016. Contudo, acreditamos que tal fato se dê por desconhecimento da história e da missão desse serviço e, talvez por divergências em relação a essa política.

(...) TEAR, eu acho que a estrutura é uma estrutura boa, mas foi deturpada, porque eu acho que agora até drogado pode ir para lá. (...) eu acho absurdo porque ali é um prato cheio para drogado e para quem vende droga. São doentes, são pacientes crônicos, é muito fácil serem manipulados. (...) Acho que aquele TEAR foi muito bem montado, com todas aquelas oficinas, o paciente passa o dia inteiro ali, aprendendo coisas, até uma profissão porque ele pode fazer um TEAR na casa dele, pode fazer um vitrô na casa dele, (...) pode se dizer que foi a única coisa decente que se fez aqui em Guarulhos. (...) a Pfizer bancou no começo, pagando o alimento, pagando uma série de coisas, não aceitando que a Prefeitura tomasse conta, sabia que se desse isso para a Prefeitura acabava rapidinho (E23).

4.3.5 O CAPS Infantojuvenil – Recriar

O primeiro CAPS IJ de Guarulhos, único dessa modalidade até 2016, foi inaugurado em abril de 2007. Antes dessa data, a demanda pelo atendimento em saúde mental da população infantojuvenil era referenciada ao ambulatório da criança.

Sua abertura se deu num momento em que o Ministério Público cobrava a implantação de CAPS e políticas públicas de atenção à saúde de crianças e adolescentes com uso abusivo de substâncias químicas. Cobrava dos governos municipais da região metropolitana, não apenas de Guarulhos. Havia muita pressão e perigo iminente de prisão do Secretário da Saúde (E7).

O Secretário recebia mandados de prisão, muitas para o município. E o pessoal do ambulatório da criança (propôs) de se formar um CAPS infantil que (...) atenderia as dependências químicas até uma determinada faixa etária (...) e que não atenderia adolescentes com dependência química, justificaram um monte de coisas e que teria que ficar com o (...) CAPS AD (E7).

O convênio com a Associação Saúde da Família (ASF) para a gestão do CAPS IJ foi feito após avaliação da Secretaria de Saúde que não possuía funcionários que conseguissem lidar minimamente com a demanda de imediato. O convênio foi feito já para a administração de 03 novos CAPS (Recriar, Arco-Íris e Alvorecer). “A diferença é que no CAPS infantojuvenil Recriar tinha uma decisão judicial para abertura desse serviço e os outros não” (E7).

A abertura do CAPS IJ - Recriar foi um processo difícil, segundo relatos dos entrevistados. A Secretaria Municipal de Saúde não tinha onde colocá-lo e optou por reformar um porão no Hospital Municipal da Criança.

A gente sabia que o Ministério ia vir, e vieram, mas que não ia passar (a habilitação). Então, fizemos um acordo. Já nesse acordo para inaugurar, tinha estipulado um tempo para sair de lá e ir para outro espaço mais adequado. Se não me engano era de 6 meses a um ano (E26).

(eram) 03 salas de atendimento. Pequeninhas (...) cabiam duas pessoas lá dentro (...) escutava-se tudo que era falado. Sala de reunião que era onde era a cozinha lá embaixo. A cozinha na verdade eram várias coisas (...) era refeitório, sala de grupo, sala de atendimento. (Era) paciente pulando para o hospital pela janela (...) tinha uns vitrozinhos assim, e eles queriam fugir, e não tinha por onde fugir (...) só tinha uma porta de saída (...) e dava direto pra rua, não tinha quintal, nem nada. (...) Teve paciente que saiu correndo para o meio da rua, e a gente foi tentar segurar e o carro quase atropelou (E17).

Novamente observamos aqui a abertura de um equipamento, fato bem importante para a rede de saúde mental, porém instalado num local impróprio para seu funcionamento.

O CAPS IJ Recriar saiu desse local em 2009 para um prédio onde tinha funcionado uma escola municipal e era mais adequado ao atendimento.

O início do trabalho nesse CAPS é lembrado pelos profissionais como um período de solidão na rede de saúde e identificação de potenciais parceiros como escolas, entidades de bairro, igrejas e abrigos.

(...) a própria população meio que falava onde tinha um ponto de cultura, alguma coisa, e a gente ia meio que encaminhando, ligando nos lugares, ninguém sabia muito (E17).

(...) naquela época os profissionais ligavam para as unidades básicas de saúde e marcavam reunião (...) para explicar o que era o CAPS (...) nossa, a gente fez isso muito, muito, muito (E17).

Lembram que a atenção básica não sabia o que era CAPS e os encaminhamentos chegavam de forma inadequada. Chegavam os que não tinham gravidade, casos com diagnósticos errados ou mães que queriam apenas renovar a carteirinha da isenção tarifária e haviam perdido a referência no ambulatório da criança que estava fechando na mesma época de abertura do CAPS Recriar (E7 e 17).

(...) muitos casos que chegavam e não tinham absolutamente nada a ver com demanda de CAPS, mas era assim: ah, mas tem psicólogo lá (E17).

A mãe chegou ao serviço porque ela queria renovar o laudo de deficiente do menino (...) Porque não estava mais no ambulatório (...) a gente recebeu umas listas assim de 300, 500 (pacientes) (E17).

Essas listas também foram distribuídas para atenção básica, com o objetivo de absorção dos casos mais leves.

O evento do Dia 18 de Maio de 2008,⁹¹ o primeiro em Guarulhos que reuniu muitos serviços no maior parque urbano da cidade conhecido popularmente como “Bosque Maia”, foi citado pelos profissionais, pois o CAPS IJ Recriar propôs a construção de um painel coletivo. Esse painel é lembrado como o primeiro “bandeirãozinho” (E7), que depois de muitos anos se tornou o “Bandeirão de Guarulhos”, uma marca dos serviços de saúde mental do município, que foi destaque em diversas passeatas da Luta Antimanicomial que aconteceram na cidade de São Paulo.

⁹¹ “O dia 18 de maio marca, no Brasil, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. A data, instaurada em 1987 na cidade de Bauru durante o Congresso de Trabalhadores de Serviços de Saúde Mental, deu visibilidade ao Movimento da Luta Antimanicomial, adotando o lema *Por uma sociedade sem manicômios* e inaugurando uma nova trajetória da proposta de Reforma Psiquiátrica Brasileira”. Fonte: CRP/RS. Disponível em: <http://www.crprs.org.br/upload/noticia/arquivo334.pdf>. Acesso em 03/02/2018.

Figura 32 – Bandeirão de Guarulhos.



Fonte: SMS/GRU.

Figura 33 – Reportagem sobre o primeiro evento da Luta Antimanicomial que reuniu os serviços de saúde mental de Guarulhos da época – 18 de maio de 2008.

4 ■ FOLHA metropolitana | GERAL

Terça-feira, 20 de maio de 2008 | www.folhametro.com.br

SAÚDE PRORROGA CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE

A Secretaria de Estado da Saúde prorrogou mais uma vez a Campanha de Vacinação contra a Gripe para o idoso em todos os municípios paulistas até amanhã. A meta é vacinar ao menos 3 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 80% dos cerca de 3,7 milhões de idosos no Estado. Até dia último dia 14, cerca de 2,7 milhões de pessoas foram imunizadas – 74% da meta estipulada para esta campanha.

TERMINAM HOJE INSCRIÇÕES PARA MONITORES DE INFORMÁTICA

A Secretaria de Estado da Educação encerra hoje as inscrições para o preenchimento de 4 mil vagas de monitores de informática, com salário de R\$ 340,00 mensais para carga horária de quatro horas diárias. Só na região de Guarulhos, são 359 vagas. Podem concorrer estudantes do 1º e 2º anos do ensino médio, que terão a função de orientar os colegas e manter as salas abertas em período integral.

PSIQUIATRIA

Evento marca dia de luta antimanicomial

Beatriz Casadei

"O Normal é Ser Diferente. Cuidar Sim, Excluir Não" foi o tema deste ano das atividades que marcam o Dia Nacional de Luta Antimanicomial em Guarulhos, comemorado em 18 de maio. No Bosque Maia, ontem, pacientes com distúrbios mentais e seus familiares, assim como profissionais da saúde e a comunidade, participaram de oficinas de dança, pintura, sarau de poesia, exercícios orientais, exposição de fotos e peças de teatro.

"A data serve para ampliar a discussão sobre os distúrbios mentais, tratados com preconceito e falta de informação e ajudar na luta contra o regime de tratamento de internação e isolamento em 'manicômios', explica a coordenadora do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, Anita Pereira do Amaral.

Data é para discussão sobre métodos de tratamento fora de manicômios

Segundo Anita, a data é consequência da Lei Paulo Delgado, aprovada em 2001, que prevê a reforma psiquiátrica no País. "A idéia é que o paciente deve receber tratamento com enfoque na manutenção do convívio comunitário e familiar", afirma.

Segundo dados do Ministério da Saúde, ainda existem cerca de 50 mil brasileiros com distúrbios mentais, internados em manicômios e que recebem tratamento com isolamento, excesso de medicamentos, até cela e choques elétricos.

"A luta é para desativar os leitos psiquiátricos em manicômios e preparar os hospitais gerais para atender esse tipo de paciente", diz o secretário municipal de Saúde, Paulo Capucci.

Pensando nisso, as cinco unidades do Centro de Atenção Psicossocial (Caps), em Guarulhos, oferecem atendimento multidisciplinar, com acompanhamento psiquiátrico e psicológico, ao paciente e sua família, e programas de conscientização à comunidade.

Mirica Morozio



No Bosque Maia, pacientes com distúrbios mentais e seus familiares participaram de várias atividades, como oficinas de dança, sarau de poesia e exercícios orientais

Fonte: Folha Metropolitana, 2008.

Figura 34 – Reportagem sobre o evento do Dia 18 de Maio de 2008 escrita pelo Secretário de Saúde da época.

ARTIGO

Saúde Mental: "Cuidar Sim, Excluir Não"

Paulo Capucci*

A reforma psiquiátrica em curso no Brasil vem produzindo transformações importantes na maneira de abordar os problemas de saúde mental. Chamado de "cuidado em liberdade", o novo modelo assistencial define como eixo central dos projetos terapêuticos a construção da cidadania do paciente, tratado sem a necessidade de internação, no âmbito de todos os serviços básicos e especializados de saúde.

Se trancar não é tratar, faz-se necessária a construção desses serviços abertos e descentralizados em toda a cidade, responsáveis pela atenção às pessoas com transtornos mentais graves ou com dependência química. Tal acompanhamento deve ter continuidade, seja nas situações de crise ou, ainda que na ausência de sintomas clínicos, quando reconhecidas as necessidades terapêuticas para a emancipação e a inclusão social da pessoa.

Dentro dessa estratégia e em sintonia com o Ministério da Saúde, o município de Guarulhos vem

implantando os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Atualmente, os cinco Caps, com funcionamento no período diurno, vêm trabalhando de forma integrada com o Hospital Municipal de Urgências (HMU) e com o Hospital Municipal da Criança, que dão retaguarda ao atendimento de urgência e emergência.

Entretanto, alguns desafios se colocam como fundamentais na construção de uma assistência em saúde mental digna e eficaz:

- ✓ A construção de processos de cuidados norteados pela afirmação do direito do usuário de reconstruir família, da capacidade para o trabalho, de "ir-e-vir", de conviver socialmente, de modo que possa gerenciar a sua própria vida, com apoio clínico;
- ✓ A promoção de ações em saúde mental que transcendam o espaço institucional e acompanhem o usuário em seu circuito de vida e nas suas relações, com investimentos que promovam o convívio com a diversidade;
- ✓ A articulação de uma rede de cuidados comunitários na construção de uma sociedade inclusiva, promotora de saúde e de qualidade de vida, que não renege esses cidadãos.

Sob essa mesma ótica, estamos investindo na qualificação do atendimento às pessoas com transtornos mentais leves e moderados, reorientando as ações nas Unidades Básicas de Saúde (UBs) e ampliando o quadro de profissionais nessas unidades.

A sociedade que exclui pessoas com problemas mentais se iguala àquela que renegou no passado os hansenianos. Guarulhos deve repetir sua história de luta e afirmar com toda convicção que não deseja ver seus cidadãos que sofrem de doença mental internados em manicômios ou afastados da sociedade em serviços fechados, que não cuidam e, muito menos, recuperam essas pessoas. Inclua-se nesta caminhada. Construa conosco um sistema de saúde emancipador e eficaz. Participe!

* Paulo Capucci é secretário de Saúde de Guarulhos

Fonte: Folha Metropolitana, 2008.

Com a abertura do CAPS IJ Recriar, foi necessário abrir leitos de saúde mental no Hospital da Criança⁹² (HMC). Sendo assim, em 2007, o HMC abre dois leitos para permanência de até 72 horas. Esses leitos também foram consequência de um mandado judicial no qual o município deveria “ficar” por 24 horas com um menino que estava em situação de rua. O CAPS Recriar poderia acolhê-lo durante o dia, mas o pernoite tornou-se uma questão. E assim, após diálogos e tensões entre a Secretaria da Saúde e a diretoria do hospital, os leitos foram abertos por determinação do Secretário (E7).

(...) um quarto com uma porta de ferro, com uma janelinha tipo grade e continuo dizendo, completo absurdo discriminatório. Disse tudo isso na época, mas entendi (que para a) gestão do hospital era o único jeito (E7).

Podemos observar, novamente, nesse momento de abertura dos leitos de saúde mental no HMC, que o serviço foi implantado em ambiente totalmente impróprio ao atendimento. Os 02 leitos permanecem no mesmo local até hoje.

O início da relação entre o CAPS IJ Recriar e HMC foi lembrado como sendo de difícil diálogo. Relatam situações como: os profissionais do CAPS não poderiam visitar naquela hora porque não era o horário do hospital, ou havia sido determinado pela gestão do hospital que a guarda civil municipal deveria ficar por perto. A equipe do CAPS não concordava.

(...) tinha uma resistência muito grande da direção do hospital, (...) a gente percebia claramente quando eles chamavam aqueles dois leitos de CAPS (...) (diziam) Está no quarto do CAPS. Ou então de entender que o cuidado tinha que ser feito pelos profissionais do CAPS... (...) os funcionários de lá tinham medo (...) não tinha treinamento, muitas vezes vinham me perguntar o que fazer que eles não sabiam (E17).

4.3.6 O CAPS II – Arco-Íris

Em dezembro de 2007, também foi inaugurado o CAPS II Arco-Íris, o segundo CAPS II saúde mental para adultos e, assim, o território de Guarulhos foi dividido entre dois CAPS

⁹² Na época, o HMC não havia incorporado a letra A, de adolescente, ao nome da instituição.

(Osório e Arco Íris). O território dos CAPS abrangia aproximadamente 600 mil habitantes cada. Todo o seu planejamento foi para ser um CAPS III, mas que até 2016 não se efetivou por dificuldades financeiras, segundo informações da Secretaria da Saúde.

Figura 35 – Inauguração CAPS IJ RECRIAR

4 FOLHA metropolitana GERAL Quarta-feira, 19 de dezembro de 2007 www.folhametro.com.br

O cientista político da UnB, David Fleischer, disse que os representantes da Indústria deram um "tiro no pé" ao não apoiar a CPMF

INAUGURAÇÃO

Centro de saúde mental atenderá adultos

Cumbica tem nova unidade do Caps

Mônica Kikuti

Pessoas, a partir dos 18 anos, que sofrem de algum transtorno mental agora já podem ser atendidas no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Arco-Íris, inaugurado na manhã de ontem, em Cumbica, Zona Leste. O local vai funcionar de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

"Aqui todo cidadão vai ser atendido, não importa o problema (mental) que tenha", disse o prefeito Elói Pietá (PT) durante a inauguração do local.

Equipada com dois consultórios, área de convivência, refeitório e três salas para a realização de oficinas de grupo, a unidade contará com atendimento de médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais, além de uma equipe com outros 20 profissionais de saúde. Durante o tratamento, os pacientes serão medicados no Caps e poderão voltar para casa, sem necessidade de internação. "Nesse local, o paciente terá todos os cuidados de uma equipe de saúde, havendo, inclusive, participação da

família, num trabalho articulado com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs)", informou o secretário municipal de Saúde, Paulo Capucci.

De acordo com ele, o Hospital Municipal da Criança já introduziu quatro leitos voltados aos portadores de transtornos mentais e a proposta é de que esse número seja ampliado. "Estamos negociando, inclusive, com outros hospitais da cidade a implantação de leitos, para termos uma rede completa. Esse serviço (de tratamento de saúde mental) se faz cada vez mais necessário, ainda mais em uma cidade metropolitana como a nossa", disse Capucci.

Cumbica – Durante a inauguração do Caps, o prefeito também mencionou que projeto de urbanização da Favela das Terras Boas, no Cidade Jardim Cumbica II, já está pronto e em fase de concorrência. Os investimentos serão feitos por meio de verba do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), do governo federal.

Placa do Caps Arco-Íris foi descerrada pelo prefeito Elói Pietá e demais autoridades

A Prefeitura também deve receber cinco ambulâncias para atenderem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

SERVIÇO
O Caps Arco-Íris vai funcionar de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, na avenida João Veloso da Silva, 1.142, Cumbica, Zona Leste.



Fonte: Revista Folha Metropolitana, 2007.

Em 2014, ele foi transferido para um imóvel reformado especificamente para funcionar 24 horas, mas a equipe não pôde ser contratada também por falta de verba.

Os funcionários lembram que no início “a demanda era gigantesca”, inclusive porque o ambulatório de saúde mental, desde 2005, com a mudança de sua gestão, estava reavaliando seus casos e encaminhando muitas pessoas para as unidades básicas de saúde.

(...) várias pessoas que tinham um tratamento já no (ambulatório de saúde mental) por muitos anos, que tinham costume de ir nesse serviço e que de tempos em tempos iam lá ao médico para trocar receita. Essas pessoas se veem desesperadas e vão entendendo que vão ficar desassistidas (E17).

(...) a gente ficou um ano, um ano e meio, com uma demanda gigante e a gente acolhendo os casos, discutindo nas unidades para gente ver como é que a gente ia atender essa população. E o território era gigante (E17).

(...) uma certa tarde, chega um ônibus lotado de idosos, que a clínica fechou, baixou a policia, a clínica fecha, bota todo mundo dentro do ônibus e manda todo mundo para o Arco-Íris. (...) O que a gente fez? Deu banho em todo mundo, comprou fralda. Foi bem no comecinho mesmo (17).

A busca por parceiros, entidades, instituições e mesmo serviços da Secretaria de Saúde se repete nesse CAPS, e o primeiro contato da equipe com a atenção básica é lembrada, novamente, como um momento difícil.

Os ACS⁹³ acreditavam que a gente estava indo para unidade para levar mais serviço para eles. (Diziam:) Poxa vida! Esse pessoal está dentro de casa, vocês abrem as portas das casas, tiram essas pessoas de lá de dentro e trazem para gente? Estava aumentando a demanda. (...) também diziam: ó, quem vocês deveriam estar cuidando mesmo, que é o pessoal que tem deficiência mental vocês não estão cuidando, gente. (...) Houve uma resistência muito grande. E aí não demora muito, (...) e a gente consegue, lá em Cumbica, a parceria (de uma assistente social), que foi uma das primeiras matriciadoras ali (E17).

A confusão sobre o que é um CAPS, o entendimento de que não é um serviço voltado para a área da deficiência e a dificuldade em se corresponsabilizar pelos casos aparece em diversas situações, e a equipe do Arco Íris resolve fazer capacitações em algumas unidades básicas.

Tem uns que acham que o CAPS vai resolver tudo, tem outros que acham que se é do CAPS não é do território, ou não, se é problema de cabeça, ah, cabeça? Aqui a gente só cuida do corpo (E16).

É claro no relato a seguir que o início do trabalho no CAPS Arco Íris foi marcado pela formação da equipe, como um coletivo, que aprendia diariamente que “juntos e respeitando os diversos saberes” poderiam oferecer cuidado mais qualificado à população.

⁹³ Agentes Comunitários de Saúde.

Uma coisa que eu acho que foi mágica foi o fato de cada um de nós ir crescendo. A gente nasceu e foi crescendo e aprendendo isso: cada um de vocês aqui é importante, não tem aquele que sabe mais, aquele que sabe menos. A gente era auxiliar de enfermagem. A gente aprendeu, saímos do nosso curso técnico entendendo que o auxiliar de enfermagem ele só responde, e o enfermeiro é quem organiza as estratégias de cuidado (...) e (o auxiliar) não podia opinar (E16).

