



CRISTINA AMÉLIA LUZIO

**ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM
MUNICÍPIOS DE PEQUENO E MÉDIO PORTES:
RESSONÂNCIAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**



**CAMPINAS
2 0 0 3**

CRISTINA AMÉLIA LUZIO

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 6 de Novembro de 2003.



Profa. Dra. Solange L'Abbate
Orientadora

**A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM MUNICÍPIOS DE
PEQUENO E MÉDIO PORTES:
RESSONÂNCIAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

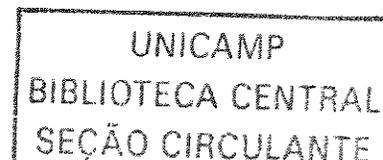
Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Solange L'Abbate

CAMPINAS

2003

iii



NIDADE	PC
CHAMADA	UNICAMP
	L979a
EX	
FONDO BC	5698L
PROC.	Ab-P-117/04
C <input type="checkbox"/>	D <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	
Nº CPD	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

M00192907-9

shid 311564

L979a Luzio, Cristina Amélia
 A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica / Cristina Amélia Luzio. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Solange L'Abbate
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Políticas públicas . 2. Saúde pública. 3. Psicologia. I. Solange L'Abbate. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Profa. Dra. Solange L'Abbate

Membros:

1. Profa. Dra. Solange L'Abbate

2. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

3. Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

4. Profa. Dra. Sônia Aparecida Moreira França

5. Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 06/11/2003

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, que com a sua sabedoria e afeto me instigou a procurar os caminhos e a reconhecer neles suas pedras.

Ao Ruyzão, que em sua passagem por essa vida mostrou-me quanto podem ser intransponíveis, no meio do caminho, as pedras do preconceito e da injustiça.

AGRADECIMENTOS

Esse estudo é fruto de uma longa caminhada iniciada há muito tempo. Sua história reflete a esperança de que as utopias que privilegiam a vida se realizem, particularmente aquelas construídas no cotidiano. Portanto, esse trabalho sintetiza muitos encontros com diversos atores sociais, companheiros, amigos e pessoas especiais aos quais gostaria de expressar a minha estima e consideração:

em primeiro lugar, à professora Solange L'Abbate, pela confiança em mim depositada, pela paciência e dedicação com que me orientou;

aos usuários, trabalhadores e gestores, participantes desta caminhada, pela disponibilidade com que aceitaram compartilhar comigo suas idéias, fazeres e afetos acerca do cotidiano nos serviços de saúde mental;

ao professor Silvio Yasui amigo e companheiro de universidade e das diversidades na caminhada por uma sociedade sem manicômio na região de Assis, cujo apoio e colaboração no cumprimento das minhas atribuições acadêmicas foram imprescindíveis para chegar até aqui;

ao professor Abílio Costa-Rosa, pela disposição em compartilhar e discutir minhas dúvidas durante a realização deste trabalho;

ao professor Paulo Amarante, que com sua produção teórica e generosidade intelectual e afetiva, possibilitou-me diálogo profícuo com o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e com alguns autores da psiquiatria democrática italiana;

aos professores Regina Benevides e Gastão Wagner de Sousa Campos, que participaram da banca de qualificação e trouxeram questionamentos importantes;

ao professor Juvenal Zancheta Junior, amigo dedicado, que realizou com atenção e afeto a revisão final do texto;

à Daniela Moreira da Silva, pela eficaz adaptação para linguagem escrita do material destacado das entrevistas;

à Capes/PICDT pelo suporte financeiro durante o curso de doutorado;

ao Departamento de Psicologia Clínica pelo apoio e colaboração na finalização da tese;

à Soraia Hussein Gimenes Vieira, pela dedicação com que me orientou nas minhas obrigações acadêmicas e de bolsista do PICDT/CAPES durante o curso de doutorado;

à Márcia Cristina S. Mendes, pela colaboração na realização das entrevistas com os usuários;

à Sonia Romeiro Costa, pela presteza com que transcreveu e digitou as entrevistas;

à Glória e à Patrícia pela hospitalidade física e afetiva durante o curso do doutorado;

à Ariana, ao Gilson, ao Lairto e Ricardo pela acolhida carinhosa na finalização da tese;

à minha família, pelo apoio constante;

à Maria Aparecida, por ter realizado responsabilidades importantes do meu cotidiano;

à Ana Luiza, cuja existência tem se constituído um alento e um incentivo permanente na minha caminhada por um mundo melhor;

à Yara por ter me mostrado recantos e encantos da dura realidade social capazes de concretizar, no cotidiano, pequenos atos na busca de uma sociedade mais justa e menos excludente;

aos amigos de toda hora: Ana Maria, Francisco, Heloisa, Justo, Lúcia, Olga, Sidney, Sônia, Wilma, pelo carinho e incentivo;

aos meus alunos, do Curso de Psicologia e do Programa de Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Coletiva da DIR-VIII: várias gerações, diversas indagações, diferentes olhares e interesses instigantes nessa trajetória.

ao Kita Amorim pela produção da capa com fotos das pinturas dos usuários do CAPS/ASSIS.

Sonhar
Mais um sonho impossível
Lutar
Quando é fácil ceder
Vencer o inimigo invencível
Negar quando a regra é vender
Sofrer a tortura implacável
Romper a incabível prisão
Voar num limite improvável
Tocar o inacessível chão
É minha lei, é minha questão
Virar esse mundo
Cravar esse chão
Não me importa saber
Se é terrível demais
Quantas guerras terei que vencer
Por um pouco de paz...

J. Darion - M. Leigh

Versão Chico Buarque e Ruy Guerra

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	xxix
ABSTRACT	xxxiii
APRESENTAÇÃO	37
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO - ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL	47
1.1- Antecedentes.....	53
1.2- A política de Saúde Mental na década de 1990 e na entrada do século XXI: a mudança do modelo assistencial.....	60
CAPÍTULO 2 – O DESENHO DE UMA NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO	77
2.1- Novas experiências no Estado de São Paulo.....	82
2.1.1- São Paulo: experiências distintas.....	83
2.1.2- Campinas: a busca de desvios no programa de Saúde Mental normatizado.....	90
2.1.3- Santos: “rachando”o modelo da Reforma Psiquiátrica..	98
2.1.4- Outra experiência singular em São Paulo: o programa de Saúde mental do programa Saúde da Família.....	103
2.1.5- Campinas: Saúde Mental e o Programa Paidéia – Saúde da Família.....	107
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA: COMO DESCOBRIR CAMINHOS	115
3.1- Aportes Teóricos.....	117

3.1.1-	Superação do modelo psiquiátrico: dimensões fundamentais.....	118
3.1.2-	Do modo Asilar ao Modo psicossocial – transição paradigmática.....	122
3.1.3-	Novos dispositivos em Saúde Mental: alguns componentes necessários.....	132
3.1.4-	As categorias de análise deste estudo.....	133
3.2-	Delimitação das indagações de pesquisa.....	136
3.3-	A especificidade do estudo: os objetivos.....	141
3.4-	O desenho da pesquisa.....	142
CAPÍTULO 4 –	ANÁLISE DOS RESULTADOS: CONHECENDO OS CAMINHOS.....	53
4.1-	O contexto dos municípios de pequeno e médio porte.....	155
4.2-	O município de pequeno porte: uma breve caracterização.....	160
4.2.1-	Os primórdios da assistência em Saúde Mental.....	162
4.2.2-	Consolidação do SUS e as ressonâncias da Reforma Psiquiátrica.....	163
4.2.2.1-	Campo teórico-conceitual.....	164
4.2.2.2-	Campo técnico-assistencial.....	188
4.2.2.3-	Campo político-jurídico.....	216
4.2.2.4-	Campo sócio-cultural.....	221
4.3-	O município de médio porte: uma breve caracterização.....	237
4.3.1-	Os primórdios da assistência em Saúde Mental.....	239
4.3.2-	Consolidação do SUS e as ressonâncias da Reforma Psiquiátrica.....	253
4.3.2.1-	Campo teórico-conceitual.....	254

4.3.2.2- Campo técnico-assistencial.....	283
4.3.2.3- Campo político-jurídico.....	316
4.3.2.4- Campo sócio-cultural.....	323
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	345
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	359
ANEXOS.....	379

LISTA DE ABREVIATURAS

AFB	Assistência Farmacêutica Básica
AIH-SUS	Autorização de Internação Hospitalar do SUS
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMP	Associação Mineira de Psiquiatria
ASSOCANA	Associação dos Fornecedores e Plantadores de Cana da Média Sorocabana
ASTECSAS/MS	Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Assistência de Saúde do Ministério da Saúde
BIRD	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAMPS	Centro de Atenção Médico-Psico Social
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBs	Comunidades Eclesiais de Bases .
CECCOs	Centros de Convivências e Cooperativas .
CID-10	Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico de Assis
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CPA	Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Ciências e Letras de Assis
CRP-6	Conselho Regional de Psicologia da 6ª região
CSI	Centro de Saúde I

CSM/SES-SP	Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DIR-VIII	Direção Regional de Saúde VIII
ERSA	Escritório Regional de Saúde
EUA	Estados Unidos
FAE	Fração Assistencial Especializada
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FMI	Fundo Monetário Internacional
GEPRO – SM	Grupo de Estudo e Programas de Saúde Mental
HR	Hospital Regional
I CMSCM	I Conferência Municipal de Saúde de Cândido Mota.
I CNSM	I Conferência Nacional de Saúde Mental
IAPRS	Internacional Association of Psychosocial Rehabilitation Services
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCN	Incentivo ao combate das Carências Nutricionais
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
II CNSM	II Conferência Nacional de Saúde Mental
III CNSM	III Conferência Nacional de Saúde Mental
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
IPSO	Instituto de Psiquiatria Social
IX CNS	IX Conferência Nacional de Saúde
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração em Serviços de Saúde
LEMC	Laboratório de Medicina para Comunidade da UNICAMP
MCP	Modelo Capitalista de Produção (MPC)
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial

MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS/2001	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização da Nações Unidas
OPAS	Panamericana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Agentes Comunitários de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	Programa de Ações Intensivas
PAS	Plano de Assistência à Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIM	Programas de Intensidade Máxima
PMCM	Prefeitura Municipal de Cândido Mota
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PS	Pronto Socorro
PSF	Programa Saúde da Família
SAI-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SAS	Secretaria de Assistência de Saúde
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SEHIG	Secretaria de Higiene e Saúde de Santos
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SES-SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

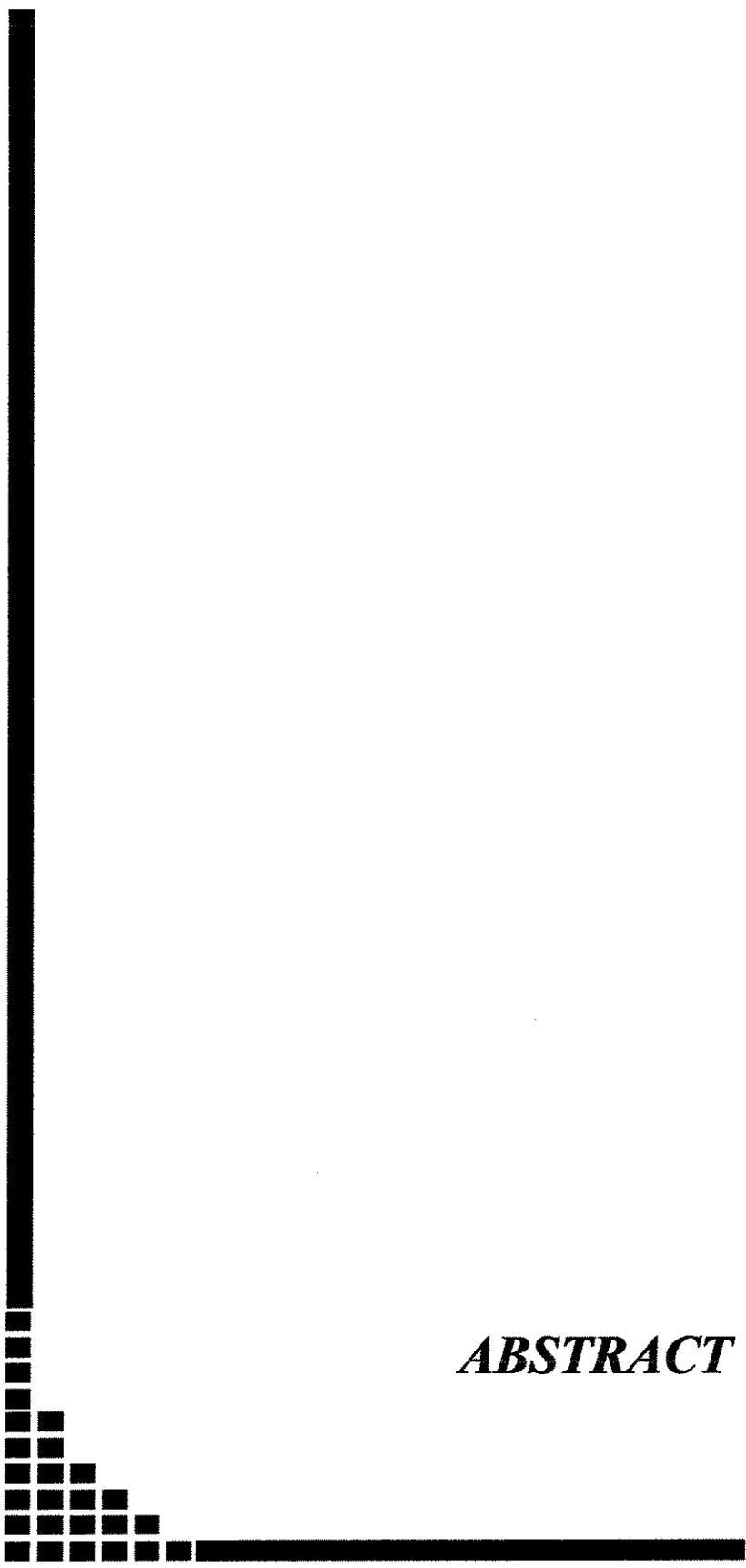
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMS-A	Secretaria Municipal de saúde de Assis
SMS-CAMP	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
SMSH- CM	Secretaria Municipal de saúde e Higiene de Cândido Mota
SPSP	Sociedade de Psicodrama de São Paulo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
VIII CNS	VIII Conferência Nacional de Saúde
VISA	Ações Básicas de Vigilância Sanitária



RESUMO

Esse estudo busca conhecer as ressonâncias da Reforma Psiquiátrica em municípios de pequeno e médio portes, situados na região oeste do Estado de São Paulo. A partir da análise da Política Nacional de Saúde Mental formulada nos últimos anos e das experiências desenvolvidas, após 1987, São Paulo (capital), Santos e Campinas procura-se: compreender como o Sistema Único de Saúde tem contribuído para o avanço da Reforma Psiquiátrica nos municípios; verificar como a assistência oferecida nesses municípios, está viabilizando os princípios da Reforma Psiquiátrica e a melhora das condições de vida dos usuários, bem como pesquisar o papel dos trabalhadores e dos gestores na construção de novas práticas de cuidado em Saúde Mental. A análise das práticas discursivas encontradas nos textos, documentos, bem como de entrevistas semi-estruturadas com gestores, trabalhadores, usuários dos serviços de saúde mental apontam que os vários segmentos sociais envolvidos na Saúde Mental conhecem os princípios e propostas da Reforma Psiquiátrica. No entanto, as gestões municipais não assumem integralmente as propostas do Ministério da Saúde para a área, sob a alegação de falta de recursos financeiros para a contrapartida exigida. No município menor o serviço de Saúde Mental se organiza no Centro de Saúde, oferecendo uma assistência mais integral aos usuários, com pouca incidência de encaminhamentos desencontrados. No município maior realizam-se mais ações de reinserção psicossocial, tendo um Centro de Atenção Psicossocial em funcionamento. Os usuários e seus familiares têm gradativamente assumido as novas propostas de intervenção, mas os mecanismos de participação e organização popular ainda são incipientes na Saúde Mental. Finalmente, deve-se destacar que, para uma efetiva consolidação das propostas atuais da Reforma Psiquiátrica é necessário, entre outras ações, maior compromisso dos gestores com a atenção em Saúde Mental, maior investimento nas equipes multiprofissionais, estímulo à organização e participação dos usuários e familiares e integralidade dos dispositivos de saúde, de assistência social e de cultura existentes nas cidades com objetivo de construir uma rede de cuidado e reinserção social.

Palavras chaves- reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, saúde mental, saúde pública, saúde coletiva



ABSTRACT

This study aims to learn about the resonances of the Psychiatric Reform in small and medium-sized towns, located in the western region of the State of São Paulo. From the analysis of the national Mental Health policy, formulated in the past years, and from the experiences developed in São Paulo (capital), Santos and Campinas after 1987, it is sought to: understand how SUS has contributed to the development of the Psychiatric Reform in towns; verify how the assistance offered in those towns is making the Psychiatric Reform principles feasible as well as improving the conditions of living of the users; and research the role of the workers and managers in the construction of new care practices in Mental Health. The analysis of the discursive practices found in the texts, documents, as well as in semi-structured interviews with managers, workers and mental health services users point out that the various social segments involved in Mental Health have acquaintance with the principles and proposals of the Psychiatric Reform. However, the municipal administrations do not thoroughly take on the proposals of the Health Ministry to this field, under the allegation of lack of financial funds to meet the demands. In the smaller town, the Mental Health service takes place in a Health Centre, offering a more complete assistance to the users, with little incidence of misled sendings. In the larger town, more psychosocial reinsertion actions are carried out, and there is a working Attention Centre. The users and their family members have gradually assumed the new intervention proposals, but the mechanisms of participation and popular organisation are still incipient in the Mental Health field. Lastly, it is important to emphasize that for an effective consolidation of the current Psychiatric Reform proposals, there must be, among other actions, more commitment by the managers as far as Mental Health is concerned, more investments in multi-professional teams, stimulus to the organisation and participation of the users and family members and integration of health devices, social assistance and the culture existing in towns, with the objective of building a care and social reinsertion net.

Key-words: psychiatric reform, psychosocial attention, mental health, public health, collective health.



APRESENTAÇÃO

*Somos
o movimento vivo
solidários a defender
a cidadania
utopia?
devaneio? Não!
esperança, ação
movendo estradas
ao norte, traçando
a liberdade, a luta
por uma sociedade
sem manicômio*

José Carlos- Associação PIRASSIS

A realização de uma tese de doutorado constitui-se sempre um processo em que se imbricam demandas de várias ordens. Mais do que o cumprimento das exigências acadêmicas do curso de pós-graduação e profissionais, como professora universitária, esta tese aspira ser uma produção reflexiva e política, de questões de ordem práticas e teóricas acerca da implantação e implementação das diretrizes e propostas da política nacional e da Reforma Psiquiátrica para a Saúde Mental, notadamente em municípios de pequeno e médio porte do Estado de São Paulo.

A partir dessa premissa, considero fundamental situar a origem desse trabalho. Para isso, retomo alguns flashes da minha trajetória profissional e política. A retomada de tais momentos, embora não tenha como objetivo de realizar nessa apresentação uma narrativa própria de um memorial acadêmico, permitirá contextualizar as minhas inquietações sobre as ressonâncias e os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica que ultrapassem suas análises gerais e as enfoquem em suas singularidades.

É incontestável o acúmulo de experiências transformadoras em muitos municípios do país. Também são inquestionáveis os avanços que elas têm produzido em termos teórico-conceituais, técnico-assistenciais, político-jurídicos e socioculturais. No entanto, o Movimento de Reforma Psiquiátrica precisa enfrentar ainda acirrada oposição de diversos segmentos sociais e demais vicissitudes próprias de um processo de transição paradigmática, além de construir estratégias para ampliar o processo de mudança da atenção em Saúde Mental no país.

A minha inserção nesse processo tem se dado de uma maneira peculiar. Tenho acompanhado e também participado desde o início, dos Movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica em todos os seus momentos, principalmente nos níveis municipal e regional. Apesar desse envolvimento, não participei diretamente de nenhuma experiência transformadora de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de serviços de Saúde Mental, substitutivos ao modelo psiquiátrico.

Desde 1974, ainda durante o curso de graduação de psicologia, optei por trabalhar no campo da assistência em Saúde Mental. Realizei estágios em hospitais psiquiátricos, atuei como estagiária-bolsista junto à Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP), através de um convênio entre a secretaria, um hospital psiquiátrico filantrópico e uma faculdade de medicina. Esse convênio orientava-se pela política de Saúde Mental do Estado ainda vigente naquela época, implantada em 1973 por Luiz Cerqueira.

Essas experiências acadêmicas associadas ao meu trabalho como psicóloga em hospital psiquiátrico no início do meu exercício profissional produziram em mim diferentes impressões e provocaram muitas indagações. Por um lado, constatei a cruel realidade dos hospitais psiquiátricos e sua ineficácia no tratamento de pessoas consideradas “doentes mentais”. Por outro lado, instigaram-me optar por uma atuação profissional nessa área. Acreditava ser possível construir outras maneiras de tratar pessoas com sofrimento psíquico intenso.

Pude observar que atrás dos sintomas ou pedidos dos pacientes existia uma situação mais complexa e que a abordagem terapêutica deveria deve propiciar o contato com a dimensão subjetiva dos sintomas, bem como a implicação do sujeito que sofre. Além

disso, a separação prolongada (e o seqüestro) da pessoa considerada doente mental do seu meio social e familiar não é necessária e nem suficiente para possibilitar sua melhora. Muito pelo contrário, o isolamento, a exclusão e a segregação do paciente provocada pela internação representam um ato de violência. Percebi que aqueles pacientes tinham como única forma de tratamento a internação psiquiátrica e, portanto, sua permanência no hospital, apesar de longa, era insuficiente para tratá-los. Nesse sentido, era elevado, o número das reinternações e maior ainda o prejuízo do confinamento.

A partir de 1980, iniciei minha carreira de docente junto à Universidade Estadual Paulista, no campus de Assis, junto ao curso de Psicologia. Minha expectativa era a de que o trabalho acadêmico permitisse uma reflexão mais aprofundada das minhas experiências junto às instituições psiquiátricas e a descoberta de novas possibilidades de análise e de intervenção na área da Saúde Mental.

A minha entrada na universidade ocorreu no bojo do processo de democratização do país, em que a população estava se organizando com diferentes reivindicações, nos diversos segmentos sociais.

É desse lugar que se iniciou minha participação nos processos de Reformas Sanitária e Psiquiátrica por meio do desenvolvimento de ações voltadas para a construção de serviços de Saúde Mental no município e região do médio Vale Parapanema e da participação na elaboração de projetos e programas de ações em Saúde Mental para gestores regionais e municipais.

Essas experiências produziram efeitos e movimentos transformadores, especialmente na formação dos alunos do curso de psicologia. Em 1987, observei algumas evidências importantes no estudo realizado para dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica, intitulado "Encontro e desencontros com os 'mitos' da Psicologia Clínica: o significado do estágio curricular para alunos de graduação de psicologia". Entre elas, destacam-se o interesse e a preocupação dos alunos e dos professores em redimensionar a grade curricular e o conteúdo das disciplinas do curso para viabilizar uma formação do psicólogo comprometida com a Saúde Mental pública. Contudo, esses movimentos não conseguiram produzir efeitos no campo da assistência em Saúde Mental da cidade.

A partir da promulgação da Constituição em 1988, passei a atuar junto aos segmentos dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde e Saúde Mental. Realizei supervisão de equipe e orientação de programas, ministrei aulas em curso de especialização em Saúde Mental, participei de Conferências de Saúde, em níveis estadual e municipal e na criação de Conselho Municipal de Saúde de Assis. Integrei ainda duas gestões do Conselho Regional de Psicologia - 6ª região, na condição de membro de sua diretoria. Nesse período pude conhecer a realidade da profissão de psicólogo, notadamente na sua vertente com as políticas públicas de educação e saúde. Enfim, ampliei minha compreensão sobre experiências inovadoras de atenção em Saúde Mental realizadas por municípios do Estado de São Paulo, a evolução do movimento da Luta Antimanicomial, bem como tive a possibilidade de dialogar com a produção teórica de vários autores.

Em 1998, após o término do segundo mandato junto ao CRP-6ª, retomei integralmente minhas atribuições na universidade. As experiências vividas junto à entidade de classe, aliadas aos estudos e pesquisas acerca do exercício profissional do psicólogo na área da Saúde Mental pública no âmbito do CRP-6ª e na região, provocaram muitas idéias e indagações, principalmente, de como intervir num contexto tão conhecido e ao mesmo tempo tão distante. Sentia-me sem ferramentas para adentrar esse território.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) viabilizou muitas diretrizes das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Muitos municípios como São Paulo, Campinas e Santos, após as eleições municipais de 1989, passaram a realizar experiências transformadoras na saúde e na Saúde Mental. Esses municípios elegeram prefeitos de coligações partidárias progressistas, lideradas pelo Partido dos Trabalhadores, cujo compromisso era realizar uma administração pública voltada para as necessidades e interesses da população e não somente para os segmentos sociais dominantes e subservientes aos governos estadual e federal. Tais prefeitos indicaram para conduzir as secretarias de saúde, médicos sanitaristas e atores expressivos do Movimento da Reforma Sanitária e comprometidos com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Portanto, eles se dispuseram a não apenas implantar o SUS em seus municípios e, com isso, mostrar que o SUS podia dar certo, mas também a promover uma inversão de prioridades que contemplasse a defesa e a qualidade de vida da população.

Essas experiências mostraram que o SUS era viável e importante para a melhoria da qualidade de vida da população e para o avanço da Reforma Psiquiátrica nos municípios. Mas se, por um lado, tais experiências construíram novos dispositivos teórico-técnicos para a superação do modelo psiquiátrico dominante, de outro lado, elas apontaram algumas questões, tais como: a impossibilidade de transpor essas experiências e de copiar integralmente seus modelos, as diferenças de conjunturas sócio-econômico-político-sociais dos municípios e a inviabilidade de se contar com gestores públicos na saúde com o mesmo grau de comprometimento.

Assim, e tendo em vista que pude observar que, em geral em municípios de pequeno e médio portes do Estado de São Paulo:

- a atenção em Saúde Mental não é considerada prioridade e, conseqüentemente não existem projetos específicos que contemplem ações substitutivas em Saúde Mental;
- a maioria dos municípios tem criado equipes mínimas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), responsáveis pelas ações de atenção primária e secundária. No entanto, ainda é elevado o número de internações psiquiátricas e a medicação é a terapêutica dominante nos serviços extra-hospitalares;
- as equipes são constituídas por profissionais contratados por intermédio de concurso público ou de outras formas de contratos. Eles geralmente são selecionados para atuar na administração pública, sem especificação, em edital público, da área ou o setor do cargo ou da função que irão exercer;
- essa situação, associada a uma formação profissional ineficiente para atuação em consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica é fonte de muitas dificuldades teórico-técnico-políticas para as equipes organizarem e construírem ações substitutivas à internação psiquiátrica, apesar dos esforços empreendidos nessa direção;
- em termos de participação popular, são criados na maioria dos municípios brasileiros os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências Municipais de Saúde, mas eles ainda não estão de fato consolidados como instâncias

- autônomas de controle social, pois nem sempre conseguem romper e superar as práticas tradicionais: autoritárias, ineficazes e clientelistas que constituem o cerne do sistema público de saúde;
- o Movimento da Luta Antimanicomial e outros movimentos sociais de Saúde Mental não têm conseguido conhecer e problematizar a extensão da implantação das diretrizes e propostas de ações e serviços nos municípios, em especial, os de pequenos e médios portes.

É preciso imergir no supostamente conhecido. Descobrir movimentos, encontrar caminhos, compor alianças. Enfim, procurar rupturas na minha visão e buscar, como aponta SADER “recantos da realidade não recobertos pelos discursos instituídos e não iluminados nos cenários estabelecidos da vida pública. [...] a autonomia dos sujeitos coletivos que buscam o controle de suas condições de vida contra as instituições de poder estabelecidas” (SADER, 1988, p.313).

Definido esse quadro de referência, constatei que as minhas inquietações, não estavam apenas relacionadas à construção de novas modalidades de tratamento em Saúde Mental, comprometidas com a Reforma Psiquiátrica. Elas estavam também centradas na descoberta de *como* viabilizá-las nos serviços de saúde, de *como* produzir nos vários segmentos sociais de um município, em especial os trabalhadores e os usuários e seus familiares, o interesse por essas transformações. Finalmente, interessou-me conhecer *como* a universidade, poderia participar desse processo, rompendo assim o distanciamento que marcava sua relação com os serviços de Saúde Mental.

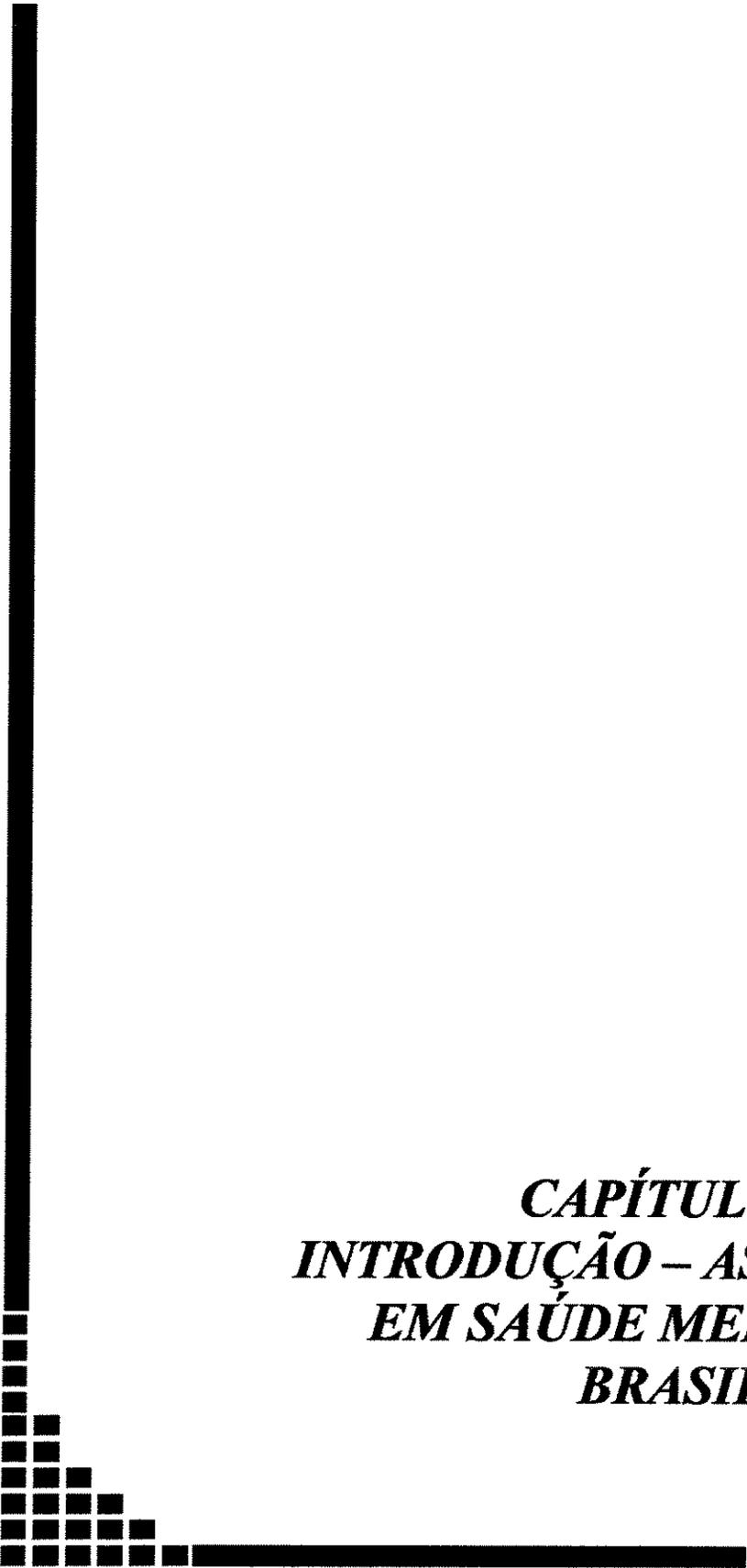
A descoberta de estudos de alguns professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, sobre processo de administração e gestão de serviços de saúde, modelos assistenciais, políticas de saúde, entre outros, permitiram-me completar a delimitação do campo e do objeto de meu estudo, bem como dirigir a minha opção pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Ciências Sociais, junto aquele Departamento.

Nessa perspectiva, é que pude definir o objetivo deste estudo. Queria conhecer as ressonâncias das propostas do Movimento de Reforma Psiquiátrica nos municípios de pequeno e médio portes de uma dada região do Estado de São Paulo. O sentido do termo

ressonância utilizado nesse trabalho pode ser encontrado no Dicionário da Língua Portuguesa de Houaiss, onde lê-se: “Repercussão- reflexão- efeito- consequência – retorno completo ou parcial de algo que se propaga em uma determinada direção após incidência sobre a interface de separação entre este meio e o outro” (Houaiss, 2001). Parece-me que esta definição guarda o essencial daquilo que pretendo com este trabalho, ou seja, analisar a reflexão, o efeito, as consequências das propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica nos municípios de pequeno e médio porte. Em outras palavras, compreender quais idéias e propostas estão mais presentes na formulação dos projetos de atenção em Saúde Mental locais, quais estão mais tênues e que efeitos produzem e em que intensidades e refletir sobre qual retorno possível que esta análise pode proporcionar a estas mesmas propostas. Nossa intenção é a de que a análise siga dois ou mais caminhos, como um som que ecoa, retorna, muda, torna a ecoar: um sentido que ressoa.

Em síntese, conhecer como os municípios constroem seus projetos de atenção em Saúde Mental em seus serviços de saúde, suas organizações, seus funcionamentos e suas práticas. Enfim, conhecer como os atores sociais, gestores, trabalhadores da saúde, usuários e seus familiares viabilizam as propostas da Reforma Psiquiátrica de maneira a promover a mudança do modelo psiquiátrico dominante.

É essa trajetória que dá conformação à tese. Assim, na Introdução abordo a assistência em Saúde Mental no país e a política de Saúde Mental atualmente vigente. No capítulo segundo analiso algumas das experiências municipais e mais significativas do Estado de São Paulo de superação do modelo psiquiátrico dominante. No capítulo terceiro são abordados os aportes teóricos, delimitado a especificidade do objeto de estudo e o desenho da pesquisa. No capítulo quarto é apresentado a análise dos resultados dos dois municípios estudados. Finalmente, no quinto capítulo, em suas considerações finais, é realizado um fechamento do texto.



CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO – ASSISTÊNCIA
EM SAÚDE MENTAL NO
BRASIL

*Não há na história, na vida social,
nada de fixo, de enrijecido, de definitivo.*

E não existirá nunca.

Novas verdades aumentam

o patrimônio da sabedoria;

necessidades novas, superiores são suscitadas

pelas novas condições de vida;

novas curiosidades intelectuais e morais pressionam

o espírito e o obrigam a renovar-se, a melhorar.

Gramsci

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), quando os municípios buscam viabilizar, em todos os setores da saúde, os direitos constitucionais de seus usuários, é possível constatar muitas dificuldades para se efetivar as diretrizes fundamentais tanto da Reforma Sanitária como da Reforma Psiquiátrica¹.

Ainda assim, muitos municípios do Estado de São Paulo assumem suas atribuições. Demonstram que o SUS e os serviços públicos nessa área são viáveis e possibilitam o cumprimento dos direitos sociais da população garantidos pela Constituição. Tais municípios passam a desenvolver propostas de modelos assistenciais substitutivos na Saúde Mental.

Os resultados permitem, de uma maneira geral, a proposição de alguns pressupostos para a construção de um modelo de atenção à Saúde Mental como alternativo ao modelo psiquiátrico. Para KIROSHITA (1997), tais pressupostos apontam que a assistência em uma dada região ou município deve: a) garantir espaços para um

¹ O termo Reforma Psiquiátrica será utilizado neste trabalho, apesar dos problemas acerca das limitações e aspirações nele contidos. Nessa perspectiva o termo refere-se a “um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual” (AMARANTE, 1997, p.165). Portanto, abarca as propostas também do Movimento da Luta Antimanicomial bem como àquelas que compõem o modelo de Atenção Psicossocial.

distanciamento adequado das condições de vida dos usuários, em situações em que ele necessite de proteção e/ou continência; b) criar uma rotina institucional ágil e plástica capaz de responder ao pedido de auxílio do usuário ou dos familiares, de modo a adequar-se à imprevisibilidade das crises e à instabilidade dos quadros de sofrimento psíquico; c) desenvolver ações assistenciais na comunidade de origem dos usuários; d) criar novos contextos, projetos e práticas que resgatem o sentido de existência dos sujeitos e que promovam a qualidade para a vida de modo que os usuários recuperem algum grau de contratualidade necessária para sua reinserção social. Para tanto se faz necessária a construção de um novo modelo assistencial em Saúde Mental que supõe transformações tanto na sua dimensão político-ideológica como na dimensão teórico-técnica, notadamente no que se refere ao campo teórico-conceitual, ao campo técnico-assistencial, ao campo jurídico-político e ao campo sociocultural, conforme foram definidas por AMARANTE (1999).

Embora essas experiências sejam importantes para o avanço do processo de transformação do modelo psiquiátrico² não retratam a realidade de todos os municípios brasileiros, principalmente os do Estado de São Paulo. A maioria deles incluiu equipes de profissionais de Saúde Mental nas UBSs. Algumas equipes são constituídas por psiquiatra, psicólogo e assistente social. Outras contam apenas com um ou dois tipos de profissional. A criação de tais equipes não significa que os municípios constroem e assumem um projeto de assistência à Saúde Mental pautado pelos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. (LUZIO, 1995).

Os municípios procuram, na maioria das vezes, dar conta de sua nova responsabilidade de cuidar de seus doentes mentais apenas reproduzindo o modelo psiquiátrico hegemônico. Dessa forma, suas ações de Saúde Mental continuam centradas essencialmente na internação psiquiátrica e na medicação.

Tais experiências, meramente reprodutoras, apontam para a necessidade de serem criadas não apenas novas formas de organização e funcionamento dos serviços de Saúde Mental, mas também de ações assistenciais pautadas por novos saberes e novos

² neste trabalho, a expressão refere-se ao paradigma psiquiátrico-moderno, isto é, ao conjunto de aparatos científicos, legislativos, judiciais e administrativos para cuidar da doença mental, centrado no isolamento e segregação das pessoas com sofrimento mental intenso ou grave, e gerador de sua cronificação.

fazerem. É importante construir novas utopias cotidianas para a transformação dos serviços de Saúde Mental, as quais possibilitem uma organização, um funcionamento das ações assistenciais de saúde e um acolhimento ao usuário, garantindo de fato os direitos, os desejos e as necessidades dos atores envolvidos nas referidas ações.

As novas práticas em Saúde Mental devem superar o território médico-assistencial consagrado na área da saúde, procurando aliar a saúde à cultura, além das ações intersetoriais com a educação, ação social, habitação e transporte. No entanto, a assistência de pessoas com sofrimento psíquico intenso, psiquiatrizado ou em vias de psiquiatrização, requer ações que ultrapassem a construção da sua cidadania. A importância do discurso acerca da cidadania do usuário considerado psicótico é inquestionável, porém ela não pode negar e invalidar as outras vertentes que configuram sua subjetividade.

Segundo SERRANO (1998)

Dialogar com o sujeito da psicose não é tão simples quanto dialogar com o cidadão. O cidadão, importante invenção da Revolução Francesa, é produto de contrato social, na constituição da cidade, das instituições, da nação. Já o sujeito, este não tem origem em contrato formal. Por isso, no CAPS [Centro de Atenção Psicossocial], cidadão e sujeito ora se complementam, ora se ignoram, ora se chocam. A liberdade do cidadão é formal, juridicamente definida. A do sujeito é pulsional, limitada só pela dominação ideológica grupal ou pela ética pessoal, que pode desenvolver-se, ou não (SERRANO, 1998, p.238).

A construção de novos modos assistenciais em Saúde Mental supõe a ruptura com concepções ontológicas universais acerca da natureza do sujeito e do sofrimento mental e, mais especificamente, da psicose. No lugar da cura busca-se ajudar as pessoas a restabelecerem a sua capacidade normativa³. A assistência em Saúde Mental deve ser ampla e complexa, de modo que os serviços se tornem diversificados, criativos e entrelaçados em uma rede. Como tal, ela poderá conectar à abordagem clínica do sofrimento mental do usuário os novos enfoques teórico-metodológicos desenvolvidos para articular as ações coletivas (ONGs, Redes Cidadãs, Grupos Comunitários). Nesse sentido, o

³ CANGUILHEM (2000) define capacidade normativa como a capacidade do ser humano de transformar normas e instituir outras diferentes, em condições diferentes. BIRMAN (1997) também aponta que não existe cura e salvação para o desamparo. O conflito psíquico é inesgotável e o ser humano deve cotidianamente inventar novas maneiras, éticas e estéticas, de viver o mundo para lidar com o seu sofrimento.

projeto terapêutico estaria orientado pela noção do sujeito inconsciente, do sujeito da diferença, “[...] um sujeito regulado pela ética do desejo e pela estética da pulsão” (BIRMAN, 1997, p.185). Portanto, as ações terapêuticas devem pressupor um trabalho contínuo e permanente da produção do sujeito, para que possa ser rompida a expectativa de bastar-se, de salvação e de esgotamento da condição de desamparo do homem, presente no imaginário social.

Em síntese, a invenção de novas práticas na Saúde Mental exige a construção de outros modelos assistenciais, rompendo com o modelo psiquiátrico, na perspectiva de um modelo de atenção, definido como um diálogo entre o político e o técnico, conforme destaca CAMPOS (1997a):

Uma tradução para um Projeto de Atenção à Saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável (CAMPOS, 1997a, p.58).

Nessa perspectiva, este estudo se propõe a conhecer algumas experiências significativas realizadas nesse campo, em especial no Estado de São Paulo, bem como relacionar a Saúde Mental com a organização do sistema de saúde geral, em especial a partir da implantação do SUS, abordando historicamente a construção de tal sistema, as condições de saúde da população nos seus aspectos sócio-político-econômicos.

A partir dessa análise, procuro conhecer as ressonâncias das propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica em municípios de pequeno e médio portes, tomando como realidade empírica duas cidades do interior do Estado de São Paulo. Em outras palavras, compreender como os municípios constroem seus projetos de atenção em Saúde Mental em seus serviços de saúde, suas organizações, seus funcionamentos e suas práticas. Conhecer como os atores sociais, gestores, trabalhadores da saúde, usuários e seus familiares viabilizam as propostas da Reforma Psiquiátrica de maneira a promover a mudança do modelo psiquiátrico dominante.

◆ A assistência em Saúde Mental no Brasil

1.1- Antecedentes

No Brasil, segundo vários autores (AMARANTE, 1995; COSTA, 1981; FIGUEIREDO, 1988; RESENDE, 1990), a trajetória histórica da assistência em Saúde Mental teve como marco inicial o ano de 1852, com a inauguração do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Esse primeiro movimento histórico estendeu-se até por volta de 1975. Notadamente nos primórdios da República, o Estado assumiu para si a responsabilidade da assistência à Saúde Mental. Em nome da eficiência das ações, priorizou-se a busca tanto propostas de recuperação dos doentes como de um campo de conhecimento específico para isso. A política oficial de Saúde Mental caracterizou-se então pela tutela e segregação do doente, por intermédio do tratamento asilar. Instituiu-se no país o modelo de assistência manicomial com a construção de um conjunto de aparatos científicos, legislativos, judiciais, administrativos para ‘cuidar’ da doença mental.

Esse modelo sofreu grave crise na década de 1950. A assistência à Saúde Mental tornou-se nessa época caótica, objeto de diversas denúncias em função de um sistema hospitalocêntrico oneroso e ineficiente, em que as condições de tratamento eram muito semelhantes às existentes no Brasil Imperial, quando da construção do Hospício Pedro II (Resende, 1990).

A assistência psiquiátrica pública tornou-se ainda mais questionada sobretudo diante das transformações pelas quais as práticas manicomiais passaram na Europa e nos EUA, após a II Grande Guerra. Naquele momento, houve a necessidade de reestruturar a economia mundial, de valorizar o trabalho de reconstrução dos países, bem como, viabilizar as reformas sociais e sanitárias. Essa situação mobilizou ampla participação das sociedades envolvidas. Tais fatos produziram também modificações na abordagem dos transtornos mentais.

Desse modo, na década de 1960, com a instalação da ditadura militar e com o fechamento dos canais democráticos de representação de interesses são criadas formas de articulação de interesses envolvendo a burocracia política (civil e militar) e a burocracia privada (grandes empresas nacionais e internacionais). É inserido, organizado e priorizado

o interesse privado no interior do aparelho do Estado, de modo que a grande intervenção estatal possibilita a privatização da política pública.

Em 1966, na área da saúde, ocorre a unificação das instituições previdenciárias existentes e é criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), ocasionando uma política norteada para ações curativas e individuais. A criação do INPS privilegia o setor privado, estimulando as indústrias médico-hospitalares e farmacêuticas. Paralelamente, há um total descaso pelas medidas de saúde coletiva, tanto pelas já existentes, como pela implantação de novas ações identificadas com o projeto desenvolvimentista e alternativo para a política nacional da saúde elaborado anteriormente (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989).

Observa-se nesse contexto, a expansão no Brasil, assim como em toda América Latina, das propostas da política norte-americana. Metas sociais são estabelecidas entre os países latino-americanos por intermédio da Organização dos Estados Americanos (OEA). Essas metas sociais tinham como objetivo superar os obstáculos para o desenvolvimento dos países dependentes.

Nesse período, a assistência psiquiátrica expande e adquire, no país, o status de prática assistencial de massa. Tal expansão caracteriza-se pela modificação de uma assistência destinada apenas ao doente mental indigente para uma que abrangesse a classe trabalhadora e seus descendentes. Observa-se a criação de uma ampla rede de hospitais particulares e conveniados com o poder público, em substituição aos velhos e precários hospitais públicos. Essa expansão torna-se um negócio altamente rentável para a iniciativa privada.

A partir da década de 1970, no que se refere à saúde, constata-se a implantação de uma rede básica em vários estados do país. No entanto, prevalecem algumas tendências na sua organização tais como a expansão da cobertura previdenciária; reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual, especializada e sofisticada e centrada na lucratividade; criação de um complexo médico-industrial com crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos. (TEIXEIRA, 1989).

Na Saúde Mental, essa situação, associada às fortes denúncias de favorecimento governamental aos empresários da denominada 'indústria da loucura', assim como a ineficiência da assistência oferecida aos pacientes internados e o elevado custo dessas ações, propiciam o desencadeamento de um lento recuo na expansão dos hospitais psiquiátricos no país. O poder público deixa de investir no setor. Isso se dá também devido à influência de várias reuniões promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU), com os ministros da saúde de vários países latino-americanos.

As novas propostas de ações assistenciais em Saúde Mental surgidas a partir de 1970 são pautadas por uma concepção do tratamento na comunidade de modo que o paciente não precisasse se afastar da família e do trabalho. Prioriza as ações extra-hospitalares no tratamento da doença mental e a necessidade de ações preventivas que garantissem práticas, atividades e participação comunitária para superar as práticas manicomialistas.

Com o agravamento do quadro social e econômico do país, desfavorável desde o início da década de 1970, surge os movimentos sociais que lutam contra a ditadura militar, a favor da democratização do país e reivindicam direitos sociais. Entre os direitos fundamentais para o exercício da cidadania incluem-se o acesso a melhores condições de saúde. Essa reivindicação da sociedade aproxima-se dos movimentos de profissionais de saúde, que apontam para a necessidade de reformar o sistema de saúde pública. As ações tornam-se cada vez mais uma questão política. As discussões nesse campo são marcadas pelas conjunturas políticas nacionais.

É nesse cenário que se inicia o Movimento da Reforma Sanitária e o Movimento Reforma Psiquiátrica. Esses movimentos não se constituem grandes movimentos de massa, mas transformam as relações sociais, contribuem para o fortalecimento da sociedade civil na condução do processo de democratização (YASUI, 1999).

A compreensão de Estado como uma arena de lutas políticas possibilita a percepção de uma nova correlação de forças entre as classes dominantes e as classes dominadas e, portanto, o fortalecimento da autonomia da sociedade civil⁴.

Nesse contexto é criado em 1981 o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), responsável pela elaboração do Plano de Reorientação da Assistência Médica. Como parte desse plano, surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS) a partir de um convênio estabelecido entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o MS, os governos estaduais por intermédio das SES e os governos municipais. Essas ações têm como objetivo melhorar o acesso da população aos serviços não apenas de saúde pública, mas também de assistência médica individual. As AIS fazem “um deslocamento relativo do dinheiro da Previdência para o setor público prestador de serviços de saúde nos níveis estadual e municipal” (MERHY, 1997, p. 216).

O Convênio das AIS propõe a formação de comissões gestoras em níveis estadual, regional e interinstitucional e municipal, cuja composição contempla a representação dos usuários. Também cria uma instância deliberativa interministerial composta pelos Ministérios da Saúde, Previdência Social, Assistência Social e Educação para acompanhar as AIS, juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). (PITTA-HOISEL, 1984).

Em síntese, as AIS são consideradas uma estratégia de reorientação das políticas de saúde e de reorganização dos serviços. Elas se propõem a contemplar os princípios da democratização da saúde e permitir a continuidade das ações assistenciais. Enfim, as AIS representam uma estratégia importante na continuidade da discussão da proposta política da Reforma Sanitária.

Em 1986 é realizada a VIII Conferência de Saúde. Esse acontecimento produz transformações tanto no âmbito das práticas institucionais como no âmbito da Legislação. Em 1987, é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Esse

⁴ Para vários autores (COSTA-ROSA, 1987; TEIXEIRA, 1989; GALLO e NASCIMENTO, 1989; COUTINHO, 1989), a compreensão teórica dessas transformações pode ser realizada sob a luz das contribuições de Gramsci. Esse autor amplia a concepção de Estado e elabora uma nova visão das relações entre classes. O poder político passa a ser garantido não apenas pela dominação do Estado restrito, mas também pelo consenso do Estado ampliado. O consenso, enquanto um projeto contra-hegemônico, é participativo, ativo e, essencialmente, político, uma vez que busca mudar a ordem vigente em todos os sentidos.

sistema propõe a universalidade e a equidade do acesso às ações e serviços; descentralização, regionalização, e integração dos serviços; atendimento integral a saúde e participação popular. No âmbito da Legislação, a Constituição de 1988 ratifica, no capítulo da Seguridade Social, no que se refere à Saúde, os princípios elaborados pelo Movimento da Reforma Sanitária e aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica inicia-se a partir da mobilização de intelectuais que, atuando nas instituições psiquiátricas e nas universidades, buscou transformações no campo teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sócio-cultural. (AMARANTE, 1999) Procura radicalizar os princípios da Reforma Sanitária, no sentido de concretizar de fato a inclusão social, a solidariedade e a cidadania.

Em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM). Nela são discutidos os temas sobre a relação da economia, sociedade e Estado e seus impactos sobre a saúde e doença mental; a Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental; cidadania e doença mental em termos de direitos, deveres e legislação. No que se refere à reorganização da assistência, o relatório final introduz a especificidade da Saúde Mental no contexto das diretrizes e princípios já apontados para a constituição do SUS. No plano assistencial, reafirma os mesmos princípios já consagrados, tais como reversão da tendência hospitalocêntrica, com prioridade para o sistema extra-hospitalar.

Durante a I CNSM são realizadas várias reuniões paralelas dos militantes do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Nessas reuniões são discutidos rumos e estratégias para o Movimento. Entre os encaminhamentos do encontro do MTSM destaca-se a decisão da realização do II Congresso Nacional do MTSM, cujo lema viria a ser Por Uma Sociedade Sem Manicômios.

O II Congresso do MTSM, realizado em Bauru em 1987, faz contundente crítica ao modelo orientador até então das práticas substitutivas à internação psiquiátrica. Nasce nesse momento o Movimento Por uma Sociedade sem Manicômio.

Essa época é pautada por diferenças e divergências de concepções acerca do que fazer e do como fazer a Reforma Psiquiátrica brasileira. Nestas concepções, com certeza, estão presentes as marcas das diferenças existentes nas diversas propostas político-econômica para o país, defendidas pelos partidos políticos considerados de

esquerda. Mas também ficam evidentes as diferenças sobre quais referenciais teóricos deveriam inspirar a organização dos serviços assistenciais em Saúde Mental. Portanto, é um momento que exigiu dos vários atores transitar e dialogar com diversos saberes do campo da psicanálise, do materialismo histórico, do existencialismo, entre outros, assim como com os aspectos teórico-conceituais e técnico-assistenciais das experiências históricas da comunidade terapêutica, da psicoterapia institucional, da psiquiatria de setor, da psiquiatria comunitário-preventiva, da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática italiana. A partir daí várias experiências são realizadas buscando articular as propostas advindas da Reforma sanitária e da Reforma Psiquiátrica, isto é, construir uma rede de serviços substitutivos no SUS.

Em síntese, a política de Saúde Mental contida no Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica proposta pelo CONASP em 1982 e assumida pela Secretaria de estado da saúde já havia possibilitado aos municípios do estado implantar projeto na área, mas isso não impede descompassos nos desenvolvimentos das ações e organizações de serviços. De todo modo essa realidade contribui para redirecionar os projetos no sentido de se construir uma sociedade sem manicômios.

É importante destacar ainda outros acontecimentos, alguns contraditórios entre si, ocorridos nesse período que contribuíram nesse processo. Por um lado, em 1989, com a vitória de Fernando Collor de Mello, viabiliza-se o processo de “modernização econômica” do país, o livre comércio, o fim dos subsídios, a redução do papel do estado na sociedade e as privatizações. O novo governo federal procurou atender as exigências internacionais do capitalismo globalizado.

Por outro lado, nessa época ocorre em Santos o processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado, envolvido com uma série de denúncias de maus tratos e mortes violentas de pacientes, bem como a implantação de uma rede territorial de atenção à Saúde Mental substitutiva ao modelo manicomial. Também surgem também as primeiras associações de usuários e familiares da Saúde Mental e o Movimento Reforma Psiquiátrica passa a contar com um novo e importante ator. Nesse

mesmo ano é aprovado pela Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 3.657⁵, cujo projeto original era do deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais. O referido Projeto prevê a extinção progressiva dos manicômios e a não criação de outros, bem como a construção de redes municipais de Saúde Mental extra-hospitalares na qual fosse garantido o tratamento dos usuários em seu cotidiano na sociedade.

Para AMARANTE (1997), esse Projeto de Lei consolida o debate nacional sobre a superação do modelo psiquiátrico tradicional uma vez que introduz a questão da assistência psiquiátrica na mídia nacional, propicia a constituição de várias associações de usuários e familiares, estimula o surgimento de projetos de leis estaduais que seguem suas diretrizes básicas⁶. Enfim desperta o interesse nacional acerca do tema da loucura, da doença mental, dos manicômios e da assistência psiquiátrica.

Nesse contexto também são aprovadas em 1990 a Lei Orgânica da Saúde - nº. 8080 que regulamenta os princípios e diretrizes estabelecidas na Constituição Federal e a Lei nº. 8142, que dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS e sobre as transferências dos recursos financeiros das várias esferas do governo para a área da saúde. A Lei Orgânica é sancionada com vários vetos presidenciais, contrariando a própria Constituição recém aprovada. Esse fato aumenta a responsabilidade e os compromissos dos gestores municipais com o SUS e com os projetos originados da VIII Conferência Nacional de Saúde.

⁵ O referido Projeto de Lei tramitou no Senado por mais de uma década, sendo objeto de diversas emendas e substitutivos e foi aprovado em 2001 como Lei 10.216/01, conforme será abordado posteriormente.

⁶ Vários estados (Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte) descentralizaram a atuação política e transformadora do Movimento para o âmbito local e aprovaram seus próprios Projetos de Lei.

1.2- A política de Saúde Mental na década de 1990 e na entrada do século XXI: a mudança do modelo de atenção

Em nosso país, na década de 1990, a nova ordem mundial aumenta a acumulação de riquezas das elites, aprofunda as injustiças na distribuição de renda, agravando a crise social. As situações de segregação, violência e exclusão continuam sendo grandes problemas para a sociedade e para os gestores públicos, principalmente, os municipais. A reestruturação econômica brasileira, em curso desde a promulgação da Constituição de 1988, provoca recuos nas políticas sociais uma vez que reafirma o caráter mercantil do sistema de proteção social e consagra o princípio de complementaridade entre o setor público e privado. Como consequência, observa-se o redirecionamento do sistema público para a população com condição social inferior, e do sistema privado, com incentivos fiscais, para os setores médios da sociedade.

Apesar desse contexto desfavorável, na área da saúde, desde o início da década de 1990, é possível efetivar práticas inovadoras que fortalecem o SUS. Tais práticas enfrentam a implantação do “projeto neoliberal”, notadamente no que se refere ao crescimento do sistema privado de saúde e dos conflitos dele decorrentes⁷. Elas também possibilitam a configuração de um novo desenho da política de saúde e Saúde Mental, por intermédio de vários mecanismos institucionais, principalmente a descentralização. Nessa situação os municípios assumem a assistência em Saúde Mental, exigindo que os governos, federal e estadual, não apenas cumpram suas atribuições como partícipes do processo, mas também construam instrumentos técnico-operacionais que permitam aos municípios implantar e implementar seus serviços de Saúde Mental. Esses instrumentos são construídos a partir das experiências inovadoras já realizadas em algumas cidades.

Dessa forma, no âmbito do SUS, o MS, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/SM) cria as Normas Operacionais Básicas (NOBs) na tentativa de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080 e, conseqüentemente, viabilizar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, o repasse dos recursos financeiros do governo federal para os governos estaduais e municipais, bem como o seu

⁷ Um dos fatores que muito contribuiu para o avanço do SUS foi sem dúvida a ação constante dos movimentos sociais da saúde.

acompanhamento⁸. Segundo ANDRADE (2001, p. 31) as “NOBs são frutos de um processo político de pactuação intergestores que vem, após a edição da Lei Orgânica, criando condições privilegiadas de negociação política no processo de descentralização e de construção do Sistema Único de Saúde”.

Em relação à Saúde Mental nenhuma das NOB contempla propostas normativas e de destinação de recursos financeiros. Apenas a NOAS 01/2001 inclui a obrigatoriedade de se garantir, no conjunto de ações e serviços previstos nos Plano Diretor de Regionalização, “o tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes”⁹. (BRASIL, 2001, p. 4).

Mesmo assim, os governos municipais, orientados pelas diretrizes e propostas da Reforma Psiquiátrica procuram construir, nesse período, uma nova rede de serviços e cuidados que oferecessem possibilidades para uma Atenção Psicossocial.

⁸ Em 1991 é editada a NOB-SUS 01/91 que, contrariando o movimento sanitário e o previsto na Lei 8080, define a competência do INAMPS para executar as ações e serviços de Saúde, estabelece a necessidade de se firmarem convênios entre municípios e estados com o governo federal para transferências dos recursos financeiros aos prestadores públicos, privados e filantrópicos com base na produção de serviços. A NOB-SUS 01/93 procura avançar e aprimorar os mecanismos de repasses de recursos financeiros de modo a contemplar a legislação do SUS e agilizar as propostas da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992. Ela cria a Comissão Intergestores Bipartite no nível estadual e a Comissão Tripartite na esfera federal. Estabelece tipos de gestão para os municípios: incipiente, parcial e semiplena. No entanto é somente após a edição da NOB-SUS 01/96 que se intensifica o processo de municipalização no SUS, pois tem como objetivo superar a condição do poder público municipal como prestador de serviços de saúde ao propor o poder público municipal como gestor do Sistema de Saúde. Cria para isso duas modalidades de gestão: a Gestão Plena da Atenção Básica do Sistema Municipal e a gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, definindo em cada uma delas a abrangência de cobertura das ações de saúde e os tetos financeiros para os repasses automáticos fundo a fundo. Também cria o dispositivo da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de atividades de assistenciais para viabilizar a integração dos Sistemas Municipais de Saúde, por intermédio de consórcios municipais. Finalmente, propõe outros fatores financeiros no sentido de reorientar o modelo assistencial do SUS. A aplicação da NOB 01/96 demonstra que os municípios de grande porte, diferentemente dos municípios menores, independiam da ação do poder estadual, pois detinham maior capacidade técnico-gestional e financeira para assumir a Gestão Plena do Sistema de saúde local (SIQUEIRA et al., 2002). Nesse contexto que é criada, em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) (BRASIL, 2001).

A NOAS 01/2001, entre outros aspectos, retoma a participação do poder estadual como uma instância importante na definição e implementação da política de saúde, no que se refere à condução do processo de regionalização dos sistemas de saúde; amplia a responsabilidade dos municípios na atenção básica; e, estabelece a lógica da territorialidade para organizar a oferta de procedimentos de média complexidade de acordo com as características e as necessidades de cada município (GIOVANELLA et al., 2002).

⁹ No entanto, é importante destacar que a NOAS/2001, ao preconizar a atenção em Saúde Mental apenas no Plano Diretor Regionalizado, reafirma os princípios da hierarquização das ações uma vez que classifica as ações desse plano em média e alta complexidade.

Desta forma, o Movimento articula-se com outros segmentos dos Movimentos Sociais – associações de usuários e familiares, ONGs, sindicatos-, formando uma frente de resistência ampliada contra a segregação, a violência e a exclusão. Porém, ao mesmo tempo em que busca manter uma identidade de movimento social, ocupa também espaços no aparelho estatal para interferir no estabelecimento e execução das políticas públicas na esfera governamental (YASUI, 1999).

Ainda, no início da década de 1990, MS elabora e publica várias portarias tanto para modificar a sistemática de remuneração das internações psiquiátricas, visando reduzir o tempo de internação, e para criar outros procedimentos na saúde mental, além das internações e consultas ambulatoriais. Dentre elas destacam-se a Portaria nº.189/91, publicada em novembro de 1991, que possibilitava maior controle por parte do gestor estadual ou municipal das internações psiquiátricas.(MS, MP, 189/1991).

Em janeiro de 1992, passa a vigorar a Portaria nº. 224/92. Essa Portaria estabelece diretrizes e normas para a assistência em Saúde Mental.A Portaria reafirma os princípios do SUS; propõe também, a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade, e estabelece uma normatização centrada em parâmetros para as unidades básicas, centros de saúde, ambulatorios e hospitais-dia, além dos hospitais psiquiátricos (MS, PM, 224/1992).

Ambas as portarias instituem e regulamentam a estrutura de novos serviços em Saúde Mental, especialmente os CAPS/NAPS¹⁰. Estes são definidos como unidades de saúde locais e regionalizadas a partir de uma população adscrita definida pelo nível local e que ofereciam atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Os CAPS/NAPS podiam constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à Saúde Mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendiam também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou de egressos de internação hospitalar. Deveriam estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em Saúde Mental (MS, PM 224/1992).

¹⁰ Duas experiências distintas que serão abordadas posteriormente no segundo capítulo. O CAPS- Centro de Atenção Psicossocial, constitui-se uma experiência desenvolvida em 1987, em São Paulo, pela Secretaria do Estado de Saúde em São Paulo. NAPS - Núcleo de Apoio Psicossocial, criado em Santos, a partir de 1989.

YASUI (1999), ao analisar as duas portarias aponta duas questões importantes. A primeira está relacionada ao fato de que a possibilidade de criação de unidades assistenciais CAPS/NAPS em vários lugares do país não significa:

automaticamente uma adesão, tanto dos trabalhadores quanto dos gestores, aos princípios e diretrizes e aos novos paradigmas que aquelas experiências pioneiras colocavam, nem é a garantia de um serviço de qualidade e de substituição aos manicômios[...] (YASUI, 1999,p. 145).

A segunda questão estava voltada para o fato de que:

Muitos municípios encontraram nos procedimentos de Saúde Mental, uma oportunidade para aumentar os recursos financeiros repassados à saúde, devido ao seu elevado valor, comparativamente aos outros da tabela do SUS (op. cit., p. 145).

Também, AMARANTE e TORRE (2001) destacam que essa Portaria iguala experiências distintas (o processo de criação do CAPS e do NAPS), cujas inspirações teórico-conceituais e técnico-assistenciais foram diferentes, tornando-as apenas mais uma modalidade de serviço, aparentemente advinda de modelos idênticos, perdendo-se a pluralidade nelas contidas.

Entre as diferenças que caracterizam as instituições CAPS e NAPS, pode-se apontar alguns aspectos. O CAPS é implantado como um serviço intermediário entre o ambulatório e a internação psiquiátrica, funcionando cinco dias da semana, no máximo oito horas diárias, cuja proposta terapêutica é uma prática clínica centrada na vida cotidiana da instituição, de modo a permitir o estabelecimento de uma rede de sociabilidade para fazer emergir a instância terapêutica. Busca inspiração essencialmente na análise institucional, na psiquiatria de setor.

O NAPS é criado como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, funcionando, portanto, durante as vinte e quatro horas. Fica responsável pelo atendimento integral à demanda de Saúde Mental de uma região, principalmente aos casos graves através de uma multiplicidade de ações. Estas ações têm como objetivo a restituição do poder contratual do usuário, possibilitando a ampliação de sua autonomia. Os NAPSs são inspirados essencialmente na experiência da psiquiatria democrática italiana.

Nesse sentido, pode-se observar nas duas experiências diferenças importantes quanto ao lugar da abordagem clínica nos serviços assistenciais. As práticas criadas no NAPS decorrem de críticas severas acerca da clínica psiquiátrica e psicológica como o encontro de identidades predefinidas, nas quais o médico é o detentor do saber e o paciente um mero objeto, responsáveis pela reprodução de poderes, de ideologias e de doenças. As práticas desenvolvidas no CAPS sustentam-se também na crítica dessa visão de clínica e buscam a construção de uma clínica ampliada como encontro, capaz de produzir sentidos (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Outras Portarias são publicadas pelo Ministério da Saúde nos anos subseqüentes. Algumas delas estabelecem diferentes remunerações das AIHs, de acordo com a classificação dos hospitais em termos de adequação às exigências mínimas de funcionamentos dos mesmos (YASUI, 1999).

Ainda em 1992 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM)¹¹, com uma organização diferente da anterior. É precedida de etapas municipais, regionais e estaduais, que contam com o envolvimento direto de cerca de vinte mil pessoas. O relatório final da II CNSM não é tão contundente na crítica ao modelo econômico e nem ao momento político do país como havia ocorrido na I CNSM. Embora as questões políticas estivessem presentes como pano de fundo, são priorizadas as questões específicas da Saúde Mental.

De modo geral, as deliberações contidas no relatório da II CNSM estão em sintonia com as transformações ocorridas até aquele momento na assistência em Saúde Mental. Além disso, elas permitem construir novos dispositivos teórico-práticos capazes de continuar produzindo mudanças nas práticas cotidianas dos serviços de Saúde Mental comprometidas com um modelo substitutivo e, conseqüentemente possibilitar

¹¹ Todas as etapas da II CNSM ocorreram durante o processo de cassação do Presidente Fernando Collor de Mello. Além disso, a II CNSM foi realizada em um momento em que diversas experiências já estavam consolidadas e espalhando-se pelo país. Já existia o Projeto de Lei 3657/89, aprovado pela Câmara dos Deputados e tramitando no Senado, e leis estaduais aprovadas ou em tramitação; já existiam dispositivos institucionais (portarias ministeriais) que possibilitavam a implantação de novos serviços e aumentavam a fiscalização dos hospitais; já existiam diversas associações de usuários atuando ativamente pelo país. Ou seja, estava em curso um processo de transformação da Saúde Mental no campo teórico, no campo assistencial, no campo jurídico e no campo cultural (YASUI, 1999, p.150).

transformações nos campos: teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural da atenção em Saúde Mental.

Muitas propostas elaboradas na II CNSM se concretizam na criação de lei federal, leis estaduais e municipais, na criação de portarias ministeriais e na criação da Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica. Enfim, consolida-se a conquista de espaços institucionais na política oficial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

A partir da II CNSM são realizados vários Encontros Nacionais do Movimento da Luta Antimanicomial, que fortalecem o Movimento, firmando-o como um dos principais condutores do processo de transformação no campo assistencial, cultural e conceitual da Reforma Psiquiátrica, embora se mantivessem sempre críticos à política nacional de Saúde Mental. O Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) tem defendido uma posição de independência em relação ao aparelho estatal, ainda que muitos de seus atores tenham sido gestores das políticas municipais de saúde. É nessa condição que o MLA define sua participação, como representante do segmento da sociedade civil, nas comissões de reforma psiquiátrica, criadas pelos Conselhos de Saúde nos vários níveis de Governo.

Também, nesse período, ocorrem diversos Encontros Nacionais de Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental. De maneira geral, tais encontros fazem contundentes críticas às práticas terapêuticas segregadoras e invasivas como, por exemplo, o eletrochoque, bem como a defesa dos direitos dos usuários.

YASUI (1999), destaca que esses encontros consolidam a entrada desses atores no cenário do Reforma Psiquiátrica e reafirmam seus princípios, uma vez que modifica a posição de objeto dos usuários, construída historicamente pelas políticas públicas e pelas práticas psiquiátricas.

Em síntese, a partir de inúmeras experiências municipais inovadoras, associadas às reflexões e às propostas operadas pelo Movimento Reforma Psiquiátrica, é possível propiciar sua maior visibilidade e disseminação entre os gestores, profissionais, usuários e a sociedade civil. Além disso, há o avanço do processo de transformação da atenção em Saúde Mental no campo assistencial, jurídico e cultural, a partir da construção de um projeto de atenção em Saúde Mental com características radicais, da criação de normas de

fiscalização, vistoria e qualificação dos hospitais psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica também consolida-se como um movimento reivindicatório de transformações, que ultrapassam as especificidades da área.

Tal situação provoca reações contrárias nos setores dominantes, principalmente, os donos dos hospitais psiquiátricos. Esses grupos ampliam os campos de sua ação, até então voltadas para ações de lobistas nos corredores do poder. Procuram construir estratégias de ocupação dos espaços coletivo-públicos. Uma das estratégias adotadas por esse segmento é a ampliação da participação de seus representantes nas instâncias responsáveis pela definição dos princípios e diretrizes para Saúde Mental, em especial, nas Conferências de Saúde Mental, nas suas diferentes etapas e nos Conselhos de Saúde, em seus diversos níveis.

Esta participação vem se consolidando, em pelos menos, duas vertentes. A primeira refere-se à ampliação e qualificação de sua representação. Para isso, a Federação Brasileira dos Hospitais¹² organiza sua própria Associação de Familiares, defensora do hospital psiquiátrico como única instituição o serviço capaz de oferecer tratamento adequado aos usuários com transtornos psíquicos. Na outra vertente, esse segmento tem elaborado propostas assistenciais na área. Nesse sentido, na II CNSM a Federação propõe a organização dos serviços em três níveis (internação, semi-internação e ambulatório), sustentada nas premissas de que as desordens psíquicas situavam-se no âmbito da medicina e que o saber médico e a terapêutica psiquiátrica deveriam ser a mola propulsora no atendimento ao usuário¹³.

Por outro lado, o grupo das indústrias farmacêuticas também tem procurado adaptar-se a esse novo cenário político-assistencial. Não têm medido esforços para mostrar sua adesão ao lema 'Por uma Sociedade sem Manicômio'. Desta forma, procura veicular,

¹² O Brasil é o único país do mundo que tem uma organização sindical de donos de hospitais, cujo objetivo principal é garantir de qualquer maneira a manutenção do sistema hospitalar e, conseqüentemente, a venda de seu produto e seu lucro.

¹³ Na III Conferência Estadual de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, os representantes dos administradores, profissionais e usuários e familiares –defenderam o credenciamento do eletrochoque junto ao SUS, como uma modalidade de tratamento fundamental para pacientes com transtornos depressivos.

na sociedade, novas medicações às práticas antimanicomais, desenvolvidas nos NAPS, CAPS, cooperativas e oficinas terapêuticas. Isto porque, elas prescindem da internação psiquiátrica. Nesse sentido, alguns laboratórios farmacêuticos realizam concursos com produção dos usuários de serviços de Saúde Mental e propõem verbas para o patrocínio de eventos identificados com a Luta Antimanicomial¹⁴.

Essas reações contrárias ou de aparente adesão encontram muitas vezes aliados em outros campos como, por exemplo, a resistência dos segmentos contrários ao SUS, a resistência dos trabalhadores para aderir e realizar as transformações no interior das instituições de Saúde Mental e a resistência cultural de se romper com a lógica manicomial. Resumindo, pode-se constatar, a partir dos acontecimentos destacados neste trabalho, que o confronto de posições, embora possa reativar a inércia do instituído, possibilita a emergências de novos atores, novos caminhos e a construção de ações transformadoras.

No final dos anos de 1990, novos acontecimentos marcam o início da primeira década, a primeira do século XXI. O clima de retrospectiva, de avaliação e de projeção de novas metas dominante naquele momento de passagem de século, também se fez presente na Reforma Psiquiátrica. Por um lado, o poder estatal, por intermédio do MS continua criando novas portarias e resoluções. Assim, é publicado em fevereiro de 2000 a Portaria nº. 106/2000 propondo a criação, no âmbito do SUS, de Serviços Residenciais Terapêuticos. Como uma estratégia de inserção social, as residências terapêuticas devem constituir:

uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº. de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em Saúde Mental (MS, PM, 106/2000, p. 49).

¹⁴ No XVIII Congresso de Psiquiatria, realizado em 2000, o representante de um laboratório dizia aos visitantes de seu stand que determinado medicamento antipsicótico de última geração era “um medicamento antimanicomial, pois o paciente não precisava ser internado”.

Esta Portaria também exige um projeto terapêutico centrado nas necessidades do usuário da Saúde Mental, com o objetivo de desenvolver sua autonomia em sua vida cotidiana e, conseqüentemente, sua reinserção social, bem como os direitos dos usuários em geral e estabelece, ainda, normas e critérios para a inclusão desses serviços no SUS (MS, PM, 106/2000).

Embora essa portaria represente um importante instrumento para os municípios poderem consolidar e ampliar suas redes de atenção psicossocial, ela recebeu muitas críticas.

Os representantes dos empresários da assistência psiquiátrica, temendo o deslocamento dos recursos financeiros das internações para as residências terapêuticas e conseqüentemente a perda da sua fonte de ganhos fáceis, apontam, dentre outros problemas, para o risco da desassistência dos usuários internados. Os representantes do poder judiciário, juízes e promotores, questionam a legalidade da passagem do dinheiro, destinado anteriormente para a internação, para os usuários. Também, influenciados ainda pela cultura da exclusão da doença mental e periculosidade da pessoa considerada doente mental, temem que esse novo serviço fira os direitos tanto dos usuários como da sociedade. Essa mesma cultura manicomial permeia as reações da população, pois muitos municípios que implantaram as residências terapêuticas têm encontrado resistências dos moradores vizinhos. Finalmente, muitos gestores e até mesmos trabalhadores, responsáveis diretos pela implantação dos novos serviços, não assumem a criação das residências terapêuticas ou sequer reconhecem nelas um recurso terapêutico importante para a atenção em Saúde Mental. Os motivos para a não efetivação das portarias com certeza abarcam vários aspectos e merecem uma investigação específica. No entanto, entre eles podem ser destacados: o desconhecimento e até mesmo descompromisso, com as propostas da Reforma Psiquiátrica, as dificuldades dos gestores em reorientar o modelo assistencial não apenas da Saúde Mental, mas também da saúde em geral e as dificuldades operacionais das próprias portarias.

Em 2001, durante as comemorações do Dia Mundial da Saúde¹⁵, depois de mais de 10 anos de intensa discussão é aprovado pelo Congresso Nacional o Substitutivo do Projeto de Lei nº 3.657/89. Essa Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.

A publicação dessa Lei foi bastante esperada. Porém, seu conteúdo foi bastante modificado. O projeto de Lei nº 3.657/89 propunha extinção progressiva dos manicômios e a não criação de outros mais humanizados, estabelecia a responsabilidade das secretarias estaduais, das comissões regionais e locais e das secretarias municipais de saúde pela construção de redes municipais de Saúde Mental extra-hospitalares e pela progressiva extinção dos leitos manicomialis, limitações sobre a internação compulsória.

Já a Lei 10.216/01, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Ela não contempla a extinção progressiva dos leitos manicomialis e nem estabelece a internação psiquiátrica nos termos definidos no Projeto de Lei original. Prevê apenas, entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades; a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Também reafirma a indicação da internação, mesmo ao restringi-la às situações em que os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes. Estabelece as formas de internação voluntária, involuntária e compulsória, reafirmando assim a legislação vigente. Portanto, se comparada com a proposta contida no Projeto de Lei original, a Lei 10.216/01 amplia as possibilidades do usuário ser tratado em hospitais psiquiátricos. No entanto, a nova Lei, mesmo com poucos avanços se comparada com o projeto de Lei 3.657/89, representa um instrumento importante para a Reforma Psiquiátrica visto que no campo jurídico a única legislação existente era o Decreto nº 24.559, de 1934, assinado pelo Presidente Getúlio Vargas.

¹⁵ Nesse ano a Organização Mundial da Saúde propôs o tema da Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir, não.

Também nesse mesmo ano, é publicada a Portaria 469/GM, em 6 de abril de 2001, que altera a sistemática de remuneração dos procedimentos de internação em hospital psiquiátrico. Além disso, entre outras providências propõe um processo de avaliação denominado Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH)¹⁶.

Embora a Portaria 469/GM/2001 tenha como uma das suas justificativas a necessidade de qualificação técnica dos serviços de internação psiquiátrica assim como a melhora de seus indicadores de qualidade, a partir da valorização dos hospitais menores, observa-se que ela permite a manutenção dos macros hospitais psiquiátricos, apontando apenas que os mesmos deverão, futuramente, integrar-se a um programa de humanização e reestruturação.

Finalmente, ocorre em dezembro de 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM). O eixo temático é a “Reorientação do modelo assistencial”, conforme recomendação da 11ª Conferência Nacional de Saúde¹⁷ (SUS/CNS, 2002).

Nesse evento é apresentado um panorama da Saúde Mental na década de noventa na perspectiva do MS¹⁸. Os autores apontam que a partir da implantação do SUS, o MS passa a conduzir o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil¹⁹, por intermédio da criação e aplicação de normas de qualificação dos serviços de internações psiquiátricas e da construção de redes de atenção psicossocial (DELGADO et al, 2001). No entanto, os autores afirmam que muitos desafios ainda precisam ser transpostos. Por um lado, observa-se a manutenção de um excessivo gasto dos recursos financeiros destinados à

¹⁶ O Ministério da Saúde institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH com objetivo de indicar necessidades e pontos de melhoria dos hospitais visando otimizar e qualificar os serviços prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e da equidade. O PNASH baseia-se no trabalho de pesquisa da satisfação do cliente externo, já realizado no Grupo Hospitalar Conceição, e desenvolvido pela FUNDATEC (Órgão vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul) em que se procura mensurar a satisfação dos pacientes, suas expectativas em relação aos serviços, sua percepção em relação ao desenvolvimento dos mesmos e criação de um instrumento de direcionamento da intervenção do gestor na correção de eventuais desvios.

¹⁷ A etapa nacional conta com a participação de 1.700 pessoas, entre delegados eleitos nas conferências estaduais, convidados nacionais e internacionais.

¹⁸ A equipe técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde elabora um texto, intitulado **O Ministério da Saúde e a Saúde Mental no Brasil: Panorama da última década**, publicado no Caderno de Texto de Apoio da III CNSM.

¹⁹ agora nomeado oficialmente como mudança do modelo assistencial.

Saúde Mental com internações psiquiátricas²⁰. Por outro lado, o aumento dos serviços substitutivos municipais não é suficiente para o atendimento da demanda potencial inferida a partir dos dados epidemiológicos brasileiros²¹. Também os programas de suporte social aos usuários, egressos de longa internação permanecem incipientes. Os autores ainda ressaltam que:

os investimentos do Ministério da Saúde na implantação (equipamento) de novos serviços de atenção diária, embora tenham sido anunciados e autorizados, não chegaram a ser efetivamente repassados, exceto em número reduzido, o que gerou uma posição, equivocada, de expectativa passiva, por parte das instâncias municipais e estaduais (DELGADO et al, 2001, p. 10).

De maneira geral, outras discussões e avaliações acerca dos avanços ocorridos, na década de 1990, na área da Saúde Mental em função da Reforma Psiquiátrica apontam também esse aspecto. Porém, essa avaliação da equipe técnica de Saúde Mental do MS é um dos entraves do problema, mas não o único. Essa visão da equipe técnica do MS pode sugerir um certo distanciamento e falta de interlocução entre as esferas de governos, notadamente entre as esferas federal e a municipal.

O Relatório final da III CNSM, consoante com as deliberações das Conferências anteriores, contém propostas e estratégias cujo objetivo é efetivar e consolidar um modelo de atenção em Saúde Mental, de qualidade e com participação e controle social. Essas propostas e estratégias abrangem seis temas: reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental, recursos humanos, financiamentos, acessibilidade, direitos e cidadania e controle social. Entre suas deliberações destacam-se: a priorização da construção da rede de atenção integral em Saúde Mental, de modo que sua implantação deve ser contemplada na

²⁰ De acordo com o DATASUS/MS e Assessoria Técnica de Saúde Mental/ASTECSAS/MS, os gastos com o pagamento de internações psiquiátricas representam aproximadamente 90% dos recursos financeiros da área da Saúde Mental, embora tenha havido diminuição de cerca de 26 % de leitos em hospitais psiquiátricos no período de 1996-2001.

²¹ No início da década de 1990 existiam três desses serviços e em 2001, esse número passou para 266, com maior concentração nas regiões sudeste e sul do país. Em novembro de 2001, de acordo com a Área Técnica de Saúde Mental/SAS/MS, a região sudeste tinha 132 CAPS/NAPS sendo 48 localizados no Estado de São Paulo. Na região sul havia 84 desses serviços. Desse total 53 situavam-se no Rio Grande do Sul (DELGADO et al, 2001).

agenda municipal de saúde, com a inclusão de ações de Saúde Mental como um dos eixos prioritários da NOAS e a devida destinação de verbas específicas para suas ações, além de garantir a orientação única e o respeito às necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada município.

O referido relatório destaca na sua apresentação que:

o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais (SUS/CNS, 2002, p. 20).

A primeira consequência da III CNSM é imediata. O MS, em fevereiro de 2002, publica a portaria 336/2002, em que estabelece três modalidades de CAPS, definidos a partir do seu tamanho/complexidade e abrangência populacional, de modo que possam realizar prioritariamente o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo²². Assim os CAPS devem constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária e funcionar segundo a lógica do território e independente de qualquer estrutura hospitalar. Define ainda que essas novas modalidades de serviços devem ser remuneradas através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

O CAPS é considerado um dispositivo estratégico no contexto da mudança do modelo assistencial em Saúde Mental norteada pela lógica de rede e do território. Como tal, o CAPS deve articular todas as instâncias de cuidados em Saúde Mental desenvolvidas na atenção básica em saúde, no Programa de Saúde da Família, na rede de ambulatórios, nos hospitais, bem como as atividades suporte social como, trabalho protegido, lazer, lares abrigados e atendimento das questões previdenciárias e de outros direitos. Do ponto de vista dos gestores municipais, a Portaria 336/2002 vem despertado grande interesse, mais

²² O artigo 5º, parágrafo primeiro define como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. (MS, MP, 336/2002:6)

como fonte de captação de recursos extra-teto para a saúde, do que a mudança do modelo assistencial.

Outra consequência é o início do processo de avaliação – PNASH/psiquiatria. O MS publica a Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002 e a Portaria nº 77 de 01 de fevereiro de 2002. e inicia o processo de avaliação e reclassificação dos hospitais psiquiátricos. Tal processo tem como objetivo melhorar a qualidade do tratamento aos usuários internados de modo a viabilizar maior remuneração para os hospitais que prestam melhores serviços.

Os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS foram avaliados por intermédio do PNASH/psiquiatria no primeiro semestre de 2002, sob a responsabilidade dos Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais das Secretarias Estaduais, com a participação de outros profissionais convocados por decisão do gestor local. A metodologia do processo contempla a avaliação do gestor e dos usuários. A avaliação do gestor consiste em análise de informações e documentos²³ e vistoria criteriosa realizada pela equipe técnica, acompanhada pela direção dos hospitais²⁴. A avaliação dos usuários é realizada pela equipe técnica por meio de entrevistas com os pacientes de longa permanência e com alta hospitalar recente.

A partir dessas duas consequências imediatas da III CNSM, pode-se observar que o MS procura contemplar os interesses antagônicos dos diferentes segmentos sociais envolvidos no campo da Saúde Mental. Por um lado, edita a Portaria nº 336/GM/2002 em

²³ As informações e documentos referem-se à lista de usuários internados há mais de um ano, ininterruptamente; lista dos pacientes de alta nos últimos 7 dias, que ainda se encontram no hospital, em condições de alta ou em preparo de alta; tempo médio de permanência; projeto terapêutico escrito; formulário para encaminhamento ambulatorial; ata de reuniões de equipe, de familiares e de usuários; lista de recursos humanos divididos por categoria profissional, local de lotação e documentos oficiais do setor de pessoal; livro de registro de enfermagem; formulário da comunicação de internação involuntária e formulário de consentimento informado para ECT e/ou psicocirurgia (caso realizem ou encaminhem) e livro de controle com nome dos pacientes, quantidade e frequência de sessões de ECT (BRASIL, 2002).

²⁴ O questionário utilizado na vistoria é formado por quesitos classificados em três categorias: imprescindível, necessário e recomendável. Esses quesitos referem às condições dos equipamentos hospitalares; da limpeza hospitalar e da higiene pessoal; do almoxarifado; da farmácia; da estrutura física e de vigilância sanitária; de alimentação; de recurso humanos; do projeto terapêutico, da prática institucional, alta hospitalar e encaminhamento; dos prontuários; dos pacientes; dos espaços restritivos-punitivos e de contenções; de direitos, entre outros (BRASIL, 2002).

que define o CAPS, em suas três modalidades e com funcionamento diário, como um dispositivo estratégico no contexto da mudança do modelo assistencial em Saúde Mental norteada pela lógica de rede e do território, e independente de qualquer estrutura hospitalar. Por outro lado, institui o processo de reclassificação dos hospitais psiquiátricos.

A edição das Portarias de nº 251/GM/2002 e de nº 77/2002 e o início do processo de reclassificação dos hospitais psiquiátricos integrantes do SUS provocam críticas tanto dos segmentos defensores do modelo psiquiátrico tradicional, como daqueles comprometidos com a sua superação e com a mudança do modelo assistencial brasileiro. A Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), no início de agosto de 2002 solicita e obtém uma liminar na Justiça do Rio de Janeiro suspendendo provisoriamente o processo de reclassificação dos hospitais psiquiátricos²⁵. Embora a justificativa tenha sido relacionada ao ritual legal da edição das portarias, é possível que de fato os proprietários dos hospitais psiquiátricos integrados ao SUS tenham sentido-se ameaçados: o aumento de encargos, decorrentes das exigências de adequações dos serviços resultantes do processo de avaliação do PNASH/Psiquiatria e poucas possibilidades de aumento da remuneração²⁶.

Para os segmentos envolvidos na mudança do modelo assistencial em Saúde Mental as conseqüências desse processo não serão muito rápidas e profundas como seriam necessárias. O processo de reclassificação dos hospitais psiquiátricos contempla mais a sua humanização, não acenando, no entanto, no curto e médio prazo, com possibilidades reais de diminuir de fato os leitos existentes. Ele prevê apenas o aumento da remuneração das diárias dos serviços que alcançarem melhor pontuação no PNASH e possuírem menos leitos. Com o cumprimento da Portaria 251/GM/2002, provavelmente continuará sendo lenta a diminuição dos leitos psiquiátricos no país.

²⁵ No início de setembro de 2002, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) ratificou as Portarias nº 77 e nº 251 do MS com objetivo de pedir a revogação da referida liminar e com isso dar prosseguimento no processo de reclassificação dos hospitais psiquiátricos. (CNS, 2002)

²⁶ É importante destacar que existem poucos hospitais pequenos, com até 80 leitos. A maioria dos hospitais psiquiátricos credenciados ao SUS tem mais de 400 leitos. Portanto, de acordo com as categorias de classificação previstas na Portaria 251/GM/2002 apenas poucos hospitais teriam maior remuneração por leito conveniado, pois a maioria deles seria, mesmo quando bem pontuados pelo PNASH, classificada nas categorias de menor valor.

A situação atual parece reafirmar as críticas e preocupações, dos vários atores da Reforma Psiquiátrica, apontadas nas avaliações do processo de transformação da atenção em Saúde Mental ocorrido na década de 1990 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP, 2000).

Em síntese, essas avaliações convergem para aspectos fundamentais a este estudo. O primeiro deles refere-se ao avanço do processo de municipalização, principalmente a partir da implantação da NOB/96, quando houve o deslocamento da condução e gerenciamento das ações de assistência para os estados e municípios.

Em conseqüência disso, o avanço da Reforma Psiquiátrica passa ser vinculado cada vez mais à construção e consolidação do SUS. A superação do modelo psiquiátrico tradicional e a construção de um novo modo de atenção em Saúde Mental não podem ficar descoladas de ações no interior do SUS. O redirecionamento dos recursos, sendo de competência dos estados e municípios, passa a ser realizado em outros espaços políticos de negociação, como por exemplo: Conselho Municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Comissões Bipartite e Tripartite. Também os secretários municipais de saúde, o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entre outros, passam a ser atores importantes para fazer avançar a Reforma Psiquiátrica no SUS (CFP, 2000).

Nesse sentido, CAPISTRANO FILHO (2000) apontou que:

Temos que entender que lutamos para isso e vamos ter que travar essa batalha cultural, social e política pelo avanço da Reforma Psiquiátrica de município a município. [...] porque é lá, sobretudo nas quatro ou cinco centenas de municípios que têm a chamada gestão plena, que vamos poder avançar, independente das variações das políticas federal ou estaduais, o processo da Reforma Psiquiátrica [...] (CAPISTRANO FILHO, 2000, p. 24-5).

O segundo aspecto destacado pelas avaliações está centrado na necessidade de mudança do modelo assistencial, contemplando a criação de serviços substituíveis capazes de atender as necessidades de uma dada região ou município, a diminuição e a extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos e o reconhecimento da impossibilidade de existirem dois modelos contraditórios. Por sua vez, esse novo modelo deve orientar-se na superação do

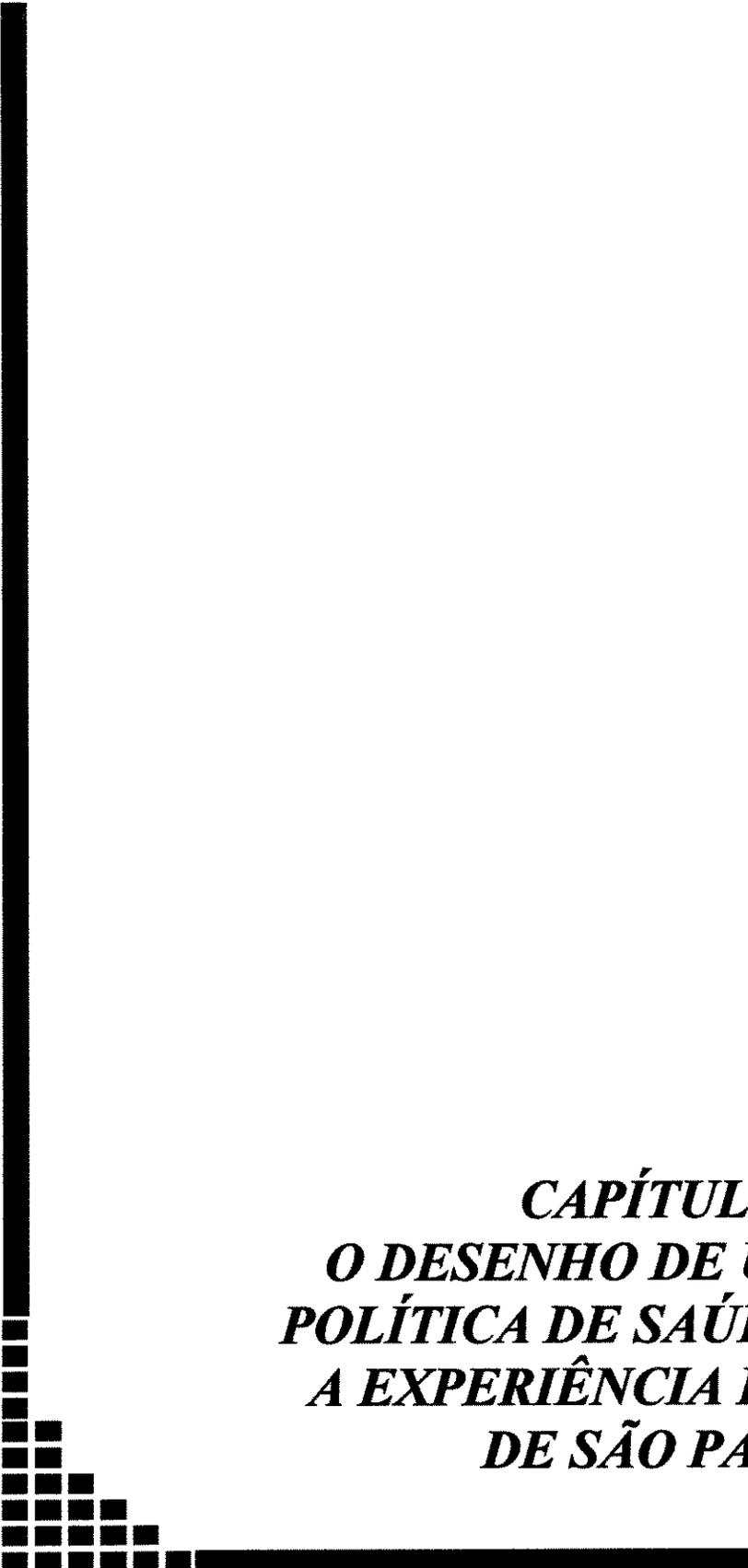
paradigma doença/cura para colocar entre parêntesis a doença mental (o diagnóstico e todo aparato de tratamento do modelo psiquiátrico) e, portanto, entrar em contato e conhecer o sujeito em sua experiência-sofrimento com a finalidade de possibilitar o reposicionamento do sujeito no mundo, considerando-se em sua dimensão subjetiva e sociocultural.

Nessa perspectiva, um outro aspecto a ser observado no avanço da Reforma Psiquiátrica é que os novos serviços devem se constituir em rede com espaços que favoreçam um distanciamento adequado das condições de vida dos usuários, em situações de necessidade de proteção ou continência; multiplicidade de ações terapêuticas; e rotina institucional ágil e plástica capaz de responder ao pedido de auxílio do usuário ou dos seus familiares. Como tal essa rede de serviços deve situar-se em um dado território e orientar-se nos princípios da integralidade de ações e da intersetorialidade.

Também é necessário que os diversos segmentos da sociedade – gestores, trabalhadores de saúde, população em geral possam conhecer os avanços em termos de legislação referente à doença mental, permitindo aos usuários, um tratamento eficaz, em que seja contemplado o exercício da cidadania, acesso ao trabalho e à inclusão social. Para isso ações voltadas para um melhor conhecimento da população internada, submissão dos hospitais psiquiátricos aos serviços territoriais via central de vagas e fiscalização e avaliação continuada dos hospitais e de seus projetos terapêuticos são dispositivos fundamentais para se viabilizar o modelo de atenção psicossocial.

O quarto aspecto apontado nas avaliações do processo de transformação da atenção em Saúde Mental ocorrido na década de 1990 a ser observado refere-se à intensificação das ações junto à sociedade. Tais ações devem ter como objetivo produzir mudanças do imaginário social acerca da doença mental, da loucura, da anormalidade e da periculosidade do louco, bem como dos serviços de Saúde Mental enquanto um mero depositário de “doentes mentais”.

Finalmente, é importante destacar os riscos que o processo de mudança do modelo de atenção em Saúde Mental enfrenta ao se desenvolver no lastro das indústrias farmacêuticas: os interesses industriais se situam no pólo dominante e são incompatíveis com um modelo assistencial substitutivo ao modelo psiquiátrico-tradicional.



CAPÍTULO 2
O DESENHO DE UMA NOVA
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
A EXPERIÊNCIA DO ESTADO
DE SÃO PAULO

*Pouco importa que se trate ou não de utopia;
Temos aí um processo bem real de luta;
A vida como objeto político foi
de algum modo tomada ao pé da letra e
voltada contra o sistema que tentava controlá-la.
Foi a vida, muito mais que o direito,
que tornou objeto das lutas políticas,
ainda que estas últimas se formulem
através de afirmações de direito*

Foucault

Como já foi citado na apresentação e na introdução deste trabalho, algumas experiências desenvolvidas ao longo do Movimento da Reforma Psiquiátrica no país e, em especial, no Estado de São Paulo foram fundantes na construção de novos dispositivos teórico-técnico-social-jurídicos para viabilizar a atenção psicossocial no SUS. Nessa perspectiva, a abordagem de algumas dessas experiências significativas neste estudo é imprescindível, pois a análise de suas práticas concretas, cujas determinações materiais e sociais procuram romper com o modelo manicomial, faz emergir as forças criativas e produtivas necessárias para a construção de uma atenção em Saúde Mental substitutiva.

Na década de 1980, no contexto da democratização do país, ocorrem eleições diretas para governador nos estados. Em muitos deles são eleitos os candidatos de oposição ao governo federal, compromissados com propostas e experiências que buscam melhorar as condições de saúde da população.

O Estado de São Paulo²⁷ firma o convênio das AIS, com adesão do município de São Paulo. Na área da Saúde Mental, esse convênio possibilita a implantação de um projeto²⁸ que propõe uma integração e uma hierarquização entre diferentes serviços das ações, em nível primário, secundário e terciário. As diretrizes desse projeto contemplam aquelas previstas no Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica elaborado pelo (CONASP). Além disso, esse projeto, assumido em 1983 pela Coordenadoria de Saúde

²⁷ Nesse momento o governador é Franco Montoro e o prefeito da capital é o Mario Covas, ambos do Partido do Movimento Democrático Brasileiro.

²⁸ Na cidade de São Paulo o governo estadual conta com um financiamento do BM para a implantação do Programa Metropolitano de São Paulo, que tem como objetivo criar um sistema de atenção integrada à saúde em algumas regiões da grande São Paulo. (SCARCELLI, 1998)

Mental da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo CSM/SES-SP, retoma as propostas de ações do projeto de assistência em Saúde Mental feito pelo Grupo de Trabalho nomeado pelo governador do Estado em 1973 e coordenado por Luiz Cerqueira.

O modelo assistencial proposto a partir dessa época para a área de Saúde Mental está centrado nas ações em níveis de atenção primária, secundária e terciária, integradas e regionalizadas. Sua intenção é corrigir as distorções existentes na atenção terciária, visto que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deveria ser a porta de entrada para os demais atendimentos. Preconiza-se a ampliação da rede extra-hospitalar, com a criação de novos ambulatórios; a implantação de equipe multiprofissional nas UBS, a recuperação dos leitos públicos, a melhoria da qualidade da assistência dos hospitais-asilos psiquiátricos. Para a realização dessa proposta, a Coordenadoria propõe-se ainda a realizar parcerias com as universidades, tais como a Faculdade de Saúde Pública da USP, o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, a Escola Paulista de Medicina e com instituições formadoras tais como o Instituto Sedes Spientiae, o Instituto de Psicanálise e a Sociedade de Psicodrama (FERRAZ e MORAIS, 1985).

As perspectivas de mudanças no modelo assistencial em Saúde Mental são grandes. Surge o primeiro projeto, situado no bairro da Freguesia do Ó, na cidade de São Paulo. Seu início é caracterizado como um campo de invenções cotidianas a partir do qual geram-se documentos normatizadores dos procedimentos, como por exemplo o uso de medicamentos e tipos de atendimentos, rotinas de encaminhamento, controle de encaminhamentos, entre outros. Dessa maneira, já em 1983 um grupo de trabalho nomeado pela CSM/SES-SP elabora uma proposta de trabalho para as equipes multiprofissionais em UBS e em ambulatórios de Saúde Mental.

Esta proposta foi denominada extra-oficialmente de 'cartilha da Coordenadoria de Saúde Mental', embora em seu texto de apresentação PITTA-HOISEL tenha ressaltado que:

a idéia não é fazer uma cartilha para ser seguida dogmaticamente, mas sim instituir um roteiro de atividades que possa favorecer experiências criativas e singulares que tenham a ver com o maior aprimoramento e gratificação dos técnicos que desempenham funções na área e as reais necessidades da população que nos legitima (PITTA-HOISEL, 1983, parte 2).

O documento constitui-se numa proposta minuciosa de atividades e de procedimentos a serem desenvolvidos nas UBS e no ambulatórios em todo o estado. Seus princípios gerais definem os objetivos das ações e as atribuições das equipes mínimas das UBS, ambulatórios de modo que as atribuições de cada nível de atenção em Saúde Mental devem ser comparadas às competências de um médico clínico generalista e à eventual necessidade do encaminhamento de determinados pacientes a especialistas.

A implantação dessa política de Saúde Mental propicia a ampliação de uma rede de recursos extra-hospitalares, com a criação de, notadamente nas grandes cidades do estado, vários ambulatórios, de alguns hospitais-dia, de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e de serviços de emergências psiquiátricas, além da implantação de equipes mínimas (um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social) na rede básica de saúde.

Essa nova política parte da premissa de que a doença mental é resultado de uma multiplicidade de fatores e não apenas de alguma disfunção orgânica. O enfoque multiprofissional revela a tendência de não centralizar as ações de Saúde Mental apenas no médico. Conseqüentemente, isso demonstra a busca da diminuição do poder psiquiátrico, com o estabelecimento de prática ampliada para além do binômio internar-medicar por intermédio de maior e diversificada ajuda.

Destaca também que, embora se mantenham estreitas vinculações com o modelo preventivo-comunitário, diferencia-se das concepções de CAPLAN (1980) acerca de doença como desvio da normalidade, desajuste social ou crise. Discorda da noção de comunidade como um todo harmônico, um conjunto homeostático de indivíduos que compartilham dos mesmos valores, sem conflitos entre si, disputas e desigualdades sociais (CEZARINO, 1989).

De fato, independente de sua inspiração no modelo comunitário americano e no modelo da psiquiatria de setor francês, as experiências ocorridas em São Paulo e em outros estados representam uma tentativa de introdução de um modelo que estivesse em consonância com interesses da sociedade civil, isto é, com interesses contra-hegemônicos. Por um lado, procura construir um modelo que “tirasse o hospital da linha de frente, que fosse capaz de incluir outras especialidades profissionais além da Psiquiatria e o mesmo movimento, outros determinantes dos problemas mentais além dos orgânicos” (COSTA-

ROSA, 1987, p. 290). De outro lado, essas mesmas experiências apontam a dificuldade de se superar o modelo manicomial e suas práticas de segregação e de exclusão social.

Assim sendo, as novas propostas possibilitam alguns avanços na situação desumana predominante até então na assistência em Saúde Mental, mas as transformações não produzem o impacto necessário nos problemas da população e na psiquiatrização do sofrimento psíquico.

A partir de 1986, os novos governantes: municipal e estadual promovem uma total desarticulação dos projetos na área de Saúde Mental, desenvolvidos até aquele momento. Inicia-se um refluxo dos movimentos sociais e populares. Isto ocorre tanto em função da crise econômica, que exige a priorização da luta por questões salariais e por estabilidade no emprego, como da descrença na política e nos políticos.

2.1- Novas experiências no Estado de São Paulo

A partir de 1987, A SES-SP implanta uma proposta assistencial por intermédio da criação do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS-Itapeva). Essa proposta é inscrita no sistema hierarquizado, regionalizado e integrado de ações de saúde, já instituído como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade. Também, após as eleições municipais em 1989, alguns municípios comprometidos com as diretrizes e propostas da Reforma Sanitária procuram viabilizar projetos assistenciais de Saúde Mental na rede básica de saúde.

Nas cidades de São Paulo, Campinas e Santos são eleitos candidatos do Partido dos Trabalhadores, que indicaram secretários de saúde, oriundos dessas lideranças expressivas do Movimento da Reforma Sanitária²⁹. Assim, os governos municipais assumiram o desafio de implantar o Sistema Único da Saúde, conforme a Constituição do Brasil.

²⁹ Em São Paulo, a prefeita Luiza Erundina nomeia como Secretário Municipal de Saúde o médico-sanitarista Eduardo Jorge. Em Campinas, o prefeito Jacó Bittar, indica também o médico-sanitarista Gastão Wagner S. Campos, professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Em Santos a prefeita Telma de Souza escolhe para conduzir a Secretaria Municipal de Saúde e Higiene o sanitarista David Capistrano Filho.

2.1.1- São Paulo: experiências distintas

◆ **A experiência do Governo Estadual: Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS)**

No período de 1982-1986, no Estado de São Paulo e principalmente na cidade de São Paulo há a ampliação da rede de assistência extra-hospitalar, com a criação de ações em Saúde Mental nas UBS e de novos ambulatórios na área. Também firmam-se convênios com universidades e outras instituições formadoras para a reciclagem dos profissionais da rede. Inicia-se ainda o processo de recuperação dos hospitais públicos estaduais.

Nesse contexto, a Secretaria de Higiene e Saúde do município de São Paulo, em parceria com a SES-SP, financiados pelo Banco Mundial, executam o projeto contido no Plano Metropolitano de Saúde. Tal experiência traz várias contribuições na organização de serviços de Saúde Mental, inseridos na rede de saúde pública.

É um tempo profícuo. As discussões e reflexões críticas do cotidiano dessas ações, por intermédio de avaliações contínuas, seminários, cursos, supervisões técnicas e institucionais, ao lado do processo de organização dos trabalhadores, possibilitam a construção de novos dispositivos para o fazer coletivo. Organizam-se os Programas de Intensidade Máxima (PIM)³⁰, nos ambulatórios destinados “à clientela mais comprometida psiquicamente: pessoas psicóticas; pessoas em crise aguda de ansiedade e/ou depressão, dependentes de drogas; familiares e responsáveis dos supra-citados” (Arquivo da CSM, 1983, p.27). O Programa de Intensidade Máxima constitui outra semente plantada, contribuindo para o início da construção do Centro de Atenção Psicossocial.

Em 1987, apesar dos retrocessos provocados nas ações das políticas públicas pelo governo, tanto estadual, conduzido por Orestes Quércia, como municipal, por Jânio Quadros, é inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS) localizado na rua Itapeva, a uma quadra da Avenida Paulista na cidade de São Paulo.

³⁰ Segundo a Coordenadoria de Saúde Mental o PIM tinha como objetivo propiciar contato mais próximo com o usuário, diversificado por intermédio de equipe multiprofissional. Os procedimentos terapêuticos podiam centrar-se apenas no usuário e as demais pessoas a ele vinculadas, em atendimentos conjuntos ou paralelos. O trabalho era realizado pela equipe técnica e administrativa do ambulatório que, na maioria das vezes reunida em duplas, desenvolvia atividades de grupos terapêuticos e de terapia ocupacional. Dessa maneira, procuravam romper com as especificidades profissionais no atendimento do usuário em crise. Contavam para isso com supervisão institucional.

A intenção desse CAPS é criar uma rede de espaços intermediários de assistência, ensino e pesquisa entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, destinada ao atendimento dos usuários com intenso sofrimento psíquico - considerados psicóticos e neuróticos graves. Como espaço intermediário de um sistema hierarquizado, ele se propõe a ser uma estrutura de passagem, na qual os usuários permaneceriam até terem condições clínicas estáveis para continuar o tratamento definitivo em ambulatórios.

O projeto do CAPS dispõe-se a privilegiar a construção de prática clínica na qual o usuário seria considerado numa rede de relações psicossociais. A fala do doente seria tomada em consideração “não pelo reconhecimento do sintoma, mas como produção de um sujeito social dentro dos limites, certamente problemáticos, que a loucura impõe” (GOLDBERG, 1996, p. 21). Busca-se uma atividade clínica que rompa com o modelo centrado na concepção de doença como erro, distúrbio e cujo tratamento teria como objetivo a pura remissão de sintomas apresentados pelo doente, por intermédio de práticas morais, mecanicistas, homogeneizadoras e burocratizadas. Enfim, pretende-se um projeto terapêutico que possibilite abordar a “doença mental a partir de um campo terapêutico dilatado, que se constitui na relação médico-paciente para propiciar a emergência do próprio processo de defrontação e conhecimento da doença” (GOLDBERG, 1996, p. 58-9).

Para isso, o CAPS tem como proposta clínica a prática centrada na vida cotidiana da instituição, de modo a permitir o estabelecimento de rede de sociabilidade capaz de fazer emergir a instância terapêutica. Busca-se, portanto, a criação de espaço coletivo, de espaços concretos destinados à circulação da fala e da escuta, da experiência, da expressão, do fazer concreto e da troca, do desvendamento de sentidos, da elaboração e da tomada de decisão. As intervenções atuariam várias práticas terapêuticas (medicação, psicoterapia, grupos, reuniões de usuários, atividades expressivas) que permitissem:

uma abordagem integral da condição da loucura, plena de riscos, recuos e pequenos avanços, e ancorada tanto em teorias tradicionais e contemporâneas da psiquiatria, como no diálogo com outras áreas do conhecimento e na fundamental incorporação de toda uma bagagem de conhecimentos práticos. (GOLDBERG, 1996, p. 91).

No contexto do CAPS, o usuário deve ser o centro da atenção. O trabalho deve ser destinado a ele. O tratamento requer um projeto que considere os modos de individuação da sua subjetividade, articulado com o coletivo, para possibilitar o aumento do

coeficiente de autonomia e de escolhas ao longo do processo. No início de suas atividades, a equipe enfrenta muitas dificuldades. A prática cotidiana, com usuários portadores de graves problemas mentais, mostra-se árida e com poucos resultados aparentes. Essa situação desestabiliza a equipe, gerando insegurança e resistência.

GOLDBERG (1998) caracteriza a construção do modelo assistencial do CAPS em três períodos. O primeiro, refere-se ao primeiro ano de funcionamento (da inauguração, em 1987 até o início de 1988). Esse momento tem como característica predominante a hesitação e a insegurança decorrente da inexperiência e do preconceito com usuários com sofrimento psíquico intenso. É uma época em que se tateia para encontrar caminhos, um período extremamente defensivo marcado pelo voluntarismo, distância entre a equipe de profissionais e os usuários, e dificuldade para romper de fato com o modelo médico.

O segundo período estende-se até o final de 1989, enfatizando-se a importância do planejamento hierarquizado das ações e definição das competências profissionais no processo terapêutico. No entanto, também nesse momento, apesar de seu perfil técnico-burocrático, é iniciado o diagnóstico da posição defensiva da equipe em relação ao seu trabalho e introduzidos procedimentos terapêuticos ligados à individualidade dos usuários.

A partir de 1990 configura-se o terceiro período na história do CAPS, o período, denominado clínico. Observa-se progressiva aceitação das manifestações psicóticas dos usuários e uma maior inserção das práticas terapêuticas no cotidiano institucional. Naquele momento é

possível discernir-se com mais nitidez a singularidade de cada paciente, valorizar as terapias grupais e projetos de natureza coletiva, reconhecer a doença e o tratamento como processos de transformação a longo prazo, conceber a instituição como referência da vida dos pacientes, e envolver a participação dos pacientes nos projetos (GOLDBERG, 1998,p. 70).

O CAPS procura construir uma organização institucional simples, flexível e em permanente mudança, para assegurar maior agilidade e diversidade nas várias modalidades terapêuticas. Também é criada a Associação Franco Basaglia, com a participação de usuários, familiares, profissionais e outros interessados. A associação, em conjunto com o CAPS, passa a desenvolver projetos especiais, cuja finalidade é promover autonomia dos

usuários e maior abrangência da clientela, incentivar a participação da família e de outros segmentos sociais, viabilizar a gestão extra-clínica da vida dos usuários (de forma a ampliar o poder contratual, as possibilidades de trocas afetivas e materiais), enfim, fomentar o exercício pleno da cidadania e difundir novos valores, noções, conceitos e modos de perceber loucura e efetivar sua assistência.

Os integrantes da equipe mantêm, desde o início do processo, interlocução constante com outras instituições que também atendiam usuários com intenso sofrimento psíquico. GOLDBERG (1996) destaca alguns desses intercâmbios considerados significativos para o CAPS. Procura dialogar com a Clínica La Borde, França, acerca da formulação de projetos de intervenções sensíveis às características da psicose, a partir das contribuições da psicoterapia institucional. No projeto de atenção à Saúde Mental na rede pública de saúde da região de Setúbal, em Portugal, busca inspiração para operar com a concepção de setor para definir a geo-demografia da população a ser atendida pelo CAPS. Finalmente, com o projeto desenvolvido na rede pública da cidade de Trieste, na Itália, a interlocução ocorre acerca da noção de território e de intervenções que possibilitassem a inserção do usuário na vida da cidade.

Infelizmente, a proposta original de criar na Secretaria Estadual de Saúde uma rede de CAPS não prospera, em decorrência tanto dos retrocessos provocados pelos governos Quéricia e Fleury (1987 a 1994), como do início do processo de municipalização da saúde.

◆ **A experiência do Governo Municipal: expansão da rede de serviços de Saúde Mental extra-hospitalar e a criação dos Centros de Convivências e Cooperativas (CECCOs)**

Em 1989, o governo municipal de São Paulo, também comprometido com os princípios e diretrizes das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, implanta um programa de Saúde Mental, notadamente a partir duas premissas fundantes. A primeira é a de que o sofrimento psíquico seria parte integrante e indissociável do sofrimento global dos indivíduos submetidos às desigualdades sociais. A segunda refere-se à importância de uma política de Saúde Mental que de fato rompa com o modelo hegemônico centrado nas internações psiquiátricas e em outras práticas manicomiais, por intermédio:

- da conscientização popular, combate dos interesses privados do setor e de uma rede assistencial que criasse condições para a desospitalização;
- da priorização de espaços de discussão com a população nos bairros e com as organizações populares e sindicais, objetivando-se desmistificar a loucura e o transtorno mental, além de promover a reflexão de seus determinantes sociais;
- do reconhecimento e valorização dos saberes e práticas culturais populares como forma de equilíbrio psicossocial;
- do investimento na expansão da rede de serviços de Saúde Mental extra-hospitalar, de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde – OMS. (SMS/SP³¹, 1989).

Para BRAGA CAMPOS (2000), a política de Saúde Mental no município de São Paulo retoma o modelo da Reforma Psiquiátrica centrado na Atenção Primária à Saúde e orientado nos princípios da regionalização, hierarquização, integralidade e equidade. Porém, ainda para essa autora, existem duas diferenças importantes nessa retomada. A primeira é a viabilização da participação popular na gestão pública da saúde. A segunda refere-se à adesão frente as deliberações da Conferência Regional para a Reorganização da Assistência Psiquiátrica nos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), realizada em 1990, na Colômbia. Essa Conferência, por intermédio da elaboração da Declaração de Caracas, define novos caminhos para a Atenção Primária³².

A proposta de Saúde Mental implantada na cidade de São Paulo orienta-se nos pressupostos do SUS, ampliando e qualificando a rede assistencial. Promove-se também a transformação no papel da UBS e do Hospital Geral. Institui-se ainda, em nível distrital, o planejamento, a execução e a avaliação das ações e o co-gerenciamento pela população (LOPES, 1999). Essa proposta é ao mesmo tempo inspirada no discurso antimanicomial e centrada no modelo de assistência hierarquizada em níveis de atenção, em que a UBS

³¹ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SP, 1989), apud BRAGA CAMPOS, F. C. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Campinas, 2000 (Tese - Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

³² No documento denominado Declaração de Caracas, as organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de Saúde Mental, legisladores e juristas reunidos, decidem, entre outras, que: a reestruturação da assistência psiquiátrica centrada no Atendimento Primário de Saúde, de acordo com os SILOS, propicia a construção de modelos alternativos; essa reestruturação na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; os recursos e tratamentos dados devem garantir a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis dos usuários e promover a organização de serviços comunitários de Saúde Mental.

continuou definida como a porta de entrada do sistema e responsável pelo encaminhamento para outros níveis de atenção. Procura-se redirecionar as ações nos equipamentos já existentes - UBS, pronto socorro e hospitais gerais municipais. Criam-se também outros serviços de atenção intensiva, orientados no modelo de hospitais-dia³³. Constrói ainda ações em espaços públicos com o objetivo de viabilizar a inclusão dos grupos populacionais excluídos do convívio social e das possibilidades de lazer. São então criadas os Centros de Convivências e Cooperativas (CECCOs). (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SP³⁴, 1989).

A criação dos CECCOs representa significativa contribuição dessa experiência na construção de novos modos assistenciais em Saúde Mental. Os CECCOs são pautados por duas linhas de ações. Por um lado, pretendiam combater a cultura manicomial e resistir ao surgimento de outros signos também manicomiais, além das forças burocráticas das práticas profissionais e institucionais. Por outro lado, propunham-se a integrar o usuário, sua família, a sociedade e a população marginal e dispersa. Enfim, era um dispositivo que compunha uma rede articulada de atenção à Saúde Mental, com a finalidade de construir o direito à vida e à cidadania “plena de sentidos, possibilidades e expressividades” (LOPES, 1999).

Constitui-se um serviço com o perfil cultural e não somente técnico-profissional. Utiliza-se essencialmente de recursos do mundo das artes, realizando intersectorialização com a cultura, com educação, habitação e esporte. Desse modo, procura-se fazer interação de uma multiplicidade de saberes e fazeres amalgamados na construção do novo. LOPES (1999) assinala que essa situação provoca resistências e temores nos atores envolvidos.

a equipe de profissionais da Secretaria de Saúde que compunha os CECCOS (psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores) tinha como parceiros os oficineiros (artistas, artesãos, músicos, agrônomos, professores de educação física, palhaços, marceneiros), num lugar de trânsito do estigma e da loucura — cujo

³³ A cidade de São Paulo, ao realizar a sua reestruturação da assistência em Saúde Mental, opta por manter os Hospitais-dia, serviços intermediários, propostos pelo modelo de psiquiatria preventivo-comunitária.

³⁴ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SP, 1989, apud SCARCELLI, I. R. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em Saúde Mental: a experiência do município de São Paulo**. São Paulo, 1998. (Tese – Mestrado - Universidade São Paulo).

espaço não dispunha de médico, divã, consultório ou balcão de recepção. [...] (LOPES, 1999, p.148).

Os CECCOs são instalados nos espaços públicos – parques, centros esportivos, praças e centros comunitários, onde procura-se transformar o bem público em espaço coletivo, com inclusão das pessoas marginalizadas por suas condições sociais de saúde, de gênero, por faixa etária. Possibilita-se, desse modo, a convivência como um processo para a reconstrução da história de vida e perspectivas futuras, a construção de novos vínculos e de relação entre a experiência, a representação e a realidade (LOPES, 1999).

As práticas desenvolvidas nos CECCOs são construídas a partir da identificação do perfil da população que frequenta e mora em um determinado espaço público. Tais atividades abarcam música, artesanato, pintura, dança, teatro esporte. Além disso, os Centros de Convivências promovem atividades para ressignificar o processo de trabalho, visando a reinserção social. Para tanto, criam-se núcleos de trabalho responsáveis pela produção de bens e serviços e pela condução da discussão sobre esse processo de trabalho, o papel de cada membro participante, a comercialização dos produtos e a divisão dos lucros. Em síntese, as cooperativas além de promover a reinserção social e um novo poder de troca, permitem uma mudança na maneira dos sujeitos se relacionarem com o trabalho, orientada pelo respeito às diferenças individuais e à produção de sentido na criação de bens e serviços.

Durante os governos de Maluf e de Pitta, esse projeto é desmontado. Implanta-se o Plano de Assistência à Saúde (PAS), no qual toda a assistência em saúde e Saúde Mental é terceirizada, ficando sob a responsabilidade das cooperativas profissionais. Com isso, as ações ficam restritas às consultas e aos exames, centrada no modelo médico-curativo tradicional. Na realidade o projeto assistencial implantado produz apenas a desassistência e o caos na saúde.

Atualmente, o governo de Marta Suplicy, que assume em 2001, vem promovendo no município de São Paulo a reimplantação do SUS e viabilizando a municipalização da saúde. A SES-SP ainda comanda uma rede básica, ambulatorial e hospitalar com muitos problemas e dificuldades. Este órgão continua co-responsável pelo CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, uma vez que firmou um convênio docente-

assistencial com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Trata-se de um processo de reconstrução e redirecionamento ainda recente demais para ser avaliado.

2.1.2- Campinas: a busca de desvios no programa de Saúde Mental normatizado.

Na década de 1970 é iniciada experiência da organização do setor público de assistência à saúde no município, norteadas pelo modelo preventivo-comunitário. Essa rede é complementada com alguns Centros de Saúde da SES-SP, não mantendo, contudo, nenhuma relação orgânica com o setor privado³⁵ (MEDEIROS, 1994).

Nesse contexto, foi implantada a assistência em saúde na rede pública de Saúde Mental, por intermédio de ações desenvolvidas por uma equipe composta de psicólogo, assistente social e psiquiatra. Em 1978, Campinas passa a contar com 16 postos de saúde e um ambulatório municipal de Saúde Mental. (BRAGA CAMPOS, 2000).

Na década de 1980, Campinas não apenas continua o processo de construção de um Sistema Integrado de Saúde, como também antecipa-se e coloca em prática as diretrizes propostas no Projeto Municipal Pró-assistência (a versão campineira do CONASP). Constitui a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e passa a organizar serviços e ações sob responsabilidade do município (L'ABBATE, 1990). No que se refere à Saúde Mental, a cidade também procura implementar suas ações, a partir da avaliação do trabalho desenvolvido na rede básica de saúde, voltado para a integração da assistência em Saúde Mental ao sistema geral de saúde, nos vários níveis de complexidade e de maneira progressiva (BRAGA CAMPOS, 2000).

No entanto, em Campinas, assim como em outros municípios em que é implantada a política de Saúde Mental vigente no Estado, essa proposta não produz alterações significativas na lógica manicomial dominante. Os ambulatórios constituem

³⁵ Cabe destacar também que a implantação dessa rede nos bairros periféricos ocorre com a participação popular através das Associações Amigos dos Bairros e da Assembléia do Povo, organizadas pelas Comunidades Eclesiais de Bases (CEBs). Além disso, esse processo conta com a colaboração do Laboratório de Medicina para Comunidade da UNICAMP (LEMC) no que se refere à produção científica aplicada às áreas sociais e à formação dos profissionais que assumem a condução da política de saúde da cidade de Campinas. (MEDEIROS, 1994)

apenas a porta de entrada para a internação psiquiátrica, sendo que os pacientes internados ou considerados “casos graves” praticamente não têm acesso à rede básica.

Assim, a partir de 1989, com a eleição de gestão municipal comprometida com os movimentos populares inicia-se um processo de transformação da política de saúde do município.

O Secretario de Saúde, um médico-sanitarista com expressiva atuação no Movimento da Reforma Sanitária (a exemplo de São Paulo e de Santos) e professor e pesquisador em Saúde Coletiva da UNICAMP, se propõe realizar uma gestão comprometida com a participação popular na definição e execução da política de saúde para a cidade. Também procura garantir o acesso da população aos serviços de saúde, transformando de fato a rede de centros de saúde em porta de entrada, de acordo com as diretrizes dos SILOS. Substituem-se os Prontos Atendimentos, realizados no ambulatório e viabiliza-se o Hospital Municipal como um serviço efetivo de urgência no município (L'ABBATE, 1990).

Na área da Saúde Mental, pretende-se implantar um projeto inspirado na psiquiatria democrática italiana. No entanto, os gestores da saúde reconhecem que para construir serviços substitutivos é necessário romper com o modelo preventivo-comunitário, preconizado nos níveis federal e estadual e assumido pelo Projeto de Saúde Mental do Pró-Assistência para o ano de 1985 (PAULIN, 1998).

Frente a essa situação, a Secretaria Municipal de Saúde desencadeia processo de mudanças institucionais nos serviços de Saúde Mental públicos de Campinas. Busca-se provocar uma ruptura com “os modelos direcionados do preventivismo, que reproduziam na Saúde Mental, de forma mecânica, o que era proposto na saúde geral, através de um sistema hierarquizado nas atenções primária, secundária e terciária” (PAULIN, 1998, p. 146).

Esse processo é permeado por contradições e conflitos inerentes ao campo de um “fazer coletivo”, em que se propõe não apenas a expansão de uma rede de serviços, mas também uma reforma do modelo assistencial e, conseqüentemente, uma reformulação das concepções de saúde e de doença, das práticas de administração e dos modos de organização da assistência em saúde. Nessas discussões são utilizados estratégias

planejadas pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde e outros caminhos surgidos nos meandros do processo (CAMPOS, 1994).

Segundo MEDEIROS (1994), naquele momento são realizados:

- o I Seminário de Saúde Mental com profissionais de saúde e administradores municipais de Campinas;
- as reformas administrativas realizadas nos serviços;
- a co-gestão do hospital psiquiátrico “Cândido Ferreira”.

No I Seminário de Saúde Mental, as discussões reafirmam a importância da: a) desospitalização psiquiátrica; b) organização da atenção descentralizada, com a distribuição dos serviços e os técnicos; c) hierarquização dos serviços e ações de saúde visando atender a diversidade da demanda e evitar as internações; d) definição das atribuições dos Centros de Saúde e suas ações, criação de serviços intermediários entre o hospital e o ambulatório (MEDEIROS, 1994).

No entanto, as conclusões do seminário reafirmam as diretrizes do modelo anteriormente implantado. Assim, a mesma política continua orientando as ações em Saúde Mental em Campinas. As deliberações do I Congresso têm entendimentos diferentes entre os atores sociais envolvidos. Isto propicia demarcações territoriais que desencadeiam conflitos e contradições em suas práticas (MEDEIROS, 1994).

A implantação de um projeto assistencial em Saúde Mental que privilegiasse o centro de saúde como porta de entrada necessita ampliar tanto as possibilidades de acesso do usuário, como a resolução dos problemas de Saúde Mental da população. Nessa perspectiva, há expansão das equipes de Saúde Mental na rede básica, mas também é iniciada uma reforma administrativa. Esta reforma fecha o ambulatório de Saúde Mental, descentraliza os serviços e profissionais, assim como reorganiza os papéis e funções dos profissionais que atuam na assistência em Saúde Mental.

A reforma administrativa tem como objetivo capacitar a unidade básica para resolver os problemas de maneira autônoma. Para isso, procura fazer uma remodelagem de todas as instâncias da Secretaria no sentido de viabilizar a descentralização da gestão de serviços, da supervisão, planejamento e execução das ações.

As modificações das relações institucionais visam a criação de um espaço coletivo que propicie uma redefinição estrutural dos diferentes papéis de cada profissional e uma reorientação do coletivo na construção de um novo modelo assistencial em saúde e Saúde Mental. Um modelo balizado por novos padrões de gestão e planejamento, de política de recursos humanos e das práticas clínicas. Enfim, busca-se construir um modelo assistencial que coloque as práticas de saúde “em defesa da vida” e não apenas como uma mera reprodução da força de trabalho. (CAMPOS, 1994).

Em termos da reforma administrativa institui-se a horizontalização dos cargos administrativos, a formação de equipes de supervisão regionais, formadas por profissionais independentes de suas especialidades. Dessa forma, procura-se capacitar a equipe técnica de saúde e de Saúde Mental para o trabalho no centro de saúde sustentado num saber clínico construído com aportes teórico-técnicos de outros campos do conhecimento, como epidemiologia, saúde pública, Saúde Mental propriamente dita e educação. Um saber clínico que permita articular proximidade entre os profissionais e usuários em termos de relacionamento e, ao mesmo tempo, ampliação das estratégias de intervenção.

Assim, os profissionais dos centros de saúde devem estar capacitados para uma pronta atenção às intercorrências clínicas em sua diversidade, de modo a propiciar desde o alívio do sofrimento físico ou psíquico agudo, imprevisto e decorrente do agravamento da saúde dos usuários já acompanhados pelos programas da unidade de saúde, bem como a atenção às urgências. As supervisões regionais realizadas em serviços específicos de cada programa permitem a abordagem dos problemas da região, além de romper os territórios das competências profissionais.

As mudanças desencadeadas geram reações diversas. Há intransigência por parte dos profissionais mais antigos. De maneira geral, a resistência aparece centrada na perspectiva de mudança no perfil dos centros de saúde. Segundo CAMPOS (1997b), a rede básica vê-se obrigada a acolher o egresso hospitalar de seu território. As ações devem ser planejadas em consonância às necessidades da população e às condições de trabalho de equipe. Esta deixa de ser mínima, sendo que o número de seus componentes é determinado pelo projeto terapêutico da Unidade. Esse projeto deve, no campo tecnológico e de recursos da rede básica, evitar a desospitalização, a partir do esvaziamento de suas funções e até

mesmo da sua existência, como é o caso do hospital psiquiátrico, sem que isso signifique a desassistência.

Em 1990, mais um acontecimento provocou novos campos de tensões entre forças antagônicas: desospitalização X hospitalização. O sanatório filantrópico “Dr. Cândido Ferreira”, que naquela época mantinha 131 pacientes, a maioria com mais de dez anos de internação, atravessava grave crise econômica. A administração daquele manicômio procurou ajuda financeira junto à administração municipal. No lugar da verba pretendida, recebeu uma proposta de convênio de co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde. Esse convênio tinha como finalidade “resgatar o caráter público deste serviço filantrópico, aumentar a oferta e exercer maior controle público sobre a demanda de internações” (ONOCKO, 1997, p. 355)

O fato representou um novo movimento importante na construção de um outro modelo de atenção: o desafio de se produzir a desospitalização, ou melhor, a superação, na prática, do manicômio. Iniciou-se ali o processo de revisão diagnóstica, recuperação das histórias de vida e a localização das famílias dos usuários internados. Enfim, procurou-se instituir a atenção psicossocial em que o usuário passava a ser o centro das ações terapêuticas.

A reforma assistencial do hospital “Dr. Cândido Ferreira” desdobrou-se em várias e diferentes ações. Além da reforma física e funcional dos prédios, houve a organização de quatro unidades de produção: hospital-dia, unidade de internação, núcleo de oficinas de trabalho e unidade de reabilitação dos pacientes moradores. Essa organização foi realizada “a partir da definição dos objetivos a serem alcançados em cada situação do processo de desenvolvimento da doença mental em que se encontra o usuário” (ONOCKO, 1997, p. 360). Procurava-se, literalmente, desmontar o manicômio e suas práticas segregadoras por dentro dele.

Esse momento foi de muita efervescência e de enfrentamento de muitos desafios. Configuravam-se então, dois modelos de Saúde Mental: o da rede básica e o da co-gestão. Segundo BRAGA CAMPOS (2000), esses dois modelos conflitantes compunham uma certa “hibridez”.

O primeiro modelo, o da rede básica como porta de entrada, mas hierarquizada na organização dos serviços, vinha puxado pelas remodelações que estavam sendo forjadas pela nova direção da SMS: planejamento local, equipe protagonista de seu processo de trabalho, autonomia da equipe sob a área de cobertura... A efervescência da reforma sanitária instalada no SMS fazia com que a reforma psiquiátrica se atrelasse ao mesmo tempo histórico conjuntural de construção e tudo que fosse próprio da Saúde Mental parecia “especifista” e podia esperar...sob o segundo modelo pesava o medo do estigma, de ter de fazer muito diferente do conhecido, e não conseguia-se ir além de melhorar o modelo instituído (BRAGA CAMPOS, 2000, p. 87-8).

Procurou-se estabelecer intercâmbios com outras experiências que estavam em andamento, principalmente em Santos. Intensificaram-se os seminários, cursos e reuniões no sentido de viabilizar na assistência em Saúde Mental o modelo assistencial orientado pela “Defesa da Vida”.

No processo de organização dos serviços no “Dr. Cândido Ferreira” foi utilizado um sistema de gestão e planejamento participativo, a partir das equipes - assistenciais, de apoio técnico e administrativo - das unidades de produção. Nesse contexto, procurou-se conduzir o processo de mudanças orientado nas teorias de planejamento³⁶, na análise institucional e na teoria geral de administração, com a finalidade de possibilitar a

³⁶ Especialmente nas teorias desenvolvidas por Carlos Matus e Mário Testa.

Carlos Matus ex-ministro do governo socialista Allende no Chile. Exilado na Venezuela trabalhou no CENDES/OPAS. Motivado pelo fracasso dos movimentos populares, discute a questão do poder e propõe um método de planejamento situacional. Em seu método - o ator que planifica está dentro da realidade e coexiste com outros atores que também planificam, a contradição e conflito são assumidos e a planificação situacional é necessariamente política. Propõe quatro momentos não-sequenciais, simultâneos em constante processo: momento explicativo equivalente ao diagnóstico (seleciona-se os problemas e se discute as causas ao nível do fenômeno e das estruturas sociais básicas); um momento normativo: o desenho do “deve ser”; um momento estratégico de análise e construção da viabilidade política: a discussão do poder e um momento tático-operacional, de tomada de decisão e de realização da ação concreta. Já Mario Testa elaborou a proposta do Pensamento Estratégico em que o poder é o problema central do planejamento em saúde. Seu ator privilegiado é, então, classe/grupo/força social./movimento e não como em Matus, o governo. Redefine toda a sua proposta como a luta pelo poder, como conduzir deslocamentos de poder em favor das classes/grupos subordinados/dominados. Assim, o propósito do processo de planejamento em saúde é de mudança social. E pensar na transformação social significa pensar na construção de uma nova sociedade. Planejamento é intervir na construção da história, enfim uma prática histórica. Sua proposta consiste em realizar: 1) um diagnóstico de saúde em termos administrativos, estratégicos e ideológicos; 2) síntese diagnóstica enquanto um momento integrador que reconstrói a realidade da saúde: atores, espaços sociais, interesses; 3) a formulação de propostas programático-estatégicas com a intenção de realizar ações de saúde, objetivando mudanças (AMARANTE; GIOVANELLA, 1998)

definição da missão da instituição, o sistema de planejamento, bem como produzir a capacidade de coordenação, a democratização das relações e a constituição dos sujeitos coletivos (ONOCKO, 1997).

As reformulações empreendidas no hospital “Dr. Cândido Ferreira” tiveram suporte do Laboratório de Planejamento e Administração em Serviços de Saúde (LAPA) do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. No “Dr. Cândido Ferreira”, inicialmente, procurou-se definir sua missão. “Trabalhou-se a missão de cada serviço utilizando o conceito de Imagem-objetivo desenvolvido por Matus, enquanto direcionalidade do projeto “[...] o ponto de chegada. Isto implica assumir que existiria uma certa precisão a respeito desse status final ideal” (ONOCKO, 1997, p. 358-59).

No entanto, o LAPA entendia esse ponto de chegada como algo amplo, apenas orientador do processo. Assim, buscava em Testa a noção de missão em que o ponto de chegada apresenta-se “com maiores margens de liberdade, priorizando os processos a serem desencadeados, mais no sentido de caminhos incertos, mas de direcionalidade certa. A noção de missão [...] extrapolada para as instituições traz o componente do sentido do trabalho, enfatizando os fins últimos das tarefas realizadas e a idéia de responsabilização” (ONOCKO, 1997, p. 359).

Nos primeiros dois anos, o sistema de planejamento utilizou-se de algumas proposições do método de planejamento estratégico situacional de Matus. Em função das dificuldades e limitações desse método recorreu-se às contribuições de Mário Testa para viabilizar novos “olhares para o nível micro da instituição, o processo de trabalho, as tecnologias utilizadas no cuidado ao usuário e, sobretudo, que pudessem ser apropriadas pelos gerentes e profissionais do serviço” (ONOCKO, 1997, p. 363).

Os desdobramentos subseqüentes à abordagem dos micros processos institucionais exigiram outras tecnologias, visando desenvolver a capacidade de coordenação e a democratização do espaço institucional. Enfim, buscava-se a construção de sujeitos coletivos autônomos, éticos e críticos. Isto é, sujeitos capazes de construir projetos políticos que produzissem desvios no *status quo* por intermédio de práticas criativas, que ao introduzirem estratégias inovadoras, ativariam a produção de novas realidades.

Nesse sentido, a construção de sujeitos coletivos no espaço institucional requereu um trabalho de intervenção no processo de trabalho para se conhecer os fenômenos que operam naquele determinado campo e, também, como se apresentam suas várias forças. Dessa forma, buscou-se inspiração na Análise Institucional, notadamente na produção teórica de Lourau, Lapassade e Guattari (L'ABBATE, 1997).

Sintetizando, na experiência de Campinas pode-se observar que ela norteou-se não apenas na expansão da rede pública, mas também e, fundamentalmente, na necessidade de se reformular as concepções, as práticas de administração pública e os modos de se organizar a atenção à saúde. Para isso, de um lado, a administração da saúde procurou, primeiramente, envolver e comprometer os profissionais e usuários na implantação das mudanças. Depois, implementou uma radical reforma da estrutura administrativa, dos mecanismos de gestão e de organização de processo de trabalho na saúde, visando construir um novo modelo assistencial em saúde e Saúde Mental de fato eficaz. Na Saúde Mental, buscou-se concretizar as mudanças articuladas com redefinição da missão e das estratégias de intervenção dos centros de saúde. De um outro lado, a administração, em co-gestão com a entidade filantrópica que gerenciava o hospital “Dr. Cândido Ferreira”, com representantes dos trabalhadores de saúde e com entidades da sociedade civil, buscou realizar uma mudança total do modelo psiquiátrico tradicional utilizado no manicômio. Em ambas as frentes de ação a equipe foi um elemento primordial para se planejar e executar os novos projetos assistenciais.

Nesse cenário híbrido, como aponta BRAGA CAMPOS (2000) apareceram ainda, discussões para se viabilizar a implantação de um serviço intermediário que pudesse ser referência tanto para os usuários que recebessem altas hospitalares e precisassem de atenção mais intensa e contínua, como para aqueles que estavam sendo acompanhados na rede básica e manifestassem um quadro de sintomas agudos. Foi iniciado o processo de discussão para se criar os CAPSs. Estes deveriam estar abertos, ininterruptamente, durante as 24 horas do dia, para acolher as situações de crise, de hospitalidade noite, bem como desenvolver ações de reabilitação psicossocial. Devido à crise política, ocorrida em 1991,

na administração municipal³⁷ a instalação dos CAPSs ficou adiada, vindo a ser concretizada apenas no final da gestão. Essa crise gerou ainda uma ruptura no processo de transformação que vinha ocorrendo na saúde, mas mesmo assim foram criados o Centro de Convivência Infantil e o Centro de Referência ao Alcoolismo e à Drogadição (BRAGA CAMPOS, 2000).

2.1.3- Santos: “rachando” o modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Santos, também a partir de 1989, integrou-se à luta pela construção do SUS. Como cidade pólo da região metropolitana da Baixada Santista, apresentava, naquele momento, uma desorganização do seu espaço urbano; uma enorme dívida social, com ausência de projetos destinados às áreas marginalizadas; uma multiplicidade de habitações coletivas e um aumento da ocupação nas áreas de riscos e de favelas de palafitas.

A nova administração municipal assumiu governar a cidade com autonomia, responsabilidade e, notadamente, com novas competências comprometidas com o tecido social. A gestão propunha-se implantar “uma política urbana integrada, harmoniosa, capaz de melhorar a qualidade de vida da população e reduzir as desigualdades na apropriação do espaço e das vantagens da vida urbana” (CAPISTRANO FILHO, 1997, p. 17).

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

A Secretaria de Higiene e Saúde de Santos (SEHIG), também conduzida por atores importantes do Movimento da Reforma Sanitária, assume a implantação do SUS e, pode, assim, demonstrar sua viabilidade. Procura construir um Sistema Único de Saúde comprometido com a “Defesa da Vida”. Para isso, buscou-se combinar as práticas clínicas com as de promoção de saúde, bem como, a descentralização e intersectorialidade das ações.

³⁷ Ela culminou com o afastamento do prefeito Jacó Bitar do Partido dos Trabalhadores e a saída dos secretários petistas do governo, em abril de 1991. É preciso destacar que a saída do professor Gastão Wagner S. Campos do comando da Secretaria Municipal de Campinas não o impede de continuar seus estudos sobre planejamento, processos de administração e gestão de serviços de saúde, construção de novos modelos assistenciais, entre outros, e fornecer importantes contribuições para o aperfeiçoamento do SUS, conforme aparecem citadas ao longo desse trabalho.

Estas, por sua vez, no que se referia às questões de saúde, estavam voltadas tanto para os indivíduos como para coletividade, considerando a diversidade e a amplitude dos recursos desse coletivo.

Porém, é na área da Saúde Mental que ocorre um maior grau de radicalidade em defesa da vida dos cidadãos. Para NICÁCIO (1994), inicia-se na cidade, em 1989, um:

processo social complexo ancorado na desconstrução do paradigma psiquiátrico; partindo da desmontagem do manicômio, como síntese da “instituição a ser negada”, projeta a construção da Saúde Mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social. Desconstruir e desmontar a instituição psiquiátrica implica estender esses processos às instituições, aos saberes e à cultura que a sustentam e legitimam. Não se trata de um processo específico, que ocorre no interior da disciplina psiquiátrica, mas atravessa diferentes dimensões: da política, das leis, do sanitário, da organização social, das normatividades, das instituições disciplinares, do imaginário (NICÁCIO, 1994, p. 24).

Esse processo foi desencadeado pelo início da intervenção decretada pela Prefeita Telma de Souza na Casa de Saúde Anchieta de Santos³⁸. Após a intervenção, as ações iniciais foram voltadas para a criação de um ambiente nas dependências do hospital com condições mínimas de convivência. Dessa forma foram:

- suspensas toda e qualquer situação ou ato de violência, ficando proibido as agressões verbais, físicas e desativados as celas fortes e o aparelho de eletrochoque;
- abertura de todos os espaços físicos internos do hospital, possibilitando a circulação das pessoas e acesso das visitas aos internos;
- recuperação das condições de higiene e alimentação dos internos, bem como as condições de saúde dos mesmos;

³⁸ Houve a intervenção nesse hospital psiquiátrico conveniado com o INAMPS, após vistoria realizada pela Prefeitura Municipal de Santos em conjunto com vários setores da sociedade civil. Essa vistoria tinha como finalidade verificar as irregularidades e as deficiências da instituição apontadas anteriormente por uma vistoria realizada pelo antigo ERSA-52, devido às constantes denúncias feitas pela imprensa local sobre os maus-tratos, violência, desrