
CONSIDERAÇÕES SOBRE A SOLICITAÇÃO DO SSCF AO CMS CAMPINAS

O SSCF é instituição centenária, mas apenas 33 anos de seu percurso pode ser considerado anti-manicomial e orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Sua origem manicomial não pode ser esquecida a ponto de parecer que esta instituição sempre se posicionou na história como defensora dos direitos humanos. Por décadas fez parte de sua organização as celas fortes, os pátios como depósito de pessoas nuas em condição de “mortas-vivas”, o cheiro característico dos grandes hospícios, ou seja, um misto de suor, urina, fezes, medicamentos, opressão, invisibilidade, desesperança... A partir de seu processo de transformação orientado pelo poder público municipal, o SSCF ocupou lugar de baluarte da Reforma Psiquiátrica Campineira e de referência para contextos nacionais e latino-americanos. Produziu experiências exitosas em cogestão com a SMS, e somou responsabilidades no fechamento de leitos psiquiátricos e na produção de uma rede de cuidados em liberdade, territorial e substitutiva ao hospital psiquiátrico. Atualmente, o SSCF atua predominantemente como uma entidade privada, mantendo um relacionamento baseado em convênio com a Secretaria de Saúde, focado em atingir metas quantitativas. Esta mudança representa um retrocesso comparado ao período anterior de cogestão com a SMS, nessa época o SSCF tinha um papel ativo na formulação de políticas de saúde mental na cidade em que a participação e o protagonismo dos usuários eram marcantes. O modelo de atenção, de responsabilidade sempre da Secretaria de Saúde, era construído, às vezes de maneira tensa, de forma que o Cândido não perdesse sua identidade de instituição que lutava por uma sociedade sem manicômios, respeitada seus limites organizacionais. Essas políticas visavam mais do que apenas números, buscando promover o acolhimento, a inclusão e a autonomia dos pacientes em seu próprio território e comunidade. Contudo, hoje, a Secretaria de Saúde, que transferiu para o SSCF a responsabilidade por quase todos os seus serviços, parece mais preocupada em cumprir exigências burocráticas e metas financeiras, alimentando assim um ciclo reminescente das práticas manicomiais, conforme demonstrado pelas tendências atuais. 1. A hospitalidade noturna de um CAPS, que deve responder à necessidade de apoio intensivo ao usuário, sem apartá-lo de sua vida e da relação. 1. A hospitalidade noturna de um CAPS, que deve responder à necessidade de apoio intensivo ao usuário, sem apartá-lo de sua vida e das relações e processos de cuidado, vem sendo tratada classicamente como internação, reduzida a um leito numerado pela central de vagas que gerencia todos os leitos dos diferentes CAPS e das enfermarias psiquiátricas em Hospital Geral. Não tendo mais gestão sobre o recurso da hospitalidade noturna, os CAPS tendem a reproduzir a lógica psiquiátrica que descontextualiza o sofrimento do usuário quando realiza intervenções sobre a crise, então entendida como pertencente unicamente ao sujeito, sem relação com sua situação de vida e com as demais ações de cuidado desenvolvidas, fragmentação e isolamento característicos de hospital psiquiátrico. 2. O convívio, pedra fundante do cuidar em liberdade, cenário onde a equipe de trabalhadores e os

usuários se encontram no CAPS, se conhecem, e empoderam uns aos outros para o andar a vida, bem como o acompanhamento do trabalhador de referência junto ao usuário em seu território, domicílio, escola, trabalho, dimensão essencial do cuidado em liberdade, não vem sendo institucionalmente reconhecidos e estimulados. Tal situação é possível certificar nas diretrizes a cumprir: nelas não se vê nem o acompanhamento ao território, nem a ambiência e nem as assembleias. Tanto desprestígio nota-se ao colocarem o acompanhamento financiado por recursos temporário. 3. Espelhando o hospital psiquiátrico no qual a manifestação da pessoa em sofrimento psíquico é sempre interpretada como sintoma, esvaziado de sentido, a serem controladas, as crises, os conflitos, as reclamações dos usuários por vezes vêm sendo medicalizadas e tratadas com protocolo de emergência psiquiátrica. Questionamentos, reivindicações e manifestações dos usuários necessitam voltar a ser valorizadas como matéria-prima para o bom cuidado, colocadas em discussão seja com o profissional de referência, seja em assembleia institucional, seja no caminhar do dia a dia para que possam ser elaboradas/resolvidas de maneira partilhada. 4. A autonomia da equipe/rede de cuidado é bastante restrita, as diretrizes postas se distanciaram do Cuidar em Liberdade Reforma Psiquiátrica, e se restringem as reduções presentes no convênio cumprido como contrato de gestão. Neste contexto o CAPS acaba por não exercer a contento o seu papel de responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados de seu território e de regulador da porta de entrada da rede assistencial de seu território, prescrições estas da PTMS 336/2.002. 5. O SRT não é visto como uma casa onde moram pessoas, que buscam construir um lar, na concepção que foi criado como um programa de intervenção social do governo para garantir moradias a tais pessoas que o dinheiro estatal excluiu da vida em sociedade e retirou direito. Porém é tido como serviço que o município é dono das “vagas” e aloca quem achar pertinente. Não são discutidos com os moradores quem poderia habitar aquele lugar, quais os possíveis candidatos etc. 6. E, finalmente, entendemos que o CAPS não vem sendo orientado pelo princípio das “portas abertas” visto não garantir o acolhimento imediato ao usuário que dele necessita, submetendo esta decisão a uma avaliação unilateral profissional e médica dificultando o acesso à hospitalidade noturna ou em qualquer tipo de atividade diária. Seguem a confiança na central de vagas (telefônica) e na avaliação médica centrada (do NIR) e fica notória a exclusão do protagonismo do usuário e da própria equipe de cuidado. Esse desprezo pelo protagonismo do usuário corrói a confiança e segurança dele nos serviços, faz gerar maior violência de e facilita o que tem ocorrido de abusos sexuais e de força física, trazendo mais insegurança ao que deveria estar sendo cuidado e dissabores as instituições que vão perdendo o controle sobre tanta terceirização. Levando em conta este preâmbulo com questionamentos dos objetos do TA proposto, temos algumas ressalvas que trazemos para discussão e aprovação neste pleno do CMS Campinas: 1. Que a ADEQUAÇÃO da matriz de indicadores contemple fundamentalmente o

ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO EM TERRITÓRIO e que o ajuste orçamentário seja feito unicamente neste sentido. 2. O Núcleo Interno de Regulação (NIR), conforme ficou demonstrado na executiva do CMS, é um Núcleo Interno (do conveniado) para movimentação do que já foi regulado pelo telefone da central de vagas. Preocupa-nos que a regulação de leitos da Saúde Mental seja feita sob um modelo que os iguala à regulação de leitos hospitalares de qualquer outra patologia. Sabemos que esse modelo não serve ao sofrimento psíquico, no qual há grande grau de subjetividade envolvida e onde o vínculo, as relações territoriais e comunitárias são essenciais ao cuidado. Telefones, aplicativos e protocolos não podem substituir uma regulação viva, que envolva os sujeitos do cuidado e na qual a gestão compartilhada dos serviços da RAPS, do Cândido e da Secretaria seja o núcleo do processo. 3. Na executiva do CMS demonstrou-se que o Cândido Ferreira paga para a maioria dos seus trabalhadores salários muito aquém daqueles de instituições assemelhadas e da própria Secretaria de Saúde, resultado de pesquisa de salários feito pela Comissão de Saúde Mental a partir de denúncias que recebemos. Esse aviltamento dos vencimentos causa dificuldade de manutenção dos quadros, de sua reposição e da garantia da contratação dos melhores profissionais de saúde. Conforme foi explicado nessa reunião, a SMS somente opina sobre salário dos trabalhadores de conveniado para que não sejam abaixo do piso nacional. Embora compreendamos que a prefeitura não tenha como impor os salários de trabalhadores de instituições conveniadas, acreditou ser possível que se negocie com elas vencimentos mais dignos e próximos daqueles de outras instituições com o mesmo objetivo e não reponham no lugar do profissional universitário uns profissionais de formação técnica, que segundo as denúncias vem ocorrendo. Sem os salários mais competitivos é muito difícil que tenhamos trabalhadores motivados como exige as ações complexas do cuidado em liberdade e de forma anti-manicomial. 4. Orientados pelo resultado da pesquisa conduzida por esta comissão, escolhemos situações que não houve tergiversação: baixos salários (que ressalvamos no item anterior), as condições de infraestrutura e condições de trabalho, a recomposição das equipes que traz dificuldades em cumprir estratégias do PTS e a existência de violência física entre usuários com usuários e estes com trabalhadores. Desta forma queremos ressaltar a importância de existir para todos os serviços, além da supervisão técnica institucional, a formação dos profissionais antigos e novos ingressantes na rede. Quanto às respostas dos usuários demarcam essa necessidade quando trazem as dificuldades de intervenção dos trabalhadores no acolhimento e resposta a situações de racismo e preconceitos e outras discussões sobre o cotidiano que enfrentam. 5. Foi durante a reunião da executiva que esta comissão incorporou a proposta do MLAC da urgência em criar, na SMS, uma comissão de sindicância para verificação das denúncias (registradas em B.O.) de violência e abuso sexual ocorrido em um CAPS conveniado. Faz se urgente à apuração de responsabilidades seja da instituição conveniada, do serviço e cuidadores, em abuso sexual ocorrido dentro do serviço para



que isto não ocorra novamente nem em nenhum outro CAPS e de modo a indicar encaminhamentos necessários. 6. Finalmente, mesmo acreditando que o melhor caminho para cuidá-lo em liberdade seja com serviços próprios municipais, concordamos – mas vigilantes -com uma Adequação orçamentária para retomar os trilhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois o que ouvimos do discurso na executiva do CMS é o uso insistente da palavra desinstitucionalização, mas a prática é a busca de institucionalizar as relações, o partilhamento e o convívio em protocolos. Este CMS se compromete a trimensalmente estar presente na comissão de acompanhamento dos convênios e pautar estas ressalvas por nós apresentadas.

**Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde
Campinas 26 de junho de 2.024**