4.3.7 O CAPS III – Alvorecer

Após dois anos da inauguração do CAPS Arco Íris, em dezembro de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde abre o primeiro CAPS III 24horas saúde mental no município para adultos – CAPS III Alvorecer. Dessa forma, Guarulhos fica com 03 equipamentos de saúde mental para o atendimento de adultos (CAPS II Osório César, CAPS II Arco Íris e CAPS III Alvorecer). O CAPS Osório César permaneceu como referência de metade da população guarulhense enquanto Arco Íris e Alvorecer dividiram a outra metade.

Segundo a entrevista nº 07, chegou a ser cogitado o funcionamento do CAPS III Alvorecer no prédio onde hoje funciona o Serviço de Assistência Especializada em DST-HIV/AIDS - SAE Carlos Cruz⁹⁴ na Região de Saúde IV, no entanto, optaram por fazer o SAE e adaptar o prédio do pronto atendimento Alvorada. Resultado: o CAPS 24horas, o primeiro, nascia em um ambiente apertado e com pouca estrutura para seu pleno funcionamento e onde permaneceu até o final desta pesquisa.

A equipe do CAPS Alvorecer passa aproximadamente dois meses até poder entrar no prédio, cuja reforma estava em finalização. Durante esse tempo, com o acompanhamento da Região de Saúde IV e supervisores da conveniada Associação Saúde da Família, vão se conhecendo, formando uma equipe e entendendo mais da rede de saúde de Guarulhos.

(Chegam) Alguns com mais experiência, outros não. Era uma equipe bastante jovem, então, para passar o conhecimento sempre ficávamos em duplas, e isso é um conceito que está até hoje. O coordenador também era a favor dessa multiplicação, ele é um sujeito que empregou diversos valores dentro do serviço e isso fez uma diferença com alguns conceitos que estão engendrados até hoje (...) (E15).

Segundo o entrevistado, a população achava que era um CAPS para tratamento em álcool e outras drogas, talvez por ser uma demanda bastante presente naquela região.

⁹⁴ Ver nota 1 desta dissertação.

(...) acho que tinha um vereador que chegou e colocou uma faixa: parabéns, Sr Prefeito, pelo CAPS AD inaugurado (E15).

O início do trabalho não se diferencia muito dos outros CAPS conveniados, a não ser pelo fato de funcionarem 24 horas e poderem ofertar a hospitalidade noturna. Observaram que o CAPS Arco Íris, que estava como referência anterior no território, não conseguia dar conta por ser uma área de abrangência muito grande. Assim, encontraram um listão da saúde mental que era um caderno onde se anotava todos os casos e que ficavam em lista de espera.

(...) quando a gente chega, tinha o listão de saúde mental. O livro preto de saúde mental que as pessoas brincavam: põe no caderninho da saúde mental. E a gente conseguiu acabar um pouco com essa cultura (...) ou, isso não é coisa minha, isso é coisa só do psicólogo, ou, eu não lido com louco. (...) Se eu não me engano, um ano depois, ele já começa com os matriciamentos, que são suportes na saúde mental na rede (E15).

A aproximação com a rede aconteceu aos poucos e, como os outros CAPS relataram, parte das unidades básicas de saúde era resistente, e parte disponível para o diálogo.

Eu lembro que, inicialmente, tinha muita dificuldade. (...) O coordenador levou para reunião de gerentes que aconteceriam os matriciamentos (...). Algumas unidades eram bastante resistentes, não aceitavam o matriciamento. Outras falavam: tudo bem, podem vir (E15).

Segundo o entrevistado, o Alvorecer foi um CAPS que apoiou algumas ações de saúde mental em seu território, como ajudar as equipes NASF,⁹⁵ quando chegam, ao final de 2009, início de 2010, na integração com a rede, discutindo os casos em conjunto e fortalecendo o matriciamento na região.

E o CAPS serviu de base para o NASF se sustentar ali com matriciamento, o pensamento em saúde mental, (...) de repensar como seriam os atendimentos (E15).

⁹⁵ Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A implantação dessa política pública de saúde será detalhada mais à frente.

Outro fato destacado pelo entrevistado foi o reconhecimento, pela Região de Saúde IV, do trabalho que estavam desenvolvendo na medida em que encaminharam para o CAPS um funcionário da SMS para realização de seu tratamento. O encaminhamento simbolizava a confiança no trabalho desempenhado por aquela equipe.

Eu me lembro de casos bastante emblemáticos para região. Um deles é quando a região manda um médico para a gente atender. Naquele momento, eu vi que a Região de Saúde reconhecia a potência na saúde mental. E ali a gente marcava um divisor de águas na nossa assistência. Não, ele não é do nosso território, ele não precisa estar ali, mas pode levar lá que o CAPS Alvorecer vai cuidar e assim cuidamos (E15).

4.3.8 A participação da sociedade civil

O CAPS III Alvorecer junto ao CAPS II Arco Íris e o TEAR iniciaram, em 2010, um movimento de construção de um Fórum de saúde mental. A ideia de se ter um Fórum no município era antiga: desde o fechamento da Associação 02 de Abril. Com a chegada desses dois novos CAPS, ganha força o que era apenas uma vontade das equipes mais antigas.

Segundo os entrevistados, a ideia do Fórum iniciou antes de 2009 com o TEAR e os CAPS II Osório, CAPS IJ Recriar e CAPS II Arco-Íris. Havia uma grande movimentação por conta da reivindicação pela isenção tarifária municipal e esses serviços já estavam conversando. Organizar um Fórum de saúde mental ainda era uma ideia, mas com a chegada do CAPS III Alvorecer, o movimento parece se fortalecer.

(...) 2010, 2011, 2012 foram os momentos de mais vibração também do Fórum de saúde mental que tinham reuniões todos os meses, variando pelos CAPS. Tinham 50, chegaram a ter 100 pessoas na reunião do Fórum. É impressionante o que aconteceu que era uma retomada, pelo menos do que eu tinha visto da Associação 02 de Abril. Passaram-se alguns anos, a hora que os serviços começam a se estruturar, os novos né? Esse momento do Fórum foi muito forte, então, a gente estava em um momento de discussão Política de Saúde Mental em Guarulhos muito forte (E24).

Foi um Fórum que, no seu ápice, conseguiu até uma cadeira no Conselho Municipal de Saúde. Ele nunca chegou a ocupar, mas ele ganhou a cadeira (E15).

(...) de alguma maneira, ele está adormecido. Não acaba, mas ele está, nesse momento, adormecido, mas até 2015, ele tinha uma grande potência (E15).

As Conferências de Saúde Mental, em 2010,⁹⁶ e da Saúde, em 2011,⁹⁷ que aconteceram em Guarulhos, propiciaram de uma forma mais intensa o encontro desses novos trabalhadores que estavam bastante motivados, recém-chegados à Prefeitura e já organizavam as assembleias gerais com os usuários nos equipamentos. Portanto, os usuários começaram a se engajar mais e entender a importância de seu protagonismo no controle social do SUS. Foi um período de muitas discussões e mobilizações no município culminando em uma forte participação da saúde mental nos eventos de saúde que se sucederam em Guarulhos.

A Saúde Participativa e a Conferência Municipal de Saúde em 2011, se não me engano, que foi o momento que o Fórum estava muito forte. Se não me engano foi nesse ano, em 2011, que nós levamos propostas em todos os grupos e eixos da Conferência. Foi um momento em que a discussão sobre saúde mental roubou a cena da Conferência (...), foi a primeira vez que a saúde mental teve tanto protagonismo na Conferência Municipal de Saúde, foi um ano em que as coisas estavam sendo bastante discutidas, foi um ano bem politizado, de bastante discussão (E24).

O movimento atuante dos trabalhadores da área da saúde mental teve desdobramentos também na II Conferência Municipal de Saúde Mental da qual saíram representantes que chegaram até Brasília, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Guarulhos enviou um funcionário representando os trabalhadores, outro funcionário pela gestão e 03 usuários.

4.3.9 A retaguarda hospitalar e o cuidado no momento de crise

Em 2010, inaugura-se a enfermaria psiquiátrica no Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso (HMPB) a partir de uma nova determinação judicial, um Termo de Ajuste e Conduta para abertura de leitos de saúde mental em hospitais gerais (HG) no município.

Por problemas financeiros, a enfermaria é implantada em um espaço físico que não seguia as recomendações dos parâmetros ministeriais e, portanto, em parte, adequado às

⁹⁶ Preparatório para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília.

⁹⁷ Preparatório para 14ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília.

atividades. Essencialmente a enfermaria deveria ter sido implantada nos andares baixos ou térreos e, no caso, foi implantada no quinto andar. Apesar de seguir as normas de segurança, não era inteiramente apropriado às atividades terapêuticas que o público da saúde mental requer.⁹⁸ Novamente o fenômeno guarulhense em relação aos serviços de saúde mental serem implantados em espaços com algum problema estrutural. Exemplo disso é que 01 quarto (de 05) foi desativado para que os pacientes pudessem fumar no local ou utilizassem-no para outras atividades, principalmente corporais como alongamento. Dessa forma, o que era para ter sido implantado com 10 leitos (que já era pouco para a necessidade municipal), permaneceu com 08 até início de 2016 (E7).

O Hospital Pimentas foi outra tragédia, porque o projeto original do Pimentas era lindo, (...) ia ter a parte aberta, tudo bem que ia ter grades, que ia ser muito alto, mas ia ter parte aberta. (...) corta aqui, corta lá, tinha que abrir leito de não sei o quê e a saúde mental foi rifada (...) o quarto que virou de fumantes era um quarto e os fumantes, fumariam fora daquele prédio, tem aquele hall de entrada, estaria integrado. (...) a sensação que eu tenho de isolamento térmico, de vedação (no local), ela é insuportável (E7).

Depois de 06 anos, em 2016, após negociações junto ao convênio do hospital, são abertos os dois leitos novamente.

Segundo relato abaixo, a equipe do CAPS III Alvorecer participou de algumas reuniões junto à equipe do hospital e esse fato foi entendido como positivo por ser um espaço de diálogo que estava aberto, mas que nem sempre foi possível entre esses dois níveis de atenção na maioria dos municípios e, no caso de Guarulhos, foi estimulado pela gestão.

(...) a gente pode auxiliar a montagem da psiquiatria do Pimentas com essa articulação do coordenador. (...) só de pensar, um CAPS ajudando um hospital! A gente queria um cuidado mais humanizado e tinha essa proposta. Acho que tem até hoje a linha da parceira com o Hospital Pimentas e o CAPS Alvorecer, isso é bastante forte (E15).

⁹⁸ Os pacientes da saúde mental costumam andar bastante nos momentos de crise, assim como fumar. Logo, é recomendado que os leitos de saúde mental estejam em locais amplos, com acesso a espaços abertos ou áreas livres para que haja a possibilidade de circulação, atividades e para os fumantes.

Uma reportagem da época no site Guarulhos On-Line ⁹⁹ apresenta o Secretário da Saúde reconhecendo a dificuldade em relação a abertura de novos leitos de saúde mental em hospitais gerais.

Segundo portarias do Ministério da Saúde vigentes até final de 2016 e que davam o parâmetro de leitos psiquiátricos por habitantes, a cada 23 mil habitantes deve estar disponível pelo menos um leito psiquiátrico em hospital geral. Podem ser destinados para transtornos mentais e/ou para usuários de crack, álcool e outras drogas. Além disso, os leitos de saúde mental em hospital geral não deveriam exceder o percentual de 15% do total de leitos daquele hospital, até o máximo de 25 leitos. Para Guarulhos haveria a necessidade de 53 leitos na época da abertura dessa enfermaria. Mesmo após a inauguração, o déficit de 34¹⁰⁰ leitos em saúde mental em hospital geral se manteve praticamente o mesmo até o final de 2016 em Guarulhos.

A fala abaixo aponta para o problema de falta de leitos e os caminhos que a rede de saúde mental realiza para conseguir dar uma assistência a população. Mesmo após a implantação da enfermaria psiquiátrica do HMPB, os casos considerados de maior gravidade e que precisariam permanecer internados por mais de 30 dias, segundo a avaliação da equipe local, são encaminhados para vagas dos hospitais psiquiátricos estaduais.

(...) de novo começa a ter um estrangulamento na rede que era o (hospital) Pimentas, ficou mais de trinta dias, o que faz? Vai para vaga do estado, essa lógica da busca do leito manicomial (...) eu acho que a gente não venceu (E7).

Segundo o entrevistado acima, Guarulhos ainda não conseguiu se tornar autossuficiente em relação às internações. Ou seja, suas equipes permanecem recorrendo às vagas de internação de hospitais sob a gestão do estado.

Desde o fechamento do Instituto de Psiquiatria de Guarulhos e da municipalização da saúde, o município tem recorrido às vagas do estado, que, por sua vez, também, não abre leitos de saúde mental em Guarulhos apesar de haver hospitais estaduais na cidade

Recorrer aos leitos estaduais pode ser explicado em decorrência do déficit dos leitos de saúde mental na cidade, falta de CAPS 24h para compor no cuidado dos casos mais graves, com a possibilidade do pernoite. Ademais, o uso frequente dos leitos estaduais, também está

⁹⁹ Disponível no link: <https://www.guarulhosonline.com/noticias/vida-e-estilo/saude/setor-de-psiquiatria-do-hospital-pimentas-bonsucesso-comeca-a-funcionar-hoje-14/> . Último acesso em 10/12/2017.

¹⁰⁰ Os leitos de SM em hospital geral cadastrados no CNES estavam distribuídos no município da seguinte maneira: HMU possuía 09, HMCA 02 e HMPB 08. Em 2016, o HMPB abre mais dois leitos.

relacionado com as dificuldades na construção de um projeto terapêutico para os pacientes e seus familiares, de forma conjunta, entre hospitais e os demais serviços assistenciais da rede de saúde local. Esse fenômeno tem sido observado no município desde o início da construção da rede extra-hospitalar na década de 1980.

A SES/SP nunca criou leitos de saúde mental nos hospitais que se localizam no município e que estão sob sua gestão, apesar de haver legislação que a obriga a tal.¹⁰¹ Pelo contrário, abriu leitos para internação de usuários de drogas em Mogi das Cruzes,¹⁰² apesar dos diversos apontamentos técnicos contrários realizados, à época, pela Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos e pelo Grupo Conductor da Rede de Atenção Psicossocial do Alto Tietê.¹⁰³

4.3.10 O CAPS II – Bom Clima

Em julho de 2011, foi inaugurado o CAPS II Bom Clima. A ideia inicial era que fosse um novo CAPS III, assim como foi planejado para o CAPS II Arco-Íris, porém até o final de 2016, isso não havia acontecido.

Na época do desenvolvimento do projeto do CAPS Bom Clima a gestão da Secretaria da Saúde entendia que o CAPS deveria ser de administração direta. Porém, o Secretário não conseguiu aprovar junto ao Prefeito daquela época e junto à Secretaria de Finanças concurso público para contratação dessa equipe. Sendo assim, ela foi constituída por profissionais que estavam em outros pontos de atenção, incluindo a atenção básica e outros poucos profissionais viriam de um concurso que ainda estava vigente (E7).

Como o imóvel ainda não estava pronto para a equipe dar início às atividades do CAPS, seus profissionais permaneceram alguns meses estudando sobre as ações de um CAPS com o apoio da Região de Saúde. Chegaram a rodiziar nos outros CAPS do município para, assim, adquirirem experiência (E22).

¹⁰¹ Na Lei Estadual nº 12.060/2005 e no Decreto 55.052/2009 fica determinado que as internações em saúde mental devem ser prioritariamente realizadas nos Hospitais Gerais, devem seguir a lógica/demanda do território e que esses equipamentos, que fazem parte do SUS, teriam três anos a partir da publicação da Lei para providenciarem a implantação dos leitos de saúde mental nos Hospitais Gerais junto às especialidades no Estado de São Paulo.

¹⁰² Município que compõe a Região de Saúde do Alto Tietê. Em 2011, com a regulamentação da Lei 8.080 do SUS, através do Decreto 7.508, há uma reformulação na estrutura das Regiões de Saúde do Estado de São Paulo e Guarulhos, que anteriormente era considerado uma região por si só, agora passa a integrar a Região de Saúde do Alto Tietê compondo uma região com 11 municípios.

¹⁰³ Grupo Conductor da Rede de Atenção Psicossocial do Alto Tietê. Criado após o Decreto 7.508/2011. Retomaremos o assunto quando apresentarmos a história da composição desse grupo em 2012.

Quando o CAPS II Bom Clima foi inaugurado, o Fórum de saúde mental estava presente, inclusive sugerindo que a próxima reunião acontecesse no local.

Não temos como detalhar o processo de formação da equipe do CAPS II Bom Clima e o início dos trabalhos, uma vez que não entrevistamos profissionais dessa época. No entanto, considerando que grande parte dos profissionais que compuseram sua equipe estava na atenção básica e parte foi chamada de concurso não específico para a saúde mental, supomos que essa primeira equipe tenha encontrado muitas dificuldades em estruturar seus processos de trabalho. Somado a isso, não lhe foi proporcionada qualquer supervisão clínico-institucional.

Após aproximadamente um ano e meio de funcionamento, a Região de Saúde responsável por sua administração resolve intervir no local e, segundo a entrevista nº 22, encontraram uma equipe bastante fragilizada, propondo algumas ações que não condiziam com um cuidado integral em saúde mental.

Dessa forma, a gestão reavalia a equipe e os pacientes e estabelece um novo processo de trabalho. Segundo as informações coletadas, os auxiliares de enfermagem não se sentiam preparadas para fazer o acolhimento dos pacientes e, assim, optaram por não fazer após a intervenção. As reuniões técnicas também foram reestruturadas e atualmente acontecem sem a presença de alguns funcionários, como motoristas, auxiliares de enfermagem e recepção.

(...) A reunião técnica é pra falar da intimidade das pessoas. É uma coisa sigilosa, não dá para colocar toda a equipe. Se a pessoa tivesse um bom senso e ética, tudo bem, só que nessas duas vezes que eu saí, vi (os motoristas) fazendo comentários absurdos dos pacientes (...) Não é porque é paciente, não é porque tem a doença, não é porque tem um transtorno familiar às vezes até pior que a doença, que é motivo de chacota, de desmerecimento, de desvalia (E22).

As falas nos remetem à dificuldade que é montar uma equipe de saúde mais coesa para o atendimento da população e, ainda, para um público com uma série de particularidades. O preparo ou o despreparo dos profissionais é também consequência de investimentos e desinvestimentos na área da educação em saúde de forma permanente e, novamente, vimos em Guarulhos a implantação de um serviço de saúde mental sem certas condições para o atendimento.

4.3.11 O Serviço de Residência Terapêutica

Como vimos no Capítulo 1, o movimento para a desinstitucionalização dos moradores dos hospitais psiquiátricos foi uma luta travada principalmente durante os anos 1980 e 1990 e que ganhou força com a promulgação da Portaria nº- 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no âmbito do SUS.

A criação dos SRT e do movimento para desinstitucionalização dos moradores foram respostas ao:

(...) modelo de atendimento hospitalocêntrico da psiquiatria tradicional, dados os limites e fracassos observados em sua prática, foi considerado inapropriado, dentre outros motivos, por conta dos efeitos iatrogênicos que provocam muito mais prejuízos do que efetivos cuidados aos pacientes em tratamento (CAYRES et al, 2015, p. 15)

CAYRES et al (2015), ao escreverem sobre o Censo Psicossocial de 2014, constatam que não basta apenas abriremos as residências terapêuticas. Para uma efetiva desinstitucionalização dos moradores é necessário que a Rede de Atenção Psicossocial esteja completa para dar sustentação aos projetos terapêuticos e projetos de vida dessas pessoas.

Em Guarulhos a abertura dos SRT se inicia apenas em dezembro de 2015 em decorrência de alguns processos judiciais. O Ministério Público forçava alguns municípios do estado a abrirem suas residências, se responsabilizando pela vida de centenas de pessoas que estavam internadas há anos, algumas, há mais de 30 anos, nos hospitais psiquiátricos da região do município de Sorocaba (maior complexo hospitalar do estado de São Paulo).

O TAC¹⁰⁴ de Sorocaba força os municípios e o estado de São Paulo a implantarem os SRT, e isso envolve outros municípios do estado, visto que a grande maioria e Guarulhos também sempre encaminharam seus pacientes a esses hospitais para tratamento e nunca mais se responsabilizavam pela sua volta ao município de origem.

A Secretaria Municipal de Saúde inaugura o Serviço de Residência Terapêutica (SRT) de Guarulhos acolhendo 08 pessoas. Dessas, 06 estavam em hospitais psiquiátricos da região

¹⁰⁴ O TAC de Sorocaba: “deu-se em 2012, quando o Ministério Público do Estado de São Paulo formalizou, com o Ministério Público Federal, a União, o estado e municípios, um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) para enfrentar problemas no atendimento prestado pelos sete hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba, que compunham o maior polo manicomial do país, com mais de 2,7 mil pacientes. O TAC tem a finalidade de fortalecer e consolidar a rede protetiva aos pacientes e garantir tratamento mais humano e eficaz. O Termo estabeleceu que, em até três anos, todos os pacientes hoje atendidos por esses hospitais sejam transferidos para a RAPS” (CAYRES et al, 2015, p. 14).

de Sorocaba e Grande São Paulo, todos os casos sendo acompanhados pelo Ministério Público Federal e outras duas pessoas que moravam na enfermaria psiquiátrica do HMU.¹⁰⁵

Segundo as últimas listas divulgadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, baseadas no último Censo dos moradores de hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo (2014), Guarulhos precisaria abrir mais dois SRT. Isso significa que ainda temos aproximadamente 20 pessoas com algum vínculo em Guarulhos que estão nesses hospitais.

O primeiro ano do SRT em Guarulhos foi marcado pela adaptação dos moradores que até então viviam trancados em hospitais. Foram desenvolvidas atividades com a participação dos moradores em muitos eventos na cidade, alguns iniciaram a participação no TEAR, realizaram seu cuidado em saúde com apoio no CAPS II Bom Clima e na rede de saúde municipal como um todo.

Porém, como qualquer nova experiência que se inicia, necessita de aprimoramentos. Segundo os entrevistados, é necessário aprimorar as ações em relação à autonomia dos moradores. Sabemos que alguns deles se encontram bastante comprometidos cognitivamente e que o processo de autonomia será mais lento, e é possível que necessitem de apoio de terceiros pelo resto de suas vidas. De qualquer forma, funcionários do CAPS Bom Clima, do SRT e da gestão (na SMS e nas Regiões de Saúde) ainda precisam encontrar um alinhamento em suas práticas e proposições.

Essa dificuldade no dia a dia do trabalho de um SRT foi lembrada na seguinte entrevista:

A expectativa era que a gente pudesse ter trabalhado mais próximo. Eu acho que isso não foi possível, não está sendo possível. Até hoje há certa rivalidade entre o que o CAPS faz e deixa de fazer, e o que a residência faz e deixa de fazer (E22).

Sendo assim, em relação ao processo de desinstitucionalização brasileiro, Guarulhos ainda precisa avançar, não apenas na abertura de novos SRT, como garantir uma assistência mais integral e integrada aos moradores desses novos serviços.

¹⁰⁵ O HMU, assim como outros hospitais de Guarulhos de tempos em tempos enfrentam como podem uma grande falha na rede pública de assistência habitacional. Nestas situações, os pacientes com graves sofrimentos psíquicos e sem respaldo familiar são prejudicados e acabam como moradores nesses hospitais.

4.3.12 O fechamento do Ambulatório de Saúde Mental

Desde 2005 e principalmente a partir de 2008, algumas mudanças no ambulatório de saúde mental culminaram com seu fechamento em 2011, marcando consideravelmente a rede de assistência em saúde mental de Guarulhos.

Segundo a fala de um profissional, no início dos anos 2000, o ambulatório apresentava um atendimento médico-centrado e não havia uma articulação com a atenção básica, apenas de um caso ou outro. Esse cenário já havia sido diagnosticado nos anos 1980 pela equipe de saúde mental da SES/SP. De qualquer forma, o entrevistado relembra que os encaminhamentos realizados no local ou eram para internação, ou os pacientes que tinham suporte familiar conseguiam alguma psicoterapia com a equipe de psicólogos. Era o máximo que se podia oferecer (E3).

(...) tinha essa coisa de que era uma mera troca de receita, os médicos não cumpriam o horário e atendiam trocentos pacientes. Para não irem a semana toda, iam duas, três vezes por semana e acumulavam o que eles tinham que cumprir na semana, em dois, três dias, e num tempo reduzido. Então, era uma fábrica de trocar receitas e os pacientes não melhoravam de jeito nenhum. Eu acho que assim foi exaurindo mesmo, eu acho que foi se desgastando esse papel do ambulatório. Ele era para o município todo, mas não dava conta, tinha sempre reclamação do ambulatório que ele não atendia todo mundo que ele teria que atender, e ao mesmo tempo ele estava lá, superlotado (E22).

Em 2005, após mudança na direção do ambulatório de saúde mental, a equipe inicia um trabalho de reavaliação e encaminhamento de pacientes para a atenção básica. O objetivo era que o ambulatório ficasse como referência a cada seis meses (E22). Abaixo, temos mais um exemplo de como as atividades do ambulatório privilegiavam a renovação de receitas, estimulando a população no consumo de altas quantidades de psicotrópicos.

O ambulatório trocava muita receita, que é o que não acontece nos CAPS. Os pacientes que vieram (para o CAPS) do ambulatório tem uma dificuldade enorme. Tem um paciente aqui que diz assim: ah, eu pegava lá com Fulano, 500, 600 comprimidos, por que aqui eu só levo esses? Ele leva a medicação da semana. Ele não se conforma. Quer levar, 300, 400, 500 comprimidos por mês. Porque eles (os psiquiatras) atendiam a cada dois meses e tomavam muita medicação, e saíam com sacola de dentro do ambulatório. Muitas vezes (a renovação acontecia) sem ver o paciente (E22).

O ambulatório já funcionava há muitos anos no município e suas ações não condiziam mais com a proposta vanguardista dos anos 1980, tendo se transformado em um local de troca de receitas com pouca estrutura e espaço para um atendimento integral e integrado à rede de saúde do município.

Dessa forma, alguns gestores da Secretaria Municipal de Saúde iniciaram uma conversa sobre seu fechamento e para criar alternativas de atendimento na rede. Havia uma pressão judicial para a abertura de novos CAPS e, assim, a gestão avaliou que a população do ambulatório poderia ser absorvida nesses locais. Segundo o relato a seguir, há um processo de reavaliação dos prontuários, com posterior encaminhamento dos casos leves para a atenção básica e, ao final, a descentralização dos profissionais psiquiatras distribuídos pelas unidades básicas de saúde.

A descentralização começa com a discussão em 2008, percorre todo ano de 2009, com essa separação de prontuários, disso, daquilo. O que era o desenho inicial? Os (novos) CAPS abrirão e as pessoas vão sair para o CAPS. Não tinha essa descentralização dos psiquiatras. Eles iriam pra qualquer outro lugar, mas a ideia não era que eles seriam o ponto forte da rede (...) pra receber os psicóticos, os esquizofrênicos, no caso, os adultos. Seriam os CAPS. Os psiquiatras seriam reformulados, passariam por uma discussão, não sei, e passariam a atender na Atenção Básica, pra cuidar dos casos em equipe. Esse era o desenho bonitinho. Só que não funcionou e não funciona, por várias razões: porque é uma infinidade de casos, e se colocamos um psiquiatra, ninguém mais olha, a assistente social e psicóloga que olhe lá... (...) meio que retira (o atendimento pelas) equipes de saúde (E7).

Nessa fala constatamos o fenômeno de desresponsabilização das equipes das unidades básicas de saúde quando chegam os psiquiatras e que também aconteceu na década de 1980 com a abertura do próprio ambulatório e com a chegada desses profissionais nas primeiras equipes mínimas de saúde mental. O fato de chegar um médico especialista, psiquiatra, ocasionou a transferência dos casos, apenas, ou principalmente, para esses profissionais evidenciando um olhar parcial sobre o que é o cuidado em saúde e em saúde mental.

A diferença que podemos destacar nesses dois momentos, segundo nossos entrevistados, é que os psiquiatras que chegaram para trabalhar nos anos de 1980 chegaram a formar grupos e a atender de forma compartilhada, no entanto, não tiveram como escapar da grande demanda por consultas psiquiátricas para troca de receitas, movimento este, apoiado pelas equipes dos Centros de Saúde.

Já os psiquiatras que saíram do ambulatório de saúde mental para atender nas unidades básicas de saúde, em 2011, não se disponibilizaram, em sua maioria, a trabalhar dessa forma. Ou seja, na sua maioria já foram para a atenção atendendo dentro de um modelo clínico-centrado, sem a discussão dos casos com as equipes das unidades básicas de saúde.

Supomos que o fato de as equipes e das unidades básicas também não estarem qualificadas para o atendimento em saúde mental e apresentando certa resistência ao cuidado da população, que apresenta diferentes graus de sofrimento psíquico, fortaleceu o movimento daqueles psiquiatras. Ou seja, a equipe da atenção básica não queria atender ou discutir os casos e os psiquiatras também não queriam discutir os casos e só trabalhar na lógica da consulta individual.

Dessa forma, o fechamento do ambulatório deixou parte da população desatendida, visto que os CAPS assumiram parte dos casos graves e a atenção básica parte dos casos leves e moderados (E7).

O impacto na rede de saúde básica do município foi inevitável com o fechamento do ambulatório.

O que assustou muito na época foi a retirada dos ambulatórios, por mais que a gente soubesse que ele funcionava de um jeito não adequado, em função das filas enormes que ficavam, era como se você tivesse um apoio, uma muleta. Não dava para a gente ficar com esse caso aqui (na atenção básica), você encaminhava para o ambulatório seja o da criança, seja o ambulatório de saúde mental (E14).

(O ambulatório) não funcionava a contento, porque não dava alta, são casos crônicos, casos que precisam de um acompanhamento mais de longo prazo mesmo. Também foi um processo difícil para a gente que era das equipes de atenção básica (...). Eu vou ficar com tudo? Porque mesmo que fosse para uma lista, fica a sensação de que “fiz a minha parte”, “eu encaminhei”, mas agora eu vou encaminhar para onde? (E14).

Uma fala que também nos pareceu interessante ajuda-nos a entender como eram os processos de trabalho no ambulatório, mas também aponta para o fato, que já era sabido, que alguns profissionais não permaneceriam em Guarulhos após o fechamento do mesmo.

Eram médicos que entravam de costas, mas resolviam. Era pessoal de experiência, então resolvia os problemas dos pacientes. Ninguém reclamava. Eu sempre briguei para não acabarem com aquele ambulatório. Eu falava para o pessoal do PT: se vocês acabarem, vocês vão mandar cada médico para um lugar. Eles estão em fim de carreira, estão acostumados com aquela mordomia, vocês acham que

eles vão pegar um chefe de um PA, que vai exigir horário, vocês acham que eles vão ficar? (E23).

Com o fechamento e a ida dos profissionais para a atenção básica, apesar de a maioria dos psiquiatras ter continuado com o processo de trabalho que estavam acostumados no ambulatório (troca de receitas sem discussão de casos com a equipe), em uma das entrevistas observamos que, para alguns psiquiatras, o fato de terem ido para a atenção básica estimulou uma nova visão sobre a saúde, sobre os processos de trabalho e, conseqüente, mudança no atendimento. Sabemos que alguns pediram exoneração, mas outros se disponibilizaram a fazer matriciamento na atenção básica o que é, de certa forma, surpreendente.

(...) eu acho que de uma maneira melhorou, os psiquiatras mudaram um pouco a postura, alguns (...). Nas unidades básicas, eles tiveram outro entendimento. Tem médico que participou de matriciamento, (e) o cara mal conversava com as pessoas lá no ambulatório (E22).

Como apresentado nas entrevistas, o mesmo processo de fechamento ocorreu com o ambulatório da criança nesse período. Uma vez que era alto o número de pessoas que estavam nos dois ambulatórios, realocar esses casos na rede, conforme as diretrizes do cuidado integral, gerou certo desconforto aos profissionais que receberam esta demanda.

Porém não podemos negar que foi um passo importante para o município, visto que quebrar com a lógica ambulatorial de assistência não é tarefa fácil. Fechar os ambulatórios demonstra alguns passos na superação do modelo.

Porém, acreditamos que essa superação se mostra ainda mais difícil em Guarulhos, onde os ambulatórios funcionaram por aproximadamente trinta anos e a políticas de implantação das equipes mínimas de saúde mental na atenção básica e dos CAPS não foram suficientes para mudar a cultura municipal da assistência ambulatorial sem articulação interna das equipes ou externa com a rede de saúde e outras áreas.

4.3.13 Considerações gerais sobre o período

Concluimos que entre os anos 2000 e 2016, em Guarulhos, a Política de Saúde Mental se caracterizou, entre outras coisas, pelo surgimento dos CAPS.

Com a promulgação da Lei 10.216 de 2001 e as portarias que se seguiram, o Ministério da Saúde estabeleceu um financiamento aos equipamentos de saúde mental, o que estimulou a abertura dos mesmos em Guarulhos.

Novamente, entendemos que a equipe que assumiu a gestão da Secretaria da Saúde (e que antes estava na gestão estadual do ERSA 15), foi a grande responsável pelos avanços no município no início dos anos 2000.

A habilitação dos equipamentos como CAPS e conseqüente repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para os municípios, desencadeou, em Guarulhos, a transformação do hospital-dia e do NAPAD em CAPS II Osório César e CAPS AD II Arnaldo Bravo Brant, respectivamente, logo após o aparecimento dessa legislação.

Os primeiros CAPS do município desempenharam ações e fomentaram debates, com a participação social, que até então não havia acontecido na rede, como: a criação da Associação 02 de Abril e os primeiros debates sobre a Isenção Tarifária Municipal. No entanto, ficou perceptível o avanço das discussões sobre saúde mental no município com a chegada dos novos CAPS a partir de 2007.

O aumento no número de quatro CAPS entre 2007 e 2010, iniciou um trabalho de matriciamento na rede de forma mais sistemática, levando temas como o cuidado em saúde mental dessa população com graves sofrimentos psíquicos. Também possibilitou uma reorganização dos fluxos de assistência no município, sendo possível, a partir de então, fechar o ambulatório que existia dentro do HMU e, posteriormente, os ambulatórios de saúde mental e o da criança.

Entendemos que, mesmo com todas as dificuldades que a rede encontrou para acolher essas pessoas, principalmente na atenção básica, caso os novos CAPS não tivessem sido implantados, esses outros passos (no sentido de uma assistência mais integral e integrada com a rede de saúde municipal) provavelmente não teriam acontecido.

O TEAR também é um exemplo do avanço da rede de saúde mental na área da reabilitação psicossocial. Foi uma iniciativa da gestão municipal, apoiada por uma iniciativa privada e outra, não governamental, que defendeu a sua implantação trazendo ao município um dos primeiros e maiores projetos no Brasil, que promovem a inserção social de pessoas com grave sofrimento psíquico com qualidade. Vale destacar que à época da implantação do projeto não se dispunha de uma legislação municipal, estadual ou federal no Ministério da Saúde ou do Trabalho que apoiasse a abertura desse equipamento e hoje a iniciativa tem reconhecimento nacional e internacional.

A abertura do CAPS Infantojuvenil Recriar (2007) evidenciou, pelo nosso ponto de vista, um debate que o município há alguns anos não quis (ou não pôde) enxergar, que era a desassistência do público da saúde mental infantojuvenil. Foi necessário um processo judicial para que o Governo Municipal e a Secretaria Municipal de Saúde implantassem esse serviço.

Essa implantação, também, evidenciou a dificuldade e a resistência de outros equipamentos de saúde no atendimento em saúde mental. Tivemos como exemplo as discussões que aconteceram entre profissionais da gestão para que fosse possível abrir alguns leitos de saúde mental no hospital geral referência para crianças e adolescentes no município, o Hospital Municipal da Criança e do Adolescente.

Os leitos de saúde mental no HMU e no HMCA, os CAPS Recriar, Arco Íris, o Alvorecer e o Bom Clima também são retratos do avanço e ao mesmo tempo da dificuldade em estabelecer o funcionamento dos equipamentos de saúde mental em ambiente/prédios apropriados para o cuidado em saúde. Todos eles foram implantados em salas ou prédios adaptados e pequenos. Alguns com condições bastante precárias ao desenvolvimento das atividades, ocasionando prejuízos, alguns irreparáveis, na vida de pacientes, familiares e profissionais.

Esse fenômeno é observado desde o início da implantação da rede de serviços extra-hospitalares na área da saúde mental em Guarulhos, como o Ambulatório de Saúde Mental nos anos 1980, que iniciou em imóvel adaptado. Aparentemente, se o imóvel não tivesse apresentado problemas estruturais, talvez não tivesse saído do local na época. É provável que a transferência do ambulatório de saúde mental para os porões da Secretaria da Saúde tenha sido em decorrência da gravidade e pouco tempo para retirar o serviço do prédio do centro que apresentava problemas, no entanto, ainda assim, fica uma dúvida no ar do motivo que levou a gestão a escolher um local tão inapropriado para seu funcionamento.

O pronto socorro psiquiátrico e o hospital-dia funcionando na mesma casa adaptada, sendo que o primeiro estava fora de um hospital geral, também retrata esse histórico de locais inadequados nos quais são implantados os serviços de saúde mental no município.

Até mesmo o hospital-dia e posteriormente o CAPS II Osório César, implantados nas dependências do antigo Instituto de Psiquiatria de Guarulhos, onde vários pacientes haviam sofrido maus tratos e lembravam esses momentos difíceis ao adentrarem nos referidos serviços.

A implantação dos CAPS II Arco Íris (2007), CAPS III Alvorecer (2009) e CAPS II Bom Clima (2011) também remonta à mesma problemática de estruturas prediais inadequadas ao cuidado em saúde mental que se espera dos serviços CAPS. Porém demonstra uma

preocupação da gestão no fortalecimento da rede de saúde mental municipal, visto que havia (e permanece) uma defasagem muito grande no número de CAPS necessários ao município.¹⁰⁶

Dessa forma, vamos entendendo que Guarulhos tende a dar passos em direção a uma Política de Saúde Mental preconizada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica dos anos 1970 e 1980 em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde até o final de 2016, no entanto são passos que, ainda que importantíssimos, não garantem a qualidade da assistência e a mudança da cultura da assistência ambulatorial e hospitalocêntrica que visa a super medicação e pouca ou nenhuma articulação de cuidados em saúde de forma integral e integrada com a rede de serviços municipais.

Não só os CAPS e hospitais gerais, mas as unidades básicas de saúde também apresentam estruturas prediais, em sua maioria, pequenas para o que são destinadas e com uma responsabilidade sanitária de territórios muito grandes, impossibilitando, muitas vezes, a assistência de qualidade à população.

O que se seguiu após o fechamento dos ambulatórios da criança e de saúde mental evidenciou a diversidade de posturas profissionais e, portanto, de práticas que coexistiram e coexistem em Guarulhos desde o início do século.

Seu fechamento evidenciou as dificuldades internas nos processos de trabalho do ambulatório de saúde mental e as muletas da atenção básica. Como visto, a cultura ambulatorial do tratamento medicamentoso, da procura pela internação e da não discussão dos casos pela equipe multiprofissional é bastante arraigada no município.

Quando olhamos para o número de leitos de saúde mental em hospital geral, o cenário é o mesmo, se não pior. Poucos leitos e funcionando em ambientes inapropriados. Damos destaque aos leitos do HMCA, cuja ambiência pode ser considerada de um sistema prisional.

Em relação ao processo de desospitalização, observa-se que o município demorou muito na implantação da primeira residência terapêutica. Conforme informações da Secretaria Municipal da Saúde, após o primeiro Censo Psicossocial realizado em 2008 e conforme dados da SES/SP, em 2011 era exigido que Guarulhos implantasse 08 serviços de residência terapêutica. Com o passar dos anos, esse número foi revisto pela SES/SP e, até 2016, o município deveria se responsabilizar pela abertura de 03, sendo que já havia implantado um em dezembro de 2015.

Dessa forma, seguindo ao que analisamos nos períodos anteriores, o período dos anos 2000 até 2016 se caracteriza pelos avanços na abertura de equipamentos e serviços em saúde

¹⁰⁶ Em 2016, segundo as portarias que determinam o parâmetro populacional de referência para os CAPS, o município de Guarulhos necessitaria de 10 a 12 CAPS.

mental, porém também evidencia um cenário de práticas assistenciais calcadas em um modelo de atendimento tradicional, frequentemente observadas no interior dos hospitais psiquiátricos e que agora podem ser vistas na rede de saúde de forma mais generalizada.

4.4 O MODELO ASSISTENCIAL COM A INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

4.4.1 Os núcleos de apoio

Os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) foram implantados com o objetivo de fortalecer as ações da atenção básica, mais especificamente nos locais onde atuam as equipes de estratégia de saúde da família. Segundo o Ministério da Saúde, os núcleos foram criados em 2008 através da Portaria GM nº 154 “com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações” (BRASIL/MS, s/d).

Em 2011, os núcleos foram regulamentados através da Portaria nº 2.488, onde suas ações devem:

(...) (propiciar) discussões de casos clínicos, possibilita(r) o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, (permitir) a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. (suas) ações (...) também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL/MS, s/d).

E sua equipe deve ser constituída por:

(...) profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. (...) O Nasf não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF (BRASIL/MS, 2010, p. 8).

Em dezembro de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde inicia a contratação das equipes NASF por meio de concurso público. Guarulhos implanta, na mesma época, os NAAB – Núcleos de Apoio da Atenção Básica para as unidades básicas de saúde que funcionam no modelo tradicional de assistência, mas os princípios do trabalho seriam os mesmos para ambas as equipes.

A chegada dos NASF/NAAB, apesar de uma série de conflitos gerados na rede, foi avaliada, em parte, pelos entrevistados das equipes mínimas contratadas nos anos 1990, de

forma positiva, pois surgiam novas categorias profissionais na discussão dos casos permitindo um olhar mais amplo em relação à saúde da população.

O bom dessa história NASF é agregar outros profissionais que a gente não tinha antes na equipe, que é o nutricionista, que é o fisioterapeuta, que é o educador físico, isso é sensacional porque a gente fazia um pouco de tudo isso no fim, então hoje ter esse apoio técnico desses profissionais é fantástico, acho que o trabalho fica muito mais qualificado (E14).

No entanto, os entrevistados avaliaram que a forma de implantação dessas equipes foi equivocada. Segundo eles, a Secretaria da Saúde não preparou as equipes da atenção básica para receberem essa nova proposta de trabalho e, assim, gerentes, trabalhadores das unidades básicas de saúde e profissionais dos NASF/NAAB viveram meses de muitos conflitos.

O NASF foi uma fonte de recurso, de repasse de recurso, mas ficou nisso. (...) a própria Secretaria não sabia lidar com isso. Não é só preparar quem chega, se quem vai receber não sabe o que é (E9).

Todas as orientações que aconteciam nas reuniões, que a referência da equipe técnica (da região de saúde) faziam com os núcleos de apoio, não tinham nada a ver com o que as unidades cobravam dos técnicos e dos trabalhadores (dos núcleos) (E13).

A introdução das equipes NASF/NAAB exigia, enquanto diretriz do Ministério da Saúde, que a equipe da unidade básica assumisse o acolhimento de *toda* a população. Essa proposta retirava das equipes mínimas de saúde mental, que permaneciam nas unidades desde os anos 1980 e 1990, a responsabilidade pelo acolhimento da população específica da mental.

Esse novo formato possibilitava que os pacientes com diferentes graus de sofrimento psíquico pudessem ser acolhidos como qualquer outra pessoa dentro da unidade básica, não havendo discriminação ou privilégios pelo fato de possuírem algum transtorno. Além disso, estimularia que essas pessoas passassem por avaliações clínicas e não apenas psicológicas ou sociais (como costuma acontecer) e, caso apresentassem riscos de vida, assim como qualquer outra doença, seriam uma prioridade para o atendimento.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, as equipes das unidades básicas deveriam fazer o acolhimento, avaliar o caso, classificar o risco e, se após discussão e entendimento da equipe ainda restassem dúvidas, sentariam com os profissionais dos NASF/NAAB nas reuniões de matriciamento para esclarecimento de dúvidas e apoio para a construção do projeto terapêutico singular (PTS) ou projeto terapêutico coletivo (PTC).

Apesar do matriciamento ser uma ferramenta que já era utilizada em alguns pontos da rede de saúde mental com as equipes dos CAPS, esse processo se intensifica com a chegada dos NASF/NAAB na atenção básica, uma vez que foram contratados em Guarulhos mais de setenta profissionais para atuarem nesses núcleos de uma só vez. Dessa forma, se inicia uma fase de conflitos, avanços e grandes mudanças nos processos de trabalho das unidades básicas.

Toda essa conjuntura da rede de saúde motivou revolta e muita resistência ao novo modelo de assistência que agregava os NASF/NAAB. Tanto profissionais mais antigos, que eram das equipes mínimas de saúde mental, como os gerentes de diversas unidades básicas, por não entenderem ou não concordarem, reivindicavam a permanência do modelo antigo dos anos 1980/1990, no qual psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos é que faziam o acolhimento e todo o acompanhamento/encaminhamentos da população que procurava atendimento em saúde mental.

O objetivo da nova forma de assistência era que a equipe da unidade básica adquirisse maior autonomia na resolução dos casos ou pudesse combinar os atendimentos de forma conjunta com os núcleos, visto que, segundo a política da atenção básica, esses serviços estão no lugar privilegiado para o acompanhamento do cuidado em saúde de qualquer pessoa que esteja dentro de seu território sanitário: a atenção básica como ordenadora do cuidado e porta prioritária à rede de serviços de saúde.

Conforme o conhecimento da pesquisadora, em muitas unidades básicas houve dificuldade em se fechar a agenda dos profissionais para que o matriciamento ocorresse (destaque para os profissionais médicos), e houve bastante resistência para que também aceitassem fazer o acolhimento em saúde mental. Muitos motivos foram revelados, mas podemos citar a não qualificação dos profissionais da atenção básica para lidar com essa população específica. O medo e o preconceito que foram evidenciados nos anos 1980 e 1990 ainda permaneciam entre os profissionais da saúde em 2010.

Além disso, o entendimento de alguns profissionais da saúde era de que a Secretaria da Saúde havia retirado a especificidade do trabalho das equipes mínimas, desqualificando o trabalho desses profissionais ao colocar “qualquer um” para a realização do acolhimento em saúde mental.

E parece que teve umas modificações lá, da forma da saúde mental trabalhar. O modo de receber o paciente. Podia ser qualquer um. Não era mais o psicólogo que ia triar. Não sei. Parece que alguns problemas aconteceram (E6).

(...) o NASF mexe muito com a atenção básica pelo fato de tirar aqueles psicólogos e assistentes sociais que estavam à frente disso (do acolhimento em saúde mental) para colocar a equipe da atenção básica um pouco mais como protagonista (E12).

Os objetivos dos NASF/NAAB eram entendidos de formas diferentes pelos trabalhadores, a ponto de acharem que psicólogos do NASF/NAAB não realizariam mais atendimentos individuais, como a psicoterapia. No entanto, o que se preconizava era o uso racional dessa prática, com a priorização de ações coletivas e participação nos matriciamentos com o objetivo de fortalecer uma visão de saúde ampliada na atenção básica. Importante salientar que essa era uma diretriz para todos os profissionais e não apenas para psicólogos.

Interessante observar que a cultura do modelo individual de assistência em saúde também foi pauta na chegada das equipes mínimas dos anos 1990, e isso ficará evidenciado nas falas dos entrevistados quando relembrem a atividade de supervisão do período.

Também evidenciamos o mesmo fenômeno em algumas falas anteriores que já destacamos, sobre a cultura do atendimento psicológico individual, seja para a avaliação, ou psicodiagnóstico, ou mesmo no decorrer do tratamento dentro dos serviços de saúde mental como ambulatório de saúde mental e ambulatório da criança.

Sobre a nova política de assistência na atenção básica com chegada dos NASF/NAAB e o conflito com a rede, as falas abaixo retratam um pouco do que vinha acontecendo. Uma delas, inclusive, traz a discussão sobre a diminuição dos espaços de atendimento individuais.

(...) algumas pessoas ainda insistiam na postura de trabalhar com o individual e não com o coletivo. A gente falava: mas gente, a proposta não é essa, a proposta é outra (E11).

Mas todas estas técnicas de atender ao sofrimento são importantes, mas para mim, não descartam a questão do atendimento individual quando ele é necessário. Acho que este espaço (individual) a gente quase não tem (E4).

O que seria interessante observar é que o número de profissionais que chegaram para compor os NASF/NAAB, apesar de parecerem muitos, ainda era insuficiente para a demanda territorial de Guarulhos, e, portanto, pode ter havido enganos em se pensar que a perda do espaço dos atendimentos individuais era causa da nova Política. Parece que não houve uma ampla discussão na rede de saúde para se entender que a nova proposta de assistência com os

NASF/NAAB não acabava com os atendimentos individuais, mas que preconizava o uso mais racional dessa ferramenta de cuidado e que o fato de serem poucos profissionais dificultava a assistência da grande demanda territorial, ou seja, pouco profissional e base territorial muito extensa.

Nesse período, os serviços da atenção básica reagiram de forma bastante contundente:

(...) as críticas de quem já fazia parte da rede eram todas: da destruição das equipes de saúde mental, da perda de todo trabalho, de todo fluxo, de todo acompanhamento, das críticas em relação às propostas das equipes, a rejeição das unidades tradicionais, (...) porque nós estávamos com três unidades de modelo tradicional que, embora fiquem próximas, têm público e perfis muito diferentes, tanto da equipe que está na unidade, quanto da população que procura a unidade (E13).

Segundo os entrevistados, muito do que não acontecia nesse momento inicial de transição para um novo modelo na assistência na atenção básica foi entendido como um problema das equipes NASF/NAAB, e não como um fenômeno institucional pela mudança da política que trazia à tona os pontos frágeis dos serviços públicos e, como apontado anteriormente, do número menor de profissionais preconizados pelo Ministério da Saúde para a composição desses núcleos em Guarulhos.

(...) muito do trabalho às vezes não desenvolvia e não acontecia porque o gerente local não conhecia ou não entendia, ou não queria abrir conflito ou a equipe se recusava, e aí, ficava muito na questão do NASF e do NAAB, a incompetência de não conseguir fazer o trabalho, das coisas não darem certo, e isso era muito ruim (E13).

Muitas equipes de NASF/NAAB ficaram como referência de três, quatro, cinco unidades básicas, ocasionando um rodízio de profissionais nas unidades e diminuindo o tempo de permanência em um mesmo local de trabalho. Para alguns entrevistados, a lembrança que fica é de uma equipe que não se sentia fazendo parte da unidade básica e, por vezes, se colocava distante.

(...) eles sempre se colocam como algo fora da unidade. Talvez até pela posição física mesmo, de não estarem dentro... e entra e sai, entra e sai (E11).

(...) o que eu acho complicado do arranjo NASF é que esses profissionais acabam não tendo o vínculo que a gente (equipe mínima dos anos 1990) tinha com as equipes. Eles atendem três, quatro unidades tendo que dar conta das equipes de estratégia, cinco, seis,

nove equipes, e não conseguem fazer esse vínculo porque eles estão pouco tempo, eles não estão ali presentes, vivenciando o tempo todo, vendo as dificuldades que a equipe tem dentro daquele território. Os territórios, embora próximos, têm muitas diferenças, né? (E14).

Segundo informações da pesquisadora, os profissionais do NASF/NAAB que eram novos na rede foram direcionados pela Secretaria de Saúde para as regiões mais distantes e periféricas do município, uma vez que o recurso humano dessas regiões sempre esteve defasado. Esse direcionamento fez com que, na região central, com aproximadamente 350 mil habitantes, permanecesse grande parte dos profissionais da década de 1980 e 1990, que se mostraram mais resistentes à mudança.

Por esses motivos, nem todas as regiões de saúde implantaram as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde em relação ao funcionamento dos NASF/NAAB. A Secretaria da Saúde optou por não gerar mais conflitos com a rede deixando que cada região optasse pelo modo de trabalho que achasse melhor.

Até o final de 2016 ainda existiam unidades básicas funcionando com base no modelo da década de 1980 e 1990, com a atuação de duplas de psicólogos e assistentes sociais, ou até mesmo com profissionais sozinhos, como referência de saúde mental nas unidades básicas de saúde, realizando o acolhimento em saúde mental no lugar da equipe da unidade. Porém a grande maioria (praticamente $\frac{3}{4}$ do município) já estava mais adaptada à nova Política de atenção integral em saúde e ao novo modelo de processo de trabalho.¹⁰⁷

Sete anos depois, eles começam a entender. Eu acho que hoje já tem noção do quanto eles (atenção básica) podem apoiar (a saúde mental) (E9).

4.4.2 Outros dispositivos na atenção básica

Nesse mesmo período, entre 2009 e 2010, a coordenação de saúde mental municipal traz para a rede de saúde os cursos de Terapia Comunitária e Teatro do Oprimido com o

¹⁰⁷ Não estamos aqui levantando a questão da qualidade dos acolhimentos e matriciamentos em saúde mental que até hoje carecem de maior apoio e qualificação dos profissionais na rede. O ponto que queremos destacar é a alteração nos processos de trabalho da atenção básica, modificados pela inclusão da nova política NASF/NAAB e que favoreceria e fortaleceria as ações de saúde mental na atenção básica, visto que mais profissionais atenderiam essa população e não haveria diferença no tratamento do acolhimento em saúde mental dos acolhimentos gerais das unidades básicas. Ou seja, a política NASF/NAAB forçava a atenção básica a desenvolver uma visão mais ampliada e integral da saúde e da saúde mental.

objetivo de trazer novos espaços e ferramentas para a assistência em saúde mental na atenção básica (E7).

Porém, alguns relembram que o Conselho Regional de Assistência Social proibiu as assistentes sociais de executarem a Terapia Comunitária, enfraquecendo a ação no município, pois muitas delas haviam feito o curso e ficaram com medo de exercer a atividade (E19).

(...) a gente começa a ouvir outras vozes, outras propostas de fazer saúde mental. Veio a Terapia Comunitária, a questão do tabaco, de ações para o não fumante, que eram outras maneiras de ouvir essas comunidades e (havia a) a discussão com outros profissionais, então, olha, dá pra fazer sim isso (na Atenção Básica) (E14).

Em 2010, a Secretaria da Saúde investe novamente em políticas de saúde mental na atenção básica e faz a contratação da primeira equipe de Consultório *de* Rua (CdR) para atuar na região central de Guarulhos.

No princípio os CdR objetivavam o acompanhamento mais de perto e mais sistemático da população em situação de rua usuária de drogas. No entanto, não encontramos na literatura, mas, segundo a entrevista nº 7, por uma questão de dificuldade de recurso para financiar essas equipes por parte da coordenação de saúde mental no Ministério da Saúde, essa estratégia passa para o campo da coordenação da atenção básica em Brasília, saindo, portanto, enquanto política, da área da saúde mental.

De qualquer forma, na época em que a primeira equipe de Consultório de Rua é instalada em Guarulhos, essa política ainda fazia parte da área da saúde mental e, assim, foi desencadeada no município pela coordenação de saúde mental.

A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Chamamos de Consultório na Rua equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território (BRASIL/MS, s/d).¹⁰⁸

¹⁰⁸ Site do Ministério da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_Rua.php. Acesso em: 06/02/2018.

Segundo um dos nossos entrevistados:

(...) o primeiro, eu acho que foi uma puta iniciativa. O primeiro Consultório de Rua tinha uma equipe que se juntou com a assistência social (E7).

Quem veio fazer a capacitação (para o CdR) foi o pessoal de Salvador, que era quem tinha implantado o primeiro consultório de rua lá. (...) foi uma experiência riquíssima e de pioneirismo no Brasil. Veio a Guarulhos e ficou por muito tempo dando supervisão. O primeiro consultório foi criado em parceria com a Assistência Social, foi uma experiência muito legal. Eles tinham o pessoal da abordagem. Depois, eles se separaram e se distanciaram. Mas foi um trabalho bem rico (E3).

Como podemos observar, segundo nossos entrevistados, a estratégia em se implantar um Consultório de Rua em Guarulhos foi bem avaliada, visto que a Secretaria Municipal de Saúde fez uma parceria com a Secretaria de Assistência Social e havia uma preocupação com a assistência da população de forma mais ampliada ou intersetorial. Além disso, a capacitação inicial dos profissionais foi realizada diretamente com os profissionais do município de Salvador na Bahia, pioneiros na experiência dos Consultórios.

Ao final de 2016, Guarulhos permanecia com apenas um Consultório na Rua, o que evidencia a dificuldade em se avançar nas políticas voltadas à população em situação de rua e, portanto, no atendimento de uma parcela significativa da população que apresenta grandes sofrimentos psíquicos e alta vulnerabilidade.

4.4.3 Considerações gerais sobre o período

Ao analisar o período, verificamos que a nova proposta de assistência para a atenção básica e conseqüente implantação dos núcleos de atenção NASF/NAAB, na visão dos entrevistados, teve um processo de implantação bastante polêmico. A nosso ver, as polêmicas poderiam ter sido minimizadas com uma maior discussão sobre o que iria acontecer na rede da atenção básica e maior acompanhamento da implantação por parte da gestão das regiões de saúde e Secretaria da Saúde.

Os núcleos foram pensados e planejados pelo Ministério da Saúde para apoio às unidades básicas que possuíssem as equipes de estratégia da saúde da família. No entanto, em

Guarulhos, a lógica de seu funcionamento foi aplicada para todas as unidades básicas, o que englobou as de modelo tradicional de assistência. Aos núcleos apoiadores das unidades básicas de modelo tradicional, foi dado o nome de NAAB.

A Secretaria da Saúde entendia que a lógica do atendimento e articulação das equipes da atenção básica com as equipes de estratégia de saúde da família e modelo tradicional de assistência com as equipes dos núcleos NASF/NAAB deveria seguir as mesmas diretrizes. Porém muitos profissionais que trabalhavam nas unidades tradicionais questionavam essa lógica de assistência que, pelo Ministério da Saúde, havia sido planejado apenas para o modelo de unidade básica com estratégia de saúde da família.

Sabemos que muitas unidades tradicionais acabaram se reorganizando e estabelecendo processos de trabalho como matriciamento e acolhimento também em saúde mental, o que em algumas unidades de estratégia de saúde da família foi mais difícil. Dessa forma, acreditamos que a nova proposta de assistência para a atenção básica, apesar de ficar em evidência por conta da chegada dos NASF, e, portanto, ser entendida que serviria apenas para os territórios com estratégia de saúde da família, pode ser bem aplicada nas unidades tradicionais. Dessa forma, acreditamos que é necessário um aprofundamento na discussão em relação a essa diferença nas mudanças de processos de trabalho nas unidades tradicionais e nas com estratégia de saúde da família a partir da chegada dos núcleos.

Em Guarulhos, os profissionais que eram das equipes mínimas de saúde mental das décadas de 1980 e 1990 foram realocados nos núcleos, alterando, em alguns casos, sua área de atendimento e seus colegas de trabalho.

Somada a essa reestruturação espacial, temos a mudança nos processos de trabalho tanto dos profissionais das equipes mínimas de saúde mental, como de grande parte das equipes da atenção básica pelo fato de os núcleos não serem porta de entrada da atenção básica, ou seja, não serem os profissionais de referência para a realização do acolhimento. Conseqüentemente, o acolhimento em saúde mental que era referência das equipes mínimas passou para as equipes das unidades básicas.

Avaliamos que essa alteração nos acolhimentos possibilita que os pacientes com sofrimentos psíquicos variados possam ser atendidos da mesma forma que toda população nas unidades básicas de saúde. Além disso, a mudança de fluxo do acolhimento forçou, de certa forma, que profissionais que nunca haviam feito um acolhimento a esse público, ou porque se recusavam ou porque havia quem o fizesse, começassem a fazê-lo. Dessa forma, entendemos que o conhecimento sobre o que é a loucura ou os processos de sofrimento psíquico

começaram a circular de forma mais intensa junto aos profissionais das equipes da atenção básica.

Longas discussões sobre como lidar, tratar e avaliar os casos de pessoas acometidas por sofrimentos mentais em seus diferentes graus de adoecimento foram desencadeadas nesse período, propiciando mais espaços de diálogo entre os profissionais com o objetivo de trabalhar a quebra de estigmas e de preconceito em relação a essas pessoas.

Porém, as entrevistas retratam um período de muito sofrimento por parte dos profissionais que agora precisavam fazer o acolhimento em saúde mental e dos profissionais das equipes mínimas que não concordavam em deixá-lo.

Deixamos aqui uma questão que merece ser aprofundada: se todos os profissionais que atuam na saúde pública precisam saber acolher toda e qualquer pessoa que chega a sua unidade de saúde, como deve ser feito o acompanhamento e a capacitação desses profissionais que, muitas vezes, não tiveram esse tipo de estudo e conteúdo durante sua formação? Ainda, será que existem pessoas e, portanto, profissionais, que mesmo capacitados não teriam condições de realizá-lo? Como as pessoas/profissionais lidam com o sofrimento psíquico e/ou físico (muitas vezes intenso) de outras pessoas?

As narrativas trazem conteúdos nos quais os profissionais não foram preparados para essa mudança da lógica de trabalho, o que remonta a um suposto planejamento por parte da Secretaria da Saúde que não foi suficiente para a implantação da nova proposta de assistência na atenção básica, apoiando de forma mais próxima os núcleos, as equipes e gerentes das unidades básicas.

Ainda, as novas ferramentas que foram introduzidas na atenção básica para apoio à assistência aos processos de sofrimento psíquico como a terapia comunitária e o teatro do oprimido retratam a preocupação da gestão da área da saúde mental em fortalecer a atenção básica. Porém, entendemos que faltaram investimentos para que essas iniciativas continuassem a ser desenvolvidas após o curso ofertado pela Secretaria da Saúde. Parece não ter havido um planejamento para que esses projetos fossem acompanhados pela gestão da atenção básica, por exemplo, entendendo-se que eram projetos da saúde mental única e exclusivamente.

Outro fato que pode ter corroborado para tal situação, veremos no capítulo 5, a seguir, quando levantarmos algumas questões sobre a gestão da saúde mental no município, e que retrata volumes imensos de trabalho e de responsabilidade e um número de pessoas muito pequeno para conseguir fazer os acompanhamentos. Ou seja, muitas vezes consegue-se

implantar os projetos e programas, mas não se consegue fazer o acompanhamento e monitoramento dos mesmos.

CAPÍTULO 5

AS OUTRAS FACES DA SAÚDE MENTAL EM GUARULHOS

5.1 A SUPERVISÃO

As supervisões clínico-institucionais

As supervisões clínico-institucionais em Guarulhos se iniciaram na década de 1980. No campo da saúde mental, a estratégia dessa supervisão foi frequentemente utilizada pelas secretarias de saúde e coordenadorias de saúde mental, visando a qualificação dos profissionais e a transformação dos modelos de gestão e de assistência desenvolvidos nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

Nos anos 1980, em Guarulhos, apesar da existência dos serviços e equipamentos de saúde e saúde mental como o ambulatório de saúde mental (ASM), pronto socorro psiquiátrico, equipes mínimas de saúde mental na atenção básica, postos de puericultura e mesmo o posto de atendimento médico-sanitário (este último vinculado ao INAMPS), não havia uma rede de saúde que de fato se articulasse.

Eram equipamentos que funcionavam de forma bastante independentes e isso ficará claro após o ano de 1993 quando há outra supervisão para os trabalhadores da saúde mental. Com essa supervisão, ficará evidente a desarticulação da rede.

No entanto, antes de chegarmos à supervisão de 1993 que realmente modificou a saúde mental no município, passaremos pela história da supervisão de 1983.

A partir dos dados levantados nas entrevistas, verificamos que a supervisão clínico-institucional entre 1983 e 1988 foi realizada especificamente para os funcionários do ambulatório de saúde mental, porém ainda resta alguma dúvida em relação a essa informação, visto que muitos profissionais que não eram do ambulatório disseram participar de atividades no mesmo período e local e com professores que também davam as supervisões. O que supomos é que esses profissionais que não eram da equipe do ambulatório de saúde mental devem ter participado de outros cursos e capacitações que foram ofertados na época, porém não da atividade de supervisão a qual estamos nos referindo.

A supervisão clínico-institucional para a equipe do ambulatório de saúde mental foi fruto de um convênio assinado entre o Governo do Estado e o Instituto Sedes Sapientiae, em

consequência dos investimentos na área da saúde pelo governo de Franco Montoro. O convênio tinha como objetivo a formação dos profissionais que trabalhavam na saúde mental e o ambulatório de saúde mental de Guarulhos se beneficiou desse espaço de reflexão.

Por alguns anos, a maioria dos Ambulatórios pôde solicitar supervisão contratada, tendo se adotado o critério de que o supervisor fosse alguém estranho ao serviço. A vertente dessas supervisões deveria ser a de trabalhar tanto questões ligadas à clínica quanto aquelas ligadas à dinâmica institucional e às ações programáticas, ou, melhor dizendo, aos programas. Na prática, essas supervisões ocorriam nas reuniões semanais de equipe técnica e, quando abarcavam certos “nós” institucionais, contavam também com a presença do pessoal de apoio. Vale a pena nos determos um pouco nisso, pois chama a atenção a presença de todos, o tempo todo, para resolver todos os assuntos (CAMBRAIA, 1999, p. 22).

Em Guarulhos, psicólogas da Instituição de Ensino Sedes Sapientiae, localizada na capital (atualmente permanece com suas atividades no mesmo local), vinham até o ambulatório fazer a supervisão clínico-institucional. Profissionais que participaram da atividade a reconhecem como um espaço de grande aprendizado.

Eu acho que uma das funções interessantíssimas da supervisão, é a construção da equipe. É o sentimento de equipe. Um sentimento de um trabalho conjunto. Acho que não é fácil se identificar fazendo parte de um coletivo. E a força real é claro que está em cada um, mas está também nesse coletivo... muitas pessoas falam: o “ambulatório” não sei o quê, e não diz: tal “profissional” do ambulatório, é o “ambulatório” de não sei o quê. Então esse “ambulatório” de não sei o quê é reconhecido de fora, como um todo, mas dentro, às vezes tem muita dificuldade para ser, para se sentir como um todo (E20).

E quanto à supervisão institucional, a gente achou que era muito importante, e que isso foi uma novidade de fato, trabalhar com a equipe de recepção, porque a recepção era o primeiro contato que o paciente tinha, e muitas vezes a continuidade do tratamento dependia desses primeiros contatos (E20).

Podemos verificar que, em Guarulhos, a concepção de atendimento em grupo preconizada pela política de assistência em saúde pública e defendida pela equipe de saúde mental do estado também foi introduzida no ambulatório de saúde mental na época da supervisão de 1983, conforme relato abaixo.

(...) lembro também que trabalhei (...) para introduzir triagem grupal, porque as triagens eram praticamente individuais. Eu tinha uma experiência de triagem grupal, que eram experiências magníficas, muito fortes... É, lembro que marcou muito na triagem isso (...) e se a pessoa não quisesse, não se sentisse cômoda, a gente faria uma triagem individual (E20).

A supervisão foi interrompida em 1988. Segundo alguns entrevistados, ela passou a ser entendida como um espaço que fomentava críticas e, por isso, não seria mais de interesse da gestão.¹⁰⁹ No entanto, também podemos somar a isso o desinvestimento da SES/SP nos ambulatorios no final da década de 1980.

Segundo alguns entrevistados, a época de suspensão das supervisões foi um período no qual os profissionais não podiam mais se reunir no município, os cursos e capacitações foram cortados, mas tudo aquilo que eles já estavam construindo permaneceu.

A supervisão sempre foi uma reivindicação dos profissionais da saúde mental desde que fora extinta em 1988.

Em 1993, o coordenador de saúde mental do município,¹¹⁰ Dr. Manoel Camilo, juntamente com o novo secretário da saúde, Dr. Auge, conseguem trazer a psicóloga Iraci Cleide da Silva, funcionária do estado que havia trabalhado no ambulatório em Guarulhos como psicóloga, supervisora técnica e diretora. Essa profissional inicia um novo período de supervisões de saúde mental na rede de Guarulhos.

Conforme relatado no Capítulo III sobre a história da saúde em Guarulhos, antes da municipalização existiam serviços e equipamentos que funcionavam no município sem qualquer articulação ou planejamento da assistência ofertada à população. Muitas vezes ofereciam o mesmo serviço, evidenciando a não articulação entre seus administradores, gestores dos diferentes níveis de governo (municipal, estadual e federal).

O trecho a seguir exemplifica a dificuldade de articulação na rede de saúde antes da municipalização. Remete-nos ao tempo em que, sem tecnologias, tanto a comunicação quanto o acesso ao conhecimento por parte dos profissionais da saúde eram uma dificuldade real.

¹⁰⁹ Não foi possível identificar nas entrevistas se foi uma decisão do governo estadual e/ou municipal. Também é importante esclarecer que esta é a visão de profissionais que não estavam na gestão, por esse motivo, não podemos afirmar tal informação. Seria necessário procurar outros dados junto aos profissionais da gestão da época.

¹¹⁰ Na época ainda não havia o cargo de Coordenador de Saúde Mental na SMS. O Dr. Manoel Camilo era assistente técnico do ERSA 15 e um grande articulador entre o estado e o município a fim de impulsionar as ações que eram necessárias em Guarulhos.

Não tinha internet, não tinha computador, diário oficial era no papel que vinha só para o gerente. A gente não tinha acesso. Então, para você saber qual era a Política vigente, a pessoa tinha que fazer parte de uma elite de saber, de gestão, que a gente, ao ver aquilo, até entender o que estava se passando, era bem complicado, bem difícil. A gente procurava executar um trabalho técnico, com muita gente legal. Muita gente ainda está na rede. Tinha um compromisso de fazer bem feito, mas esse bem feito se perdia porque não tinha uma Política de Saúde Mental mais ampliada. Com o tempo, a gente foi se aproximando mais da gestão e a gestão da gente. Começamos a ser mais partícipes das decisões (E3).

Outro profissional relembra que, nas unidades de saúde, nem mesmo rodas de conversa podiam acontecer no início dos anos 1990. Ou seja, um espaço que propicia a troca de saberes entre os membros das equipes estava proibido de acontecer, fazendo com que os profissionais ficassem cada vez mais isolados, sem articulação interna e externa com os outros equipamentos.

Pesquisadora - Não havia um horário, rodas de conversa ou espaço oficial para isso?

- Não, nada disso. Mas isso foi uma coisa histórica. Não foi do meu período. Parece que, um ou dois anos antes, tinha tido uma intervenção no município e inclusive na unidade. Parece que teve um movimento de greve dos servidores (...). Então este negócio de reunião não era bem visto. Inclusive, era proibido (E5).

Quando eu entrei, foi em 1992, não tinha nada formalizado, não tinha protocolo de nada. No (PS Psiquiátrico) eu que comecei a fazer relatórios dos atendimentos que eu fazia. (...) Eu comecei a escrever. (...) eu ficava lá procurando as coisas, tinha um armário lá com umas fichas velhas (E8).

Sobre as supervisões que aconteceram a partir de 1993, alguns entrevistados relembram que foi a partir desse espaço que os profissionais da saúde mental começaram a se encontrar e trocar conhecimento, fortalecendo suas práticas e a assistência à população.

(...) aí mudou porque começava a escutar outros colegas, você discutia questões, eu acho que foi quando a gente começa a qualificar mais e mais esse atendimento (...) conhecer a rede, (...) não é mais aquela história de, em tal lugar tem assistente fulano, (...) não é mais assim, aquela assistente social tem nome, tem rosto, tem tudo, você começa a fortalecer o vínculo, enquanto assistente social. E eu acho que é a partir desse momento que a gente começa a dar para o município uma cara diferente em termos de saúde mental, não é mais aquele copia e cola da programação do estado (E12).

Relembrem que foi justamente nesse espaço da supervisão que foi possível escrever o primeiro documento norteador¹¹¹ da saúde mental no município de forma coletiva.

Durante a semana a gente escrevia tudo o que a gente estava falando, fazendo, operacionalizando e levava na sexta-feira pra todo mundo socializar. Via o que estava legal (com isso) a gente começou a ter certa homogeneidade no que se fazia nas unidades. Eram todas as equipes, de vários lugares, tudo junto. Só não vinha o ambulatório de saúde mental, mas as meninas que estavam no ambulatório, muitas eram da Prefeitura. (O que era) atenção primária, secundária e terciária, a gente tentou levar esta discussão para a saúde mental. (...) Secundária eram os ambulatórios e primária as unidades básicas de saúde. A gente descreveu todas as ações programáticas que a gente fazia: o que era o grupo de gestante, o que era o grupo de planejamento, quais eram as coisas que cada um conseguia trabalhar neste grupo, começa o grupo com quantas pessoas, com qual período ele se dá, qual é o desdobramento do grupo. Depois, na especificidade dos 40%, o que é que se faz, como se faz o acolhimento (...) e assim foi até que a gente conseguiu finalizar o primeiro documento norteador de saúde mental do município! (...) Ou seja, iniciamos em 1993 e terminamos em 1995 (E5).

(...) foi nessa época que a Iraci começou a formalizar mesmo, com esse grupo, e criar mesmo os protocolos (E8).

O espaço das supervisões servia para o debate de uma série de questões vivenciadas pelos profissionais e que não encontravam outro espaço para conversarem a respeito. Um dos temas era a dificuldade em entender que o paciente não era de um ou outro profissional, mas de responsabilidade de todos na unidade. O trecho abaixo evidencia que algumas categorias profissionais eram mais rígidas em relação a isso.

(...) eu questionava: por que essa divisão? Não é o meu paciente, acho que nós temos que pensar de outra maneira, essa época foi bem sofrida mesmo (...) Tinha uma certa rejeição da própria categoria de psicologia (...) de dividir, de poder entender o paciente, o usuário como sendo da unidade, (...) tinha esse olhar de saúde mental que só algumas é que podiam fazer (...). O serviço social sofreu muito porque o serviço social é uma profissão generalista, então tem esse olhar já naturalmente mais amplo do usuário, da saúde. (...) O serviço social era meio colocado de lado, então, não eram reuniões fáceis, (...) eram falas... veladas muitas vezes: não sei quem fez tal coisa e interferiu no meu atendimento. Agora atrapalhou meu atendimento. Era um pouco nesse sentido mais destrutivo (E14).

¹¹¹ Este documento não foi encontrado na Secretaria Municipal de Saúde ou com os profissionais entrevistados que participaram dessa construção.

Segundo a entrevista nº 12, a supervisão desse período ajudou a esclarecer qual era o papel das equipes mínimas, visto que, na década de 1980, as equipes mínimas realizam ações de outros programas e pouco da área de saúde mental. Segundo o entrevistado, os outros programas exerciam uma força maior no dia a dia dos profissionais justamente por terem políticas e ações mais claras e mais difundidas entre os profissionais da atenção básica. A saúde mental, apesar de possuir uma política, segundo ele, não chegava com tanta ênfase na atenção básica.

Apesar de ter sido uma iniciativa da Secretaria de Saúde, quem financiava a supervisão dos anos 1990 em Guarulhos era outro município no qual a supervisora prestava serviço. Foi um acordo, mas que cada vez mais ficava claro que Guarulhos não iria assumir os gastos. E, assim, apesar de a supervisora mostrar à gestão municipal que o trabalho era importante e que, enquanto política pública, a Secretaria Municipal de Saúde precisava assumir a responsabilidade também financeira para tal, as supervisões terminaram (E06).

Outros espaços de supervisão aconteceram em Guarulhos, a partir de 2007, com a abertura dos CAPS Recriar, Arco Íris e Alvorecer. Esses serviços foram conveniados com a Associação Saúde da Família (ASF) que já na assinatura do convênio previa as supervisões. Dessa forma, os CAPS com convênio e o TEAR tiveram garantido as supervisões clínico-institucionais por certo período.

Segundo os entrevistados, a supervisão foi essencial às equipes em seus momentos iniciais. Posteriormente, relataram que as supervisões apoiaram nas discussões sobre outros problemas que iam surgindo como: problemas internos da equipe, como lidar com os gargalos da rede de saúde e na discussão dos projetos terapêuticos dos pacientes.

Entendemos que esse foi um diferencial importante quando comparamos com as equipes de saúde mental dos outros equipamentos da rede de administração direta, como: os CAPS II Osório César, CAPS AD Arnaldo Bravo Brant e CAPS II Bom Clima, HMU e HMCA.

Dessa forma, podemos falar que esse espaço de qualificação não foi garantido a grande parte dos profissionais de saúde mental que atuam nos serviços de especialidades na cidade, fazendo com que os funcionários da administração direta, que tendem a permanecer no município, ficassem sem o devido investimento para a qualidade da assistência no longo prazo. Por mais que os profissionais, de forma individual, continuassem estudando e se capacitando, as supervisões são espaços de formação coletivas e de desenvolvimento do

trabalho em equipe e, portanto, essencial para a qualidade da assistência de um serviço de saúde.

Supomos que, caso todos os serviços de saúde mental pudessem ter a oportunidade da supervisão clínico-institucional, os conflitos internos das equipes e os externos (entre equipes) diminuiriam, além de aumentarmos a qualidade da assistência à população no município em geral.

Só depois de alguns anos, mais precisamente após aproximadamente seis anos de supervisão nos serviços conveniados, é que foi oferecida a supervisão aos serviços de administração direta. O Consultório na Rua, o CAPS II Osório César, o CAPS AD e poucas equipes NASF/NAAB estiverem entre esses equipamentos e serviços, mas que durou aproximadamente menos de dois anos para cada um.

Infelizmente, ao final de 2016, todas as supervisões já haviam terminado por falta de verba, tanto nos serviços conveniados quanto nos serviços da administração direta.

Todos os entrevistados dos três CAPS conveniados e do TEAR (também conveniado com a ASF) lembram-se de forma bastante carinhosa de seus supervisores e reconhecem a importância que tiveram na formação das equipes enquanto coletivos críticos e potentes, propondo ações sintonizadas com a Luta Antimanicomial.

Quando a gente estava perdido, parecendo um monte de barata tonta, cego em tiroteio, ele dava um norte para gente e a gente conseguia enxergar. É aquele famoso olhar estrangeiro. Chega alguém e te fala, não, mas é só mudar de lugar aqui e você fala: caramba, tanto tempo na minha frente e eu não conseguia ver. Acho que isso era fundamental na supervisão. Questão de conflitos entre a equipe mesmo, tinha muito menos conflito, muito menos (E16).

O que queremos pontuar nessa discussão é que a supervisão clínico-institucional na área da saúde mental é muito importante e deve ser valorizada, pois reflete diretamente na qualidade de funcionamento das equipes e no tratamento ofertado à população. Pudemos verificar o mesmo fenômeno nos relatos sobre as supervisões da década de 1980 e 1990. Em nossa análise, a supervisão ajuda na formação dos técnicos em relação à assistência direta à população, mas também amplia a sua visão sobre os fenômenos institucionais da rede de saúde municipal, da Política de Saúde Mental nacional e do SUS.

5.2 - A INTEGRAÇÃO INTERINSTITUCIONAL E INTERSETORIAL

Destacamos as ações da intersetorialidade nas quais os profissionais de saúde mental têm participado, pois entendemos que elas apontam para um avanço das políticas públicas do município de uma forma geral.

O trabalho interinstitucional e intersetorial em saúde mental, no nosso entendimento, evidencia que essa rede apresenta um potencial que propicia e facilita a comunicação e o planejamento na assistência à população com diversas áreas da própria saúde e com outras secretarias.

Para haver interinstitucionalidade e intersetorialidade é preciso que se tenham mais do que equipamentos e serviços, é preciso ter profissionais dispostos a trabalhar em equipe multiprofissional e a trocar conhecimentos.

Uma atividade interinstitucional que alguns entrevistados lembraram e que marcou a rede de saúde e de saúde mental no município foi a RIAPAC (Rede Intersetorial de Atenção à Pessoa com Acumulação Compulsiva). Essa iniciativa partiu do Departamento de Vigilância Sanitária em 2012, pois estavam enfrentando grandes dificuldades para lidar com essa população e entendiam que retirar todos os objetos acumulados de dentro das casas não surtia efeito, visto que logo depois o morador acumulava tudo de novo ou até mais. Assim, entraram em contato com a coordenação de saúde mental para pensarem estratégias conjuntas.

(...) na época eram umas três pessoas (da Vigilância) mais sensíveis que conseguiam ver que tinha uma problemática emocional por trás. (Na época, havia um apoiador da conveniada dos CAPS – Associação Saúde da Família – ASF - para Guarulhos), que tinha feito este trabalho (sobre acumulação compulsiva) em Santos. Chamei a Vigilância para a gente organizar uma conversa e foi a partir daí que tudo começou. O apoiador da ASF se prontificou a dar a palestra. (...) Tínhamos feito umas três ou quatro reuniões e depois foram chamadas (as secretarias) dos Serviços Públicos, da Defesa Civil, da Assistência Social. Depois chegou um pessoal de São Paulo (capital) que já fazia este trabalho (E3).

A RIAPAC é uma rede intersetorial que permanece em plena atividade em Guarulhos estando sob a gestão da Vigilância Sanitária e que, desde o início agrupou parceiros de outras Secretarias Municipais, como Serviços Públicos, Defesa Civil e Assistência Social. Durante esses anos de funcionamento, algumas dessas parcerias se fortaleceram e outras

desapareceram, porém, as ações da RIAPAC continuam com o apoio intersetorial no município.

Outra ação intersetorial que destacamos foi iniciada em 2013 e constituiu na formação do Comitê Municipal do *Programa Crack, é possível vencer* que foi um programa do Governo Federal planejado de forma interministerial e lançado em 2010. Seu objetivo era estimular as políticas públicas na área de álcool, crack e outras drogas.

O programa Crack, é possível vencer é um programa coordenado pelo Ministério da Justiça que desenvolve, em parceria com outros Ministérios, uma ação integrada que envolve três frentes de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. (...) O programa é um amplo trabalho realizado pelos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos, visando a oferecer aos grupos de risco irrestrito apoio em todas as suas necessidades, contribuindo, desta forma, para a redução dos índices de consumo de drogas (BRASIL, s/d).¹¹²

Uma vez constituído o Comitê Municipal, foram desencadeadas ações no município com o objetivo de estimular o debate junto à população e com as diversas secretarias municipais. Um dos parceiros mais próximos do Comitê era o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD).

No ano de 2013, o município apresentou ao Ministério da Justiça um plano de intervenção em áreas mais vulneráveis e, em troca, recebeu equipamentos e treinamento para a área da segurança pública (GCM).

Apesar de nenhum dos entrevistados ter se lembrado desse programa, acreditamos ser importante deixar registrada a sua existência, visto que ele reflete a dificuldade do município, federação e estado de atuarem de forma conjunta em relação às políticas públicas voltadas às pessoas com transtornos mentais em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

O Programa foi extinto no nível federal em 2015, e o Comitê Municipal continuou suas atividades. Porém, também no nível municipal, não houve um investimento político e financeiro suficiente para que esse programa virasse uma política pública. Não houve apropriação pela Secretaria de Governo que sua participação efetiva era essencial para a articulação entre as secretarias enfraquecendo, dessa forma, as ações do Comitê, que permaneceu em funcionamento até dezembro de 2016.

¹¹² Conteúdo disponível no site: <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>. Acesso em 11/12/2017.

5.3 DIMENSÕES ORGANIZATIVAS DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

Neste item, vamos abordar algumas questões que ajudam a entender os caminhos trilhados pela gestão da Rede Atenção Psicossocial em Guarulhos. A RAPS, como é mais conhecida, se tornou uma rede de atenção a partir da promulgação da Portaria 3.088 de 2011. Porém nem sempre a saúde mental esteve representada enquanto uma área na sede da Secretaria Municipal de Saúde.

Em 2005, a Secretaria da Saúde trabalhava com algumas prioridades programáticas do setor saúde denominadas de projetos prioritários (GUARULHOS/SMS, 2016). Na área da saúde mental, o projeto era intitulado de *Cabeça Legal*, nome dado por Guarulhos.

Quando eu assumi o programa de saúde mental, o programa ainda era muito novo dentro da Secretaria de Saúde. E, além de ser novo, estava se transformando em um programa das áreas estratégicas da saúde, por isso que chamava Cabeça Legal. Foi então que a gente começou a discutir toda a Política de Saúde Mental para o município (...) Nessa época escrevemos uma parte da política municipal (da saúde mental). Contratamos uma consultora. Ela veio para a coordenação para ajudar a escrever e nós fizemos todos os desenhos das necessidades dos CAPS para o município e saímos atrás de locais para fazer os CAPS para ampliar a rede de atendimento na saúde mental (E26).

Em um documento da SMS,¹¹³ de 2005, há a descrição dos princípios do Projeto Cabeça Legal:

Garantir o acesso a todo indivíduo do Município de Guarulhos a uma política de redução de danos em função dos hábitos de fumar, ingerir álcool em excesso e uso de drogas (GUARULHOS/SMS, 2005, s/p).

Como descrito acima, o Cabeça Legal estava voltado para ações de promoção, prevenção e tratamento de usuários de substâncias psicoativas (SPA), o que, para outro entrevistado, significava que o programa Cabeça Legal não representava toda a complexidade da área da saúde mental.

¹¹³ Arquivo pessoal.

Nesse mesmo documento e, em um segundo documento também da Secretaria da Saúde intitulado “Redefinindo a Política de Saúde Mental de Guarulhos”, sem data, mas muito parecido com o primeiro documento mencionado, encontramos um planejamento para os anos de 2007 e 2008 para a implantação de mais CAPS no município, além de haver um planejamento para a constituição de equipes matriciais na área de saúde mental para dar suporte às equipes de saúde da família, conforme tabela abaixo:

Figura 36 – Planejamento para implantação de CAPS. Anos 2007 e 2008.

2007	2008
Inauguração de 02 CAPS II (Regionais 3 e 4)	Transformação do CAPS II da regional 2 em CAPS III
Ampliação do CAPS II da regional 2	Implantação de CAPS II na regional 1
Ampliação do CAPS AD	Implantação de CAPS AD como referência para as regionais 3 e 4
Ampliação do número de profissionais de saúde mental inseridos na atenção básica atingindo a marca de 56 profissionais	Capacitação em Terapia Comunitária para profissionais da saúde mental e da atenção básica Supervisão Educação Permanente
Realização de oficinas de capacitação em apoio matricial para os profissionais da atenção básica	Ampliação do RH do CAPS IJ
Capacitação em saúde mental para os médicos da atenção básica	Readequação da emergência psiquiátrica do HMU
Encontro com os profissionais de saúde mental da SMS de Guarulhos para apresentação/discussão da política de saúde mental	Contratação de 8 leitos para desintoxicação (álcool e drogas) em hospital geral
	discussão para implantação de residências terapêuticas;
	discussão da proposta de implantação de 01 centro de convivência inter-setorial por região

Fonte: SMS/GRU, s/d, p. 17.

São os primeiros registros encontrados que diz respeito ao planejamento da SMS em relação à ampliação da rede de serviços em saúde mental em Guarulhos.

Sobre o documento “Redefinindo a Política de Saúde Mental de Guarulhos”:

Este documento vem de encontro à necessidade de instituir no Município uma Política estruturante na área de saúde mental que esteja em consonância com as diretrizes do Sistema único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica (...). É fruto de discussões realizadas com trabalhadores da saúde mental da rede, sobre um olhar no cotidiano dos atendimentos prestados aos usuários desta área e aponta para a necessidade de reorientação do modelo de assistência na saúde mental (SMS/GRU, s/d, p. 18).

A saúde mental já era reconhecida enquanto uma área específica tanto na Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo como no Ministério da Saúde, inclusive com a nomeação de coordenadores. Porém, nessa época, o coordenador em Guarulhos não era chamado de coordenador de saúde mental, no caso, era chamado de coordenador do programa Cabeça Legal.

Em 2008, assumiu uma nova coordenação do programa Cabeça Legal em Guarulhos e que, justamente por avaliar que o mesmo não respondia a todas as ações que a área de saúde mental abarcava, passa a assinar enquanto Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Dessa forma, com o passar do tempo, ficou instituída a pasta da Saúde Mental na Secretaria Municipal de Saúde, o programa Cabeça Legal foi extinto, porém suas ações foram incorporadas na Política de Saúde Mental (E07).

Em 2011, com a regulamentação da Lei 8.080 do SUS, por meio do Decreto 7.508, há uma reformulação na estrutura das regiões de saúde do estado de São Paulo. Guarulhos, que anteriormente era considerado uma região por si só, agora passa a integrar a região de saúde do Alto Tietê, compondo uma região de saúde com mais dez municípios.

Segundo o Decreto, cada região de saúde deveria pensar e escrever um plano de atendimento em saúde, em todos os níveis de atenção, para o seu território e, assim, as redes temáticas, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), deveriam desenvolver o seu plano regional de assistência também.

Com isso, os anos de 2011 e 2012 foram lembrados por alguns entrevistados como um período de muito estudo pelos profissionais da gestão na Secretaria Municipal de Saúde para o entendimento das novas portarias que o Ministério da Saúde divulgava.

Em 2012, a coordenação da RAPS Guarulhos inicia sua participação no Grupo Condutor da RAPS Alto Tietê e apoia a região (composta por 11 municípios) na construção do plano regional da Rede de Atenção Psicossocial.

E Guarulhos, quando chegou no Alto Tietê, foi um momento delicado, (...) porque era um município muito grande. E eles tinham um certo distanciamento de Guarulhos. A gente tentou chegar de outra forma, houve uma escuta, houve uma troca. Acho que a composição ficou bem interessante. (...) na época, a gente conseguiu colocar (no plano regional da RAPS) o ideal, e, se a gente vai conseguir depois, é outra questão, mas vamos seguir a portaria. (...) na época foi bem importante a divisão daquela forma (E3).

Acho que foram momentos importantes de tentar organizar uma rede de saúde mental, fortalecer a rede, foi um momento que a gente conseguiu fazer muita coisa, (...) Foi um momento de unir as pessoas, de escrever protocolos e tentar aprovar a rede no Alto Tietê e aqui (E3).

Acho que a gente teve uma fase bem rica também com o Alexandre Padilha, do Chioro, Tykanori (ministros da saúde e, este último, coordenador nacional de saúde mental). Acho que foram duas épocas que teve muita produção. Pelo menos eu, de entender a política de saúde e saúde mental. Era muita discussão, o Gastão, o Tykanori, todo esse pessoal ligado à Saúde Pública. Essas coisas eu comecei a entrar em contato e a ler tudo. (...) Acho que foi um período bem rico (E3).

Também em 2011 e depois, em 2013, a Secretaria da Saúde organiza o I e o II Congresso de Psicologia de Guarulhos. Foi um pedido do Secretário da Saúde como um espaço de reflexão para os psicólogos sobre suas práticas. Aos Coordenadores da Rede Psicossocial ficava a responsabilidade de coordenar a comissão organizadora do evento.

Algumas discussões foram feitas no sentido de não se fazer um congresso específico para psicólogos, principalmente porque Guarulhos estava mudando os processos de trabalho das equipes de saúde, na atenção básica, com a chegada dos NASF (2010), e um olhar mais integrado e integral por parte da rede era primordial e precisava ser estimulado.

O Secretário queria que fosse feito um Congresso para Psicólogos. Ele nunca entendeu muito bem ou aceitou muito bem do psicólogo clínico não atender na atenção básica. Ele achava importante. Eu também achava importante (...) a gente propôs que fosse um Congresso de Saúde Mental, mas ele não topou muito. A gente tentou mudar um pouco o foco do Congresso, pensando nas outras categorias, que era importante fazer uma coisa mais multiprofissional. Ficou mesmo como Congresso de Psicologia, mas com temas abertos. (...) a gente sofreu

muito para organizar sem recurso financeiro. Foi o primeiro. Foi muito bom, as pessoas avaliaram de forma positiva (E3).

Em 2013, novamente, o Secretário propõe o II Congresso de Psicologia e a equipe da Secretaria da Saúde, novamente, propõe mesas com temas ampliados de saúde mental. Até 2016, não houve novos Congressos de Psicologia municipais. Porém, em 2016, a Secretaria da Saúde organizou o I Congresso de Saúde Pública de Guarulhos proporcionando uma discussão mais ampliada da saúde no município.

Outra questão apontada por profissionais que passaram pela gestão é a quantidade de processos judiciais que despendem muito tempo de trabalho tanto da gestão como dos trabalhadores da rede.

(...) uma sensação que eu tinha era que consumia, era uma quantidade de processos judiciais permanente que a gente ficava respondendo. (...) É mais do que a gente fazer discurso da judicialização da saúde, eu acho que tem uma ocupação de quem está na gestão de serviço de saúde mental de ficar correndo atrás de responder processo, infundável, e nem necessariamente a gente consegue dar conta de olhar o caso (E7).

Uma vez que o volume de processos judiciais é enorme, essa fala é um alerta para o dia a dia dos muitos funcionários do SUS e, especificamente, das gestões de saúde mental: ao invés de estarem junto aos trabalhadores, matriciando os casos mais difíceis do município, apoiando a construção da rede em seus diversos níveis de atenção, permanecem sentados por horas a fio, em frente a um computador, respondendo os processos.

Como vimos, a rede de serviços em saúde mental em Guarulhos é insuficiente, mas também entendemos que os espaços de gestão da saúde mental na Secretaria de Saúde para acompanhamento da qualidade da assistência prestada também não é suficiente.

E aqui não falamos de competência técnica dos diversos coordenadores de saúde mental que passaram pelo cargo. O debate que queremos levantar é sobre o número de profissionais responsáveis por acompanhar toda essa rede no nível central de gestão. Desde o final dos anos 1990 até 2014 só havia um profissional para coordenar a saúde mental no município. E após 2014, apenas duas pessoas (lembrando que o município apresenta mais de 1.300.000 habitantes).

A nosso ver, isso explica a impossibilidade dos gestores do nível central (da Secretaria da Saúde) em acompanhar os avanços e dificuldades da rede de forma mais próxima e constante. Sem falarmos das ações intersetoriais e intersecretariais primordiais para a

aproximação de parceiros para o fortalecimento das políticas públicas voltadas ao bem estar social da população como das secretarias: de Assistência e Desenvolvimento Social, Habitação, Esporte, Cultura, Trabalho, Justiça etc.

Em Guarulhos, aproximadamente a partir dos anos 2000, a Secretaria da Saúde iniciou um novo processo de trabalho com os chamados articuladores de saúde mental para atuarem nas quatro regiões de saúde do município. As responsabilidades desse grupo de profissionais se diferenciam do nível central, por ser o elo entre a Secretaria de Saúde e os diversos pontos de atenção em saúde existentes em seu território. É um trabalho mais próximo dos trabalhadores, articulando, inclusive, equipamentos de outras secretarias presentes na região de saúde.

Apesar de as diferenças de suas funções, tanto a gestão no nível central como nas regiões de saúde carecem de mais profissionais que possam de fato articular a rede, ajudando, inclusive, a fortalecer, acompanhar e avaliar diversas iniciativas que são implantadas. Novamente aqui não estamos falando de capacidade técnica dos coordenadores e dos articuladores em saúde mental, mas da quantidade de ações que são referenciadas a esses profissionais.

Outro fator que impacta negativamente as ações da gestão em saúde mental no município foi lembrado na entrevista nº 13 e diz respeito à área da saúde mental precisar assumir atividades, discussões e programas que seriam de responsabilidade de outras áreas da saúde. Entendemos que a saúde mental perpassa por todas as áreas da saúde de forma transversal, mas não deveria assumir o papel de coordenação daquilo que de fato não constituiria apenas o seu papel.

Aí quando eu começo a trabalhar lá na articulação (...) eu descubro que a saúde mental é apoio do NASF, é referência da violência, aí tem a questão do teatro do oprimido, e aí tem a terapia comunitária, e aí tem as práticas integrativas e (...) que não é exclusivamente da saúde mental (E13).

Outro fato apontado no trecho abaixo diz respeito ao desconhecimento de muitos profissionais a respeito da política da atenção básica que seria essencial para o entendimento das redes de atenção, como a Rede de Atenção Psicossocial.

Temos muitos trabalhadores na rede que não fazem ideia da Política Nacional de Atenção Básica, que não fazem ideia da Política Nacional de Humanização que acontece antes dela. Como que eu vou querer que eles entendam da Lei Federal que muda o modelo de atenção? Como

que eu vou explicar a RAPS para eles? Tem umas coisas que são assim muito elementares e muito anteriores às questões de saúde mental que as pessoas desconhecem (E13).

Esta dificuldade evidencia anos de desinvestimento em relação aos espaços de troca de saberes, como cursos e supervisões clínico-institucionais no município em todas as áreas da saúde e não apenas em relação à saúde mental.

O que pretendemos dando destaque ao tema da gestão em saúde é justamente levantar o debate no planejamento de novas estratégias que possibilitem aos gestores estarem mais próximos do dia a dia dos trabalhadores e da rede de assistência da saúde e de outras secretarias. Caso contrário, estaremos fadados à construção e planejamento de políticas públicas na área da saúde e da saúde mental que não dialogam com a realidade dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Porque Saúde Mental é quebrar todo esse monte de paradigmas (...). Não é um lugar confortável (E7).

Ao final da pesquisa, vamos compreendendo que o modo como lidamos com a loucura está intrinsicamente ligado ao modo que a concebemos. Aprendemos com FOUCAULT (2014) que o conhecimento sobre este fenômeno foi se modificando ao longo dos séculos e, paralelamente às concepções, surgiram as instituições para tratamento daqueles identificados como loucos.

Durante a Idade Média (476 d.C a 1453), período dominado pelas ideias da Igreja Católica, a loucura foi explicada através do desejo divino e do pecado e, assim, a morte foi entendida como um meio de salvação. Em outras palavras, se você é louco é porque cometeu algum pecado e agora Deus está lhe castigando. A morte ou o sofrimento seriam o caminho para a redenção e salvação. Nessa época, não havia um lugar específico para o tratamento dos alienados. Eles ficavam vagando de cidade em cidade, de vilarejo em vilarejo. Já não eram bem quistos por onde passavam e uma das práticas para que a sociedade se visse livre dessas pessoas era colocá-las em barcos e navios, esperando que a morte os encontrasse.

A partir do pensamento de René Descartes (1596-1650), cuja frase mais famosa é “Penso, logo existo”, os loucos são reconhecidos como pessoas desprovidas de razão e, como tal, deveriam se submeter à sociedade detentora da razão e do saber. No entanto, a sua cura ainda era desconhecida e gerava medo àqueles que se diziam sãos. A solução encontrada por essa sociedade foi retirar os loucos de circulação e trancafiá-los nos antigos leprosários.

Para FOUCAULT (2014), a principal herança que o advento da lepra deixará para a loucura não será apenas os locais de enclausuramento, mas, principalmente, o estigma do medo e da exclusão. Os loucos serão reconhecidos como perigosos e incapazes e, assim, devem ser “tratados” o mais distante possível da sociedade e dos homens de bem.

Com a chegada de Pinel (final do Séc. XVIII e início do XIX) e Charcot (Séc. XIX), ambos franceses, a loucura passa a ser entendida enquanto doença e, como tal, reconhecem que a mesma deverá ser tratada em locais específicos: os hospícios, pelos especialistas da área, os psiquiatras.

No Brasil, os primeiros hospícios datam do ano de 1852 no Rio de Janeiro e São Paulo. Antes disso, os alienados eram recolhidos aos porões das antigas Santas Casas de Misericórdia, prisões e, os mais abastados financeiramente eram trancados em suas casas.

O município de Guarulhos, no início do século XX, é marcado pelo início da energia elétrica e do trem como meio de transporte de pessoas, mas que servia também, e principalmente, ao escoamento da produção de tijolos do município para a capital do estado. É nesse cenário e ao lado da estação de trem Gopoúva que será construída a primeira instituição de saúde mental no município: o Sanatório São Pedro e São Paulo, inaugurado em 1918, que, apesar de não ser administrado pela Igreja Católica, era de cunho religioso, no caso, espírita. Apesar de o espiritismo entender a loucura de uma forma diferente da psiquiatria clássica e, nesse sentido, propor outras formas de tratamento, o que observamos é que também na instituição espírita Sanatório São Pedro e São Paulo, em Guarulhos, as pessoas eram retiradas do seu meio de convivência para serem isoladas no local. Ou seja, a prática da exclusão social era comum na época.

Ao considerar a loucura enquanto uma doença a ser tratada de maneira diferente, agora com especialistas, esperava-se que a qualidade no atendimento melhorasse. No entanto, os hospícios tornaram-se depósitos de pessoas, justamente pelo Estado promover uma política excludente. A esse propósito, vale mencionar, no que diz respeito às últimas décadas do século XIX, que grande parte dos psiquiatras brasileiros contribuíram para a construção de ideias que relacionariam a doença mental a determinadas raças consideradas inferiores. Não é difícil de imaginar que estamos falando da raça negra, sobre a qual era difundida a ideia de uma raça com predisposição à loucura. Assim, pessoas com comportamentos considerados desviantes e sem renda eram conduzidas a esses locais sem a garantia de cuidados, muito menos de alta (ENGEL, 1999 e BARROS et al, 2014).

Conforme visto, o marco dessa Política de Saúde Mental higienista é a Fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental em 1923 com base no lema “Aos loucos, o hospício”. Em 1930, temos a criação do Ministério da Educação e Saúde e em 1941, o Serviço Nacional de Doenças Mentais. Após esse período aumenta o número de leitos e de hospitais psiquiátricos sob a administração pública. Em Guarulhos, não tivemos esse tipo de hospital, possivelmente, por razões discutidas no capítulo 4, relacionadas com a implantação da colônia de isolamento dos hansenianos, a partir da compra das instalações do Sanatório São Pedro e São Paulo pelo Governo do Estado de São Paulo.

Na década de 1960, com a priorização dos investimentos nas indústrias farmacêuticas e de equipamentos inicia-se um movimento de privatização da saúde, por meio da medicina de grupo ou das empresas médicas, com base no discurso que o atendimento seria melhor e não colocando em pauta os desvios de verba pública para a iniciativa privada.

Com o apoio do Governo Militar torna-se fácil e vantajosa a realização de convênios entre órgãos públicos e hospitais particulares. É nessa época que, em Guarulhos, constitui-se o Instituto de Psiquiatria de Guarulhos (IPG), em 1967, para o tratamento das doenças mentais para trabalhadores com carteira assinada e seus familiares vinculados ao INPS e, posteriormente, ao INAMPS.

Com o apoio das entrevistas, constatamos que o IPG trabalhava na lógica manicomial dominante utilizando-se da medicação como técnica de controle, porém sustentado por um discurso de cura. O IPG representou para Guarulhos um dos únicos lugares que existiam para o “tratamento” da loucura entre 1967 e 1979. E, mesmo após esse período, com a abertura do ambulatório de saúde mental em 1979, o IPG continuou sendo o principal espaço para internação no município. Acontece que, no IPG, como em qualquer hospital psiquiátrico de cunho manicomial, algumas das práticas relatadas remontam à tortura e outras violações de direitos. Com a intensificação do movimento da Luta Antimanicomial dos anos 1970 e 1980, a instituição acabou sendo fechada em 1994.

O fechamento do IPG não significou mudança nas práticas de internação em saúde mental, outros hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo continuaram a superlotar os seus leitos, absorvendo os pacientes de Guarulhos. Esta prática continuava regular, pelo menos, até o final de 2016, quando esta pesquisa foi finalizada. Precisamos realçar que os outros hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo possuem vagas em leitos psiquiátricos disponibilizados por hospitais privados conveniados com o SUS.

Por um lado, é importante ressaltar que existe um grande esforço na mudança da lógica manicomial, diminuindo-se o uso dos leitos nos hospitais psiquiátricos do estado propiciado pela abertura dos CAPS, aumento de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais municipais (HMU e HMCA) e, a partir de 2010, com a abertura dos leitos de psiquiatria no Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso. Em contrapartida, a rede de serviços de saúde mental em Guarulhos ainda é muito pequena, quando comparada aos parâmetros ministeriais de cobertura de CAPS, NASF, CECCO, unidades de acolhimento e leitos em hospitais gerais. Esse contexto tem favorecido e justificado às equipes de psiquiatria dos hospitais gerais do município a necessidade de lançar mão da prática de internação em hospitais psiquiátricos existentes no estado de São Paulo.

A descoberta dos neurolépticos, a partir dos anos 1950, favoreceu o tratamento e a manutenção dos pacientes fora dos hospitais psiquiátricos. Ou seja, a evolução do conhecimento científico trouxe aos psiquiatras o poder da medicação abrindo a possibilidade do tratamento fora dos muros dos hospitais. Este contexto favoreceria os serviços extra-

hospitalares, levando em consideração o elevado custo do aparato hospitalar e profissional especializado.

Apesar desses avanços, no Brasil a internação e a medicalização serão utilizadas em favor do lucro financeiro dos hospitais psiquiátricos apoiados pelo Governo Federal. Quanto maior era o tempo de uma internação, maior era o lucro dos hospitais privados que vendiam seus serviços para o SUS. Esse período ficou conhecido como a “Indústria da Loucura”. E, conforme apresentado acima, em Guarulhos, tivemos o exemplo do IPG, um hospital privado conveniado ao INPS, ainda que pequeno quando comparado com os grandes hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo. Dessa forma, observamos que em Guarulhos, entre 1918 e 1979, ou início dos anos 1980, o modelo de assistência em saúde mental está espelhado nos modelos manicomial de assistência.

Apesar de todo o movimento da Luta Antimanicomial dos anos 1970 e 1980 e dos investimentos nas políticas públicas calcadas nos serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, norteadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica do período, o interesse maior pelo lucro e pelo capital nunca deixou de existir e, de tempos em tempos, observamos que essa “indústria da loucura” reaparece por meio de novas roupagens.

O segundo modelo assistencial que separamos para análise diz respeito ao período no qual são implantados os primeiros serviços extra-hospitalares em Guarulhos. Tal movimento iniciou-se em 1979, com a abertura do ambulatório de saúde mental e, provavelmente, tal movimento está relacionado com o movimento da psiquiatria comunitária que, ganha força no Brasil no início dos anos 1970. No estado de São Paulo, em 1973, a Secretaria de Estado da Saúde cria os Ambulatórios em parceria com universidades públicas e privadas, nos moldes da psiquiatria comunitária. Alguns anos depois, no governo Franco Matoro, essa experiência forneceu subsídios para a formação dos profissionais de saúde mental que compuseram as equipes mínimas de saúde mental na Atenção Básica e nos primeiros CAPS (COSTA-ROSA, 2013)

Parte dos profissionais que chegaram para trabalhar no ambulatório, nessa época, defendia um novo modelo assistencial em saúde mental que estava alinhado ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Esses profissionais assumirão postos de trabalho na gestão estadual nos anos 1990 (ERSA 15) e municipal nos anos 2000 (Secretaria da Saúde), apoiando e estimulando a construção da rede de saúde mental no município baseada nos serviços extra-hospitalares.

A abertura do ambulatório e a chegada das equipes mínimas de saúde mental nos centros de saúde nos anos 1980 evidenciam a política estadual de saúde mental sendo implantada em Guarulhos, já apontando para um novo modelo de assistência.

Apesar da implantação desses serviços, o que pudemos observar é que a qualidade da assistência tanto no ambulatório quanto nas equipes mínimas no período dos anos 1980 ainda era bastante frágil. Os profissionais relatam que foram contratados para atender a demanda da saúde mental na atenção básica de saúde, mas relatam que ainda eram poucos. Alguns disseram que não houve um processo de educação em saúde, voltado ao atendimento em saúde mental antes de chegarem aos centros de saúde. Ainda relatam que, mesmo que quisessem trabalhar com o psiquiatra de forma multiprofissional, não era possível, tamanha a demanda para atendimento clínico/medicamentoso que chegava.

Relembrem que o preconceito das equipes de saúde dos centros de saúde também dificultava o trabalho conjunto e gerava sofrimento nos novos profissionais das equipes mínimas de saúde mental. Sem contar a rede educacional que chegava a encaminhar classes inteiras para avaliação psicológica/psiquiátrica. Podemos observar nesse fenômeno mais um exemplo de produção de demanda pela oferta de serviço de saúde.

O ambulatório de saúde mental, apesar de ser um dispositivo relevante de cuidado extra-hospitalar, não se mostrou diferente em relação a práticas de cuidados em saúde mental durante toda a sua existência, reproduzindo, por mais de trinta anos, alguns períodos mais intensamente, outros menos, uma prática médico centrada, medicalizante e cronificadora. Podemos dividir a assistência do ambulatório em pelo menos dois períodos.

Na década de 1980, quando o estado de São Paulo está investindo nos ambulatórios e na qualificação de suas equipes, observamos que parte da equipe se reconhece, entende e assimila o novo modelo assistencial do cuidado em liberdade e autonomia dos pacientes, inclusive, propondo e executando programas como o Programa de Intensidade Máxima (PIM) e o projeto de hospital-dia. É nessa fase que há a supervisão clínica e institucional para a equipe do ambulatório, fortalecendo a assistência em saúde dentro de uma lógica de saúde pública com atendimentos em grupo e trabalho multiprofissional.

A partir da década de 1990, com a saída de grande parte desses profissionais (pois assumiram cargos na secretaria estadual/ERSA), o ambulatório passa a reproduzir, de forma mais sistemática (visto que na década de 1980 também realizavam essas práticas), a psiquiatria tradicional, médico centrada, medicalizante, se aproximando das práticas desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos. Apesar de não haver o confinamento dos pacientes no ambulatório, eles não eram estimulados em relação à sua autonomia e inclusão social,

permanecendo, por anos, em um tratamento psiquiátrico meramente medicamentoso, muitas vezes sem reavaliação.

Ou seja, as práticas segregacionistas dos hospitais psiquiátricos, continuavam em execução nos serviços extra-hospitalares (ASM), seja pelo controle da doença e do sujeito pelo meio químico, seja por não estimular a inclusão social e autonomia dessas pessoas. A dependência dos psicofármacos fazia com que os pacientes permanecessem por anos em atendimentos com o psiquiatra, sem haver um trabalho de equipe multiprofissional, sem haver um trabalho de cuidado em rede, com outros serviços do município. Podemos dizer que as novas camisas de força agora são químicas e acontecem dentro dos processos de trabalho das equipes. Assim, permanecia o fenômeno da exclusão social dos pacientes e a cronificação dos quadros de sofrimento.

Portanto, podemos dizer que, quando há investimento (financeiro e de gestão) em estrutura e educação para os profissionais que trabalham na saúde mental, a assistência ganha qualidade e os serviços tendem a não reproduzir as práticas cronificantes.

A implantação do pronto socorro psiquiátrico municipal, nos anos 1980, como vimos, foi um pedido à gestão municipal, por parte dos funcionários do estado que trabalhavam no ambulatório de saúde mental e que, por uma consonância de ideias ou política (não ficou claro para nós o motivo) concorda em organizar o serviço. Dessa forma, podemos dizer que este foi o primeiro passo para o protagonismo municipal da gestão pública em Guarulhos em relação à saúde mental. Ou seja, foi o primeiro local, sob gestão municipal, para atendimento específico em saúde mental.

Novamente, há relatos nos quais a administração do pronto socorro psiquiátrico deixava a desejar em relação aos processos de trabalho. Dessa forma, retomamos o debate sobre a implantação de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos versus a qualidade da assistência versus o investimento financeiro e de gestão nos equipamentos e na qualificação das equipes.

O hospital-dia (HD), implantado nos anos 1990, também demonstra o esforço dos profissionais, que estavam na gestão do estado, no antigo ERSA 15, e que trabalhavam ou trabalharam no ambulatório de saúde mental em Guarulhos nos anos 1980. Em nossa análise, a abertura do HD em 1992, para atendimento de pessoas com transtornos mentais mais graves impulsionou, de alguma forma, a abertura do NAPAD em 1996 voltado à população que necessitava de tratamento para o uso abusivo e dependência de drogas. Supomos que o fato de parte da equipe do ambulatório de saúde mental não querer atender o público dependente químico, somado ao fato da abertura de um serviço específico para atendimento dos

transtornos mentais graves, forçou a abertura de um local específico para o público que consumia o álcool e as outras drogas..

De qualquer forma, ambos os equipamentos estavam em consonância com a proposta de ampliação e reformulação da Política de Saúde Mental por meio da implantação de serviços extra-hospitalares do estado de São Paulo iniciada em 1980. Esses serviços foram pensados, planejados e implantados no período de municipalização do SUS, na década de 1990. O HD foi implantado antes do NAPAD e, por isso, foi um serviço que inicialmente foi administrado pelo estado de São Paulo passando, alguns anos mais tarde, para a administração municipal. Já o NAPAD é implantado depois e, por isso, inaugurado como um serviço municipal.

Os relatos sobre esses dois serviços remontam práticas que também estavam em consonância com um tipo novo de assistência em saúde mental que defendia o cuidado fora dos hospitais psiquiátricos, estimulando a autonomia dos pacientes e garantindo alguns direitos à saúde e à circulação na cidade.

No entanto, o número de serviços que o município consegue implantar durante os anos 1990, com essa lógica do atendimento extra-hospitalar, ainda é muito pequeno quando comparado à demanda de seu território. Assim, mesmo com a ampliação da rede com o HD e o NAPAD, ainda há uma grande parte da população sem acesso aos serviços de saúde mental.

Ainda, a abertura desses serviços, principalmente hospital-dia e pronto socorro psiquiátrico em um mesmo imóvel, pequeno e inadequado para ambos os serviços, também mostra uma preocupação em abrir os serviços, porém, sem o devido investimento com a qualidade na assistência.

Os anos 1990, em Guarulhos, também ficaram marcados pela supervisão clínica e institucional de grande parte dos profissionais da rede de serviços de saúde mental municipais, o que, em todos os relatos, foi o momento de encontro e reconhecimento dos profissionais, sistematização de fluxos e de elaboração de documentos norteadores para a assistência em saúde mental do município. Além disso, as supervisões permitiram trazer um entendimento ampliado sobre a Política de Saúde Mental que estava se desenhando no país com o Movimento da Luta Antimanicomial, apoiada pelo Movimento da Reforma Sanitária do período.

Interessante observar que a supervisão foi paga por outro município e que, mesmo sendo reconhecida como importante para a qualificação da rede de assistência, não foi absorvida pela gestão municipal. Novamente, podemos questionar sobre os investimentos financeiros destinados à saúde mental. Aqui, é necessário compreender que havia movimentos

contrários: um, cuja direção apontava para práticas consonantes ao ideário do Movimento da Luta Antimanicomial e outro, para a manutenção de práticas asilares.

Com a municipalização do SUS, os anos 1990, em Guarulhos, caracterizaram-se pela gradativa responsabilização do governo municipal pelo sistema de saúde de seu território. Dessa forma, serviços da atenção básica e da especialidade foram gradativamente sendo municipalizados e reordenados. O município também assume sua responsabilidade em relação à assistência em saúde mental, e inicia não apenas a municipalização dos serviços existentes, mas contrata mais profissionais para atuarem na atenção básica municipal. São as equipes mínimas de saúde mental dos anos 1990 já com uma nova modelagem: sem o psiquiatra.

Novamente, apesar da ampliação no acesso à assistência em saúde mental na atenção básica, os profissionais relataram a dificuldade no entendimento da Política de Saúde Mental, o que, em certa medida, foi resolvida durante as supervisões de 1993. Dessa forma, com o fechamento do Instituto de Psiquiatria de Guarulhos (IPG) em 1994, conforme relato dos trabalhadores, muitos munícipes ficaram sem assistência. A rede não estava formada e nem preparada para o cuidado em saúde mental que essas pessoas demandavam.

Nos anos 2000, com a Lei 10.216/2001 e a PT nº 336/2002, os CAPS se transformam no modelo de assistência em saúde mental para o território nacional e Guarulhos inicia a transformação de seus serviços voltados ao atendimento em saúde mental de acordo com o novo formato. Nessa época, também observamos a preocupação e o movimento para a readequação dos serviços por aqueles profissionais do estado que trabalharam no Ambulatório de Saúde Mental dos anos 1980. Estes haviam assumido cargos de gestão na Secretaria de Saúde de Guarulhos, no início dos anos 2000, no caso, a Dra. Vera Gomes como Secretária de Saúde, sendo apoiada por profissionais dessa equipe do estado que já a acompanhava desde os anos 1980 no ambulatório. E assim, o HD e o NAPAD são transformados em CAPS em 2001.

A preocupação dessa equipe e, portanto, da gestão da Secretaria de Saúde em relação às políticas de saúde mental se materializa, novamente, em 2003, com a abertura do TEAR: um equipamento de saúde mental que ainda não havia sido regulamentado pelo Ministério da Saúde, porém apresentava, já naquela época, um forte potencial em relação à inclusão social dos pacientes da saúde mental através do trabalho. Realizando uma parceria público-privada que permanece até 2016, o TEAR se torna um dos maiores e mais importantes serviços de saúde mental e economia solidária no Brasil.

A abertura de quatro novos CAPS a partir dos anos 2007 até 2011, além do investimento na abertura de leitos de psiquiatria em hospital geral (HMCA e HMPB) e a reforma da enfermaria psiquiátrica no HMU, retratam também um esforço da administração

municipal para ampliar e melhorar o acesso aos serviços de saúde mental. Mesmo que o CAPS Infantojuvenil tenha sido aberto em decorrência da pressão do judiciário, as ações que aconteceram posteriormente foram a partir de iniciativa da gestão municipal.

Como observamos, parece haver um padrão na implantação dos serviços de saúde mental que, apesar dos esforços da gestão municipal, foram criados, em sua maioria, em espaços inadequados para uma assistência em saúde. Em nossa análise supomos que, para garantir a abertura de determinado serviço, que já era por si só algo muito difícil de ocorrer, considerando que os investimentos financeiros na área sempre foram escassos, as gestões optavam por implantar da forma que fosse possível para, talvez, posteriormente, fazer as adequações necessárias.

Com a abertura dos novos CAPS e leitos de psiquiatria em hospitais gerais a partir de 2007, evidenciamos a perpetuação do estigma do louco perigoso na rede de saúde municipal. Os entrevistados relataram situações nas quais outros profissionais de saúde da atenção básica e dos hospitais eram bastante hostis em relação ao cuidado de pessoas com graves sofrimentos psíquicos, evidenciando o medo em relação à loucura e o não investimento financeiro na capacitação da rede como um todo.

Apesar de todos os esforços das gestões estadual e municipal nas décadas de 1980, 1990 e 2000 na implantação de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos e contrários à lógica da internação como meio principal de tratamento, o município não conseguiu modificar certas práticas na assistência em saúde mental que se assemelhavam às práticas asilares. Muitas equipes, em última instância, continuaram produzindo mais doença e sofrimento psíquico, pois estimulavam a dependência química farmacológica e não ampliaram a rede de cuidados dos pacientes. São exemplos desse fenômeno os dois ambulatórios de saúde mental que funcionavam em Guarulhos. Um dentro do Hospital Municipal de Urgências de maneira não oficial, porém institucionalizado, e o outro fora, no centro de Guarulhos e que mais tarde foi transferido para o CEMEG.

O surgimento de um ambulatório de três mil pessoas dentro de um hospital geral nos anos 2000 não retrata apenas a incompletude da rede assistencial no município. A estrutura mal adaptada, inapropriada e insalubre da enfermagem psiquiátrica nas dependências do HMU não fala apenas da falta de recursos financeiros. Encaminhar pessoas aos hospitais psiquiátricos estaduais, mesmo sabendo das atrocidades que existiam nesses locais, não evidencia apenas a falta de leitos em hospitais gerais no município e a desinformação das equipes.

Em nosso entendimento, todas essas ações estão sendo alimentadas por um sistema político em defesa do capital e enriquecimento dos donos de grandes empresas que, como temos visto nos últimos anos no Brasil, financiam campanhas políticas. Um círculo vicioso de interesses. A busca por uma sociedade mais justa, em todos os seus sentidos, parece não estar nos planos da maioria dos nossos governantes brasileiros.

Vivemos em uma sociedade individualista, consumista, doente, intolerante à diferença e a tudo aquilo que categoriza como sendo anormal e que pede e permite a medicalização indiscriminada da vida e do sofrimento.

O mesmo fenômeno se repete no quarto modelo assistencial, onde analisamos a chegada dos NASF/NAAB na atenção básica. Apesar dos NASF/NAAB estarem calcados numa Política de Atenção à Saúde que visa o fortalecimento das equipes das unidades básicas de saúde, com discussão multiprofissional de casos e ampliando a resolubilidade, a forma como se deu a implantação dessas equipes na rede de saúde não favoreceu a consolidação da Política. Problemas na gestão? Falta de planejamento ou falta de gestores em número suficiente para acompanhar os desdobramentos das diversas políticas de saúde? Números de profissionais de NASF/NAAB abaixo do necessário? Anos de desinvestimento no SUS.

Ainda, a implantação desses núcleos de apoio na atenção básica revelou, novamente, os preconceitos e estigmas presentes nas instituições de saúde do município.

Conforme analisado, não basta a abertura de um ou outro equipamento, ou a implantação de um novo serviço alternativo aos hospitais psiquiátricos para garantir a inclusão social de pessoas que desenvolveram graves sofrimentos psíquicos. É preciso garantir a qualidade na assistência e muito investimento e vontade política para que haja um número adequado de serviços e equipamentos garantindo o acesso ao cuidado em saúde mental. É necessário um número adequado de profissionais, estruturas prediais condizentes com o complexo trabalho que é o atendimento em saúde e, mais do que isso, muita educação em saúde, com cursos e supervisões clínicos institucionais para que os profissionais sejam multiplicadores e defensores do tratamento integral, humanizado e em liberdade.

Dessa forma, observamos que o município de Guarulhos apresentou, durante o século XX e início do século XXI, serviços de saúde mental que, a depender do período de seu funcionamento, apresentaram formas diferentes de entender e tratar a loucura.

Impulsionado pelos processos judiciais e iniciativas da própria Secretaria de Saúde Municipal nos anos 2000 e pelas políticas de saúde mental do estado de São Paulo nos anos 1980 e 1990 e do Governo Federal, o município implantou e fechou equipamentos e serviços e construiu a sua Rede de Atenção Psicossocial atual.

No entanto, a cultura social da exclusão ou higienista, baseada no estigma do louco violento e fora de controle é tão arraigada nas sociedades ocidentais que por séculos continua existindo. Isto nos evidencia o quão difícil é, foi e será desconstruí-la. O estigma do louco agressivo e improdutivo permeia, ainda que de formas diferentes e com intensidades diferentes os diversos locais construídos para o tratamento da loucura. O estigma aparece nos sanatórios, manicômios, hospitais psiquiátricos, ambulatorios, CAPS, na atenção básica com as equipes mínimas de saúde mental e hospitais gerais com as mais variadas camisas de força (físicas, químicas, institucionais) retroalimentadas por uma sociedade doente e por governos que não priorizaram as políticas sociais na área da saúde.

Nesse sentido, não basta derrubarmos os muros dos hospitais e construirmos uma rede de serviços extra hospitalares com propostas de tratamento humanizado e em liberdade, é preciso uma mudança social profunda que resgate a importância e os valores de todo e qualquer tipo de vida.

No decorrer da história das instituições de saúde mental em Guarulhos observamos que, mesmo impulsionadas por políticas pautadas na Ata de Porto Alegre, da Carta de Bauru ou todos os outros tratados que defendem o tratamento humanizado em saúde mental (nacionais e internacionais), mesmo após a Reforma Psiquiátrica dos anos 1970 e 1980 e todos os serviços extra-hospitalares criados por meio de políticas públicas para quebrar a lógica do tratamento manicomial, hospitalocêntrico, o município continua com suas práticas excludentes.

Para uma mudança social e cultural, que defenda a diversidade da vida, entendemos que a qualificação das equipes dos serviços públicos de saúde é primordial. Dar condições de trabalho aos profissionais é essencial. Contratar supervisores clínico-institucionais é de suma importância. Fortalecer a gestão é fundamental.

Contudo, para uma mudança social e cultural dessa magnitude é necessário ir além e investir na melhoria da qualidade de vida da população e Guarulhos, assim como todo grande centro urbano e econômico que se desenvolveu de forma desordenada, expulsando grande parte de sua população para as periferias, estimulando a criação de bolsões de pobreza com a presença, pouca ou nenhuma, de escolas, serviços de saúde, lazer, cultura, com difícil acesso à emprego, políticas de habitação e assistência social, ainda tem muito a fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aceiro LR. Várias Histórias. Guarulhos: Arquivo Histórico Municipal; [s.d.].

Albuquerque MS. O patrimônio cultural de Guarulhos criado pelo decreto 21.143/2000. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2014. Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2014. Trabalho de Conclusão Bacharel/Licenciado em História.

Almeida AAS. Uma Fábrica de loucos: psiquiatria x espiritismo no Brasil (1900-1950) [internet]. Campinas, SP: Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas -UNICAMP; 2007 [acesso em 4 nov 2017]. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280289>

Amarante P, coordenador. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Associação Comercial e Industrial de Guarulhos (ACIG). Guarulhos: Prefeito entregou anexo do Pronto Socorro. ACIG. Revista ACIG. 1981 fev;1(8).

Barros S, Batista LE, Dellosi ME, Escuder MML. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. Saúde Soc [internet]. 2014 [acesso em 13 dez 2017];(23):1235-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1235.pdf>.

Batih M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. São Paulo em Perspectiva [internet]. 2004 [acesso em 18 set 2017];18(3):33-40. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v18n03/v18n03_03.pdf

Bosi E. Memória e Sociedade: lembranças dos velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1994.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [internet]. [acesso em 17 out 2017]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf

Cambraia M. As práticas e os processos de trabalho nos ambulatórios de Saúde Mental [dissertação]. São Paulo: Departamento de práticas de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.

Caponi S. Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.

Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Revista Texto Contexto Enferm [internet]. 2006 out-dez [acesso em 14 dez 2017];15(4):679-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>.

Carvalho BL. Folha Metropolitana: a construção de uma identidade na edição comemorativa do aniversário de Guarulhos de 416 anos. In: Borges ACM, Omar EEH, organizadores. Signos e Significados em Guarulhos: identidade, urbanização, exclusão. São Paulo: Navegar; 2014.

2. Conferência Nacional de Saúde Mental [internet]; 1992; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde (BR); [s.d.] [acesso em 14 ago 2017]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208IIcnsmr.pdf>

Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (SP) - COSEMS. Termo de Referência para a estruturação de Redes regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo [internet]. São Paulo; 2011 [acesso em 23 nov 2017]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/termo_de_referencia_redes_regionais.pdf.

Conselho Nacional de Saúde (BR) - CNS. Pactos pela Saúde [internet]. Brasília; 2006 [acesso em 23 nov 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/>

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR) - CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília; 2003 [acesso em 22 out 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf 258

Costa-Rosa, A. Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo. [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1987.

Costa-Rosa, A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva [internet]. São Paulo: Editora Unesp; 2013. [acesso em 12 dez 2017]. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2014/08/0.-Costa-Rosa-A.-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-al%C3%A9m-da-Reforma-Psiqui%C3%A1trica-vers%C3%A3o-revisada.pdf>

Ecopistas. Corredor Ayrton Senna/Carvalho Pinto [internet]. [S.l.]; [s.d.] [acesso em 30 out 2017]. Disponível em: http://www.ecopistas.com.br/Institucional/Corredor-Ayrton-Senna_Carvalho-Pinto.

Engel MG. As fronteiras da “anormalidade”: psiquiatria e controle social. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [internet]. 1999 [acesso em 3 set 2017];5(3):547-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000100001&lng=pt.

Espinosa G. A Santa Casa de Guarulhos completa 70 anos. Diário de Guarulhos [internet]. 2013 [acesso em 2 out 2017]. Disponível em: <http://www.diariodeguarulhos.com.br/index.php/12/08/2013/santa-casa-de-guarulhos-completa-70-anos/>.

Facchinetti C. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. [internet]. 2008 [acesso em 14 set 2017];11(3):502-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000300014

Fausto B. História do Brasil [internet]. [S.l]: [s.n.]; 2011 mai [acesso em 5 jun 2016]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pSyE82yRaKU>.

Ferreira CC, Campos DC, Oliveira ES. Guarulhos 450 anos: atlas escolar histórico e geográfico. São Paulo: Noovha América; 2011.

Fonte EMM. Da institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Estudos de Sociologia [internet]. 2012 [acesso em 21 mar 2017];1(18). Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>

Foucault M. História da Loucura: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 2014.

Freire AN. A construção de um paradoxo: a moderna tradição guarulhense. In: Omar EEH, Borges ACM, organizadores. Signos e Significados em Guarulhos: Identidade, urbanização, exclusão. São Paulo: Navegar; 2014.

Governo do Estado (SP). Decreto nº 52.790, de 20 de agosto de 1971. Dispõe sobre a criação do Centro de Integração de Atividades Médicas [internet]. [acesso em 5 dez 2017]. Disponível em: <https://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/223356/decreto-52790-71>

Governo do Estado (SP). Decreto nº 23.275, de 15 de fevereiro de 1985. Extingue o Centro de Integração de Atividades Médicas - CIAM, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, da Secretaria da Saúde [internet]. [acesso em 5 dez 2017]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/12988841/decreto-n-23275-de-15-de-fevereiro-de-1985-de-sao-paulo>.

Governo do Estado (SP). Especial D.O.: Padre Bento – 75 anos de história de assistência médica em Guarulhos [internet]. São Paulo; 2006 [acesso em 4 fev 2018]. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/especial-d-o-padre-bento-75-anos-de-historia-de-assistencia-medica-em-guarulhos/>

Guarulhos (SP). Arquivo Histórico Municipal. Texto sobre o Ambulatório de Saúde Mental. Guarulhos; [s.d.].

Guerra DM. Desafios da regionalização e construção de Redes no Estado de São Paulo. In: 31. Congresso dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS [internet]; 2017; [S.l.]. São Paulo: [s.n.]; [s.d.] [acesso em 23 nov 2017]. Disponível em: http://www.cosemssp.org.br/congresso2017/arquivos/apresentacoes/22_de_marco/CURSO-REGIONALIZACAO-REDES-TEMATICAS/DANIELLE%20GUERRA.pdf

Inauguração do IML. Revista Fala Guarulhos. 1998 ago;1(6).

Jabert A, Facchinetti C. A experiência da loucura segundo o espiritismo: uma análise dos prontuários médicos do Sanatório Espírita de Uberaba. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* [internet]. 2011 [acesso em 24 nov 2017];14(3):513-29. Disponível em: http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/J_autores/JABERT_Alexander_et_FACCHINETTI_Cristiana_tit_Experiencia_da_loucura_segundo_o_Espiritismo-A.pdf.

Jorge KC, Salgado I. A Implantação de Hospitais na Imperial Cidade de São Paulo: prescrições administrativas, recomendações médicas e saberes construtivos. In: 23. Simpósio Nacional de História [internet]; 2005; Londrina, PR. [S.l.]: ANPUH; [s.d.] [acesso em 4 abr 2017]. Disponível em: <http://anais.anpuh.org/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S23.0545.pdf>

Koda MY. Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em Saúde Mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial [internet]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 2002 [acesso em 6 abr 2017]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-17112002-120859/pt-br.php>

Matias MBM. Os movimentos sociais organizados em saúde mental em São Paulo de 1979-1992: a construção da política de saúde mental e a reforma psiquiátrica [internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006 [acesso em 20 mai 2017]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-18102006-162712/pt-br.php>

Mascarenhas RS. História da Saúde Pública no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública - Clássicos dos Primeiros Dez Anos* [internet]. 2006 [acesso em 6 fev 2018];40(1):3-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100002

Meihy JCSB. *Manual de História Oral*. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2002.

Mello GA, Bonfim JRA. Um sanitarista chamado Walter Leser. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* [internet]. 2015 [acesso em 26 jan 2018];20(9):2749-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2749.pdf>

Memórias Guarulhenses - Edição Especial. *Revista É!*. 2010;(52).

Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1996.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas [internet]. Brasília (DF); 2000 [acesso em 12 dez 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no âmbito do SUS [internet]. [acesso em 14 dez 2017]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>

Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial [internet]. [acesso em 12 dez 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas [internet]. Brasília (DF); 2005 [acesso em 12 dez 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [internet]. Brasília (DF); 2006 [acesso em 3 dez 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 154 de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [internet]. Brasília (DF); 2008 [acesso em 14 dez 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo técnico da Política de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. [internet]. Brasília (DF); 2010 [acesso em 12 dez 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 2.488 de 2011. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [internet]. Brasília (DF); 2011 [acesso em 5 dez 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília (DF); 2011 [acesso em 5 fev 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Ministério da Saúde (BR). A Regionalização da Saúde - O Decreto n° 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS [internet]. Brasília, DF; 2011 [acesso em 23 nov 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/regionalizacao_saude_decreto_7508.pdf

Ministério da Saúde (BR). Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios. Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma, ampliação de CAPS e de UA [internet]. Brasília, DF; 2015 [acesso em 12 dez 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf

Monteiro YN. Doença e estigma. R. História - USP [internet]. 1992 ago-dez; 1993 jan-jul;(127-128):131-9. [acesso em 27 out 2017]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/18694>

Monteiro YN. Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo [internet]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 1995. [acesso em 28 out 2017]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/34468575_Da_maldicao_divina_a_exclusao_social_um_estudo_da_hansenise_em_Sao_Paulo.

Moreira DFC, Santos LG, Camargo MFM, Ramalho SA. Ambulatórios de saúde mental da zona norte: cenário de uma metamorfose. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001. Curso de Especialização em Saúde Mental.

Motta AA. A ponte de madeira: a possibilidade estruturante da atividade profissional na clínica da psicose. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

Oda AMGR, Dalgalarondo P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos [internet]. 2005 set-dez [acesso em 12 out 2016];12(3):983-1010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/19.pdf>

Oliveira A. A História do Serviço de Saúde Pública em SP [internet]. São Paulo: São Paulo in Foco; 2016 [acesso em 4 mar 2018]. Disponível em: <http://www.saopauloinfoco.com.br/historia-saude-publica-sp/>

Oliveira ES. Guarulhos: História, Cultura e Meio Ambiente. Circuito e Roteiros para Visitas. Inventário Patrimonial. Guarulhos tem História/Saberes Locais. 2013.

Oliveira Neto S, Antunes DC, Quelce-Salgado ES, Bezerra GL, Souza JC, Labaki MF. Dez anos do Projeto TEAR: a difícil e talvez irreversível escolha da economia solidária como referência para a inclusão social pelo trabalho. In: Pinho KLR, Pinho LP, Lussi IAO, Machado MLT, organizadores. Relatos de experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora; 2014.

Omar EEH. Industrialização, emancipação, patrimônio e identidade. In: Omar EEH, Borges ACM, organizadores. Signos e Significados em Guarulhos: Identidade, urbanização, exclusão. São Paulo: Navegar; 2014.

Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos [internet]. 2014 jan-mar [acesso em 8 dez 2017];21:15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>.

Passeri C. 20 anos de SUS em Guarulhos: da indigência a saúde participativa. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2010. Curso de especialização em Saúde Pública.

Paula Souza GH, Borges Vieira, F. Centro de Saúde: eixo da organização sanitária. Boletim Do Instituto De Higiene De São Paulo [internet]. 1944 [acesso em 16 out 2017];(59):3-60. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/bihsp/article/view/89522>.

Pitta AMF. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. Rev. Adm. Púb. [internet]. 1992 abr-jun [acesso em 28 nov 2017];26(2):44-61. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8795/7534>.

Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Divisão de Higiene e Saúde Pública – Triênio: 1967, 1968, 1969. Revista Guarulhos - O despontar de um gigante. Guarulhos; [s.d.].

Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Lei 1.769 de 11 de outubro de 1972 – Cria as Secretarias Municipais e dá providências [internet]. [acesso em 19 nov 2017]. Disponível em: http://www.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/leis_download/01769lei.pdf.

Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Lei 3.401 de 13 de dezembro de 1988 - autoriza o Executivo a celebrar Termo de Adesão ao Convênio SUDS-SP, celebrado entre União (MPAS/INAMPS/MEC/MS) e o Governo do Estado de São Paulo, com interveniência da Secretaria de Estado da Saúde, com vistas à Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, nos termos do Decreto Estadual nº 28.410, de 20 de maio de 1988 [internet]. [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: http://www.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/leis_download/03401lei.pdf

Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Lei nº 4.032 de 27 de fevereiro de 1992. Altera a estrutura organizacional da Secretaria da Saúde. Guarulhos/SP. 1992 [internet]. [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: http://leis.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/leis_download/04032lei.pdf

Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Lei nº 4.213 de 30 de dezembro de 1992. Reorganiza, a nível institucional, os órgãos de administração direta da Prefeitura. Guarulhos. 1992 [internet]. [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: http://www.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/leis_download/04213lei.pdf

Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Decreto nº 17.733, de 5 de abril de 1993. Institui o detalhamento da estrutura básica da Secretaria da Saúde. Guarulhos. 1993 [internet]. [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: http://leis.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/decretos_download/17733decr.pdf

Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Secretaria Municipal de Cultura. Anotações do curso livre “Guarulhos de aldeia à metrópole”. Guarulhos; 2016.

Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Secretaria Municipal de Educação. Guarulhos: espaço de muitos povos. Série conto, canto e encanto com a minha história. 2. ed. São Paulo: Noovha América; 2008.

Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Proposta de Elaboração do Plano Diretor para a Secretaria da Saúde. Guarulhos; 1983.

Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Hospital-Dia de Guarulhos: proposta de constituição. Guarulhos; 1992.

Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). A história da saúde mental do município de Guarulhos. [vídeo] [internet]. Guarulhos; 2015 [acesso em 30 jul 2017]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-g2n12Btxuw&t=11s>.

Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Secretaria Municipal de Saúde. A História da Saúde em Guarulhos. Painel apresentado no I Congresso de Saúde Pública de Guarulhos. Guarulhos; 2016.

Pugin SR, Nascimento VB. Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996). Série Didática [internet]. 1996 dez [acesso em 12 dez 2017];(1):32. Disponível em: http://www.cedec.org.br/files_pdf/DIDATI1.pdf. .

Ranali J. Repaginando a História. São Paulo: SOGE; 2002.

Rodrigues IC. Chagas da exclusão: a internação compulsória no estado de SP – o leprosário do Padre Bento. In: Omar EEH, Borges ACM, organizadores. Signos e Significados em Guarulhos: Identidade, urbanização, exclusão. São Paulo: Navegar; 2014.

Rodrigues JT. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. Psicologia em estudo [internet]. 2003 jan-jun [acesso em 14 out 2017];8(1):13-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a03>

Sanatório para alienados. Revista A Cigarra [internet]. 1918 [acesso em 22 jan 2017];5(100):130. Disponível em: <http://200.144.6.120/uploads/acervo/periodicos/revistas/CI191809100.pdf>

Salomão M. SUS 20 Anos: um recorte da minha participação. Boletim Inst. Saúde - Edição Especial 20 anos do SUS [internet]. 2008 [acesso em 27 dez 2017];Nº Espec:39-40. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/nspe/nspe13.pdf>

Santana AS, Silva GBSM, Barrero Junior RC, Lanzellotti TFA, Silva WP. Em torno da Ferrovia e da Rodovia: o processo de industrialização de Guarulhos e seu patrimônio industrial (1910-1960). In: Omar EEH, Borges ACM, organizadores. Signos e Significados em Guarulhos: Identidade, urbanização, exclusão. São Paulo: Navegar; 2014.

Santana ET. Os significados da emancipação para a periferia de Guarulhos. In: Omar EEH, Borges ACM, organizadores. Signos e Significados em Guarulhos: Identidade, urbanização, exclusão. São Paulo: Navegar; 2014.

Silva ALA. O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida [internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1997 [acesso em 10 out 2016]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-04062003-124644/es.php>

Tanaka OY, Escobar EMA, Gimenez ASM, Camargo KG, Lelli CS, Yoshida TM. Gerenciamento do setor saúde na década de 1980, no Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ. [internet]. 1992 [acesso em 28 out 2017];26(3):185-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000300010

Thompson P. A voz do passado: história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

Universidade Aberta do Brasil (UAB). Metodologias para diferentes fontes [internet]. [S.l.]; [s.d.] [acesso em 4 jul 2017]. Disponível em: http://www.cesadufs.com.br/ORBI/public/uploadCatalogo/13553006102014Metodologia_da_Pesquisa_Historica_Aula_4.pdf

Vecina Neto G, Cutait R, Terra V. Um pouco de história [internet]. [S.l.]: Portal da SES de Santa Catarina; [s.d.] [acesso em 5 nov 2017]. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extras/notas.html

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) Sr (a). foi convidado a participar na pesquisa “Políticas Públicas de Saúde Mental em Guarulhos: uma perspectiva histórica”, que tem por objetivo sistematizar de forma crítica a história da saúde mental no município de Guarulhos desde 1925. O (a) Sr (a). foi escolhido para colaborar nesta pesquisa por ter participado dessa história de alguma forma, em algum período. Portanto, a sua participação no estudo consistirá em nos contar sobre o contexto sociopolítico da época, nos contar sobre a sua experiência em relação a acontecimentos e fatos relacionados à Saúde Mental no município, ajudando-nos a reconstruir essa história. Este trabalho faz parte da elaboração da dissertação de mestrado desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde/CRH da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

As entrevistas podem ser individuais ou em grupo, a depender do período histórico vivido pelos entrevistados ou pelo fato de o entrevistado se sentir mais confortável numa ou noutra situação. A entrevista individual tem a duração de mais ou menos uma hora, e a entrevista em grupo terá no máximo quatro pessoas e duração de mais ou menos duas horas. No entanto, caso seja necessário e se for de sua vontade e/ou de seu grupo, poderemos agendar uma nova data e horário para a continuação da entrevista.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o (a) Sr (a). pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta ou em relembrar algum acontecimento, mas o (a) Sr (a). tem a liberdade de não responder ou interromper a sua narração em qualquer momento.

O (a) Sr (a). tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo. Se preferir, será assegurada a garantia do seu anonimato sobre as informações prestadas. O (a) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com o coordenador orientador responsável pelo estudo: Tereza Etsuko da Costa Rosa, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (tel. 3116 8563, das 8h às 17h, ou pelo e-mail tererosa@isaude.sp.gov.br ou Helena Saroni, aluna de pós-graduação, que pode ser localizada na Secretaria da Saúde de Guarulhos (tel. 2472-5000, das 8h às 17h, ou pelo e-mail hsaroni@gmail.com). O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS também poderá ser consultado caso o (a) Sr (a). tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa pelo telefone 11-3116-8597 ou pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para a construção da história da Política de Saúde Mental de Guarulhos e para nos auxiliar a transformar a essa história oral em texto escrito. Este termo será assinado em duas vias, pelo senhor e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou foi lido para mim sobre a pesquisa. Discuti com a pesquisadora Helena Saroni, responsável pela pesquisa, sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de anonimato, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____ / / _____
Assinatura do entrevistado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a participação neste estudo.

_____ / / _____
Assinatura do responsável pelo estudo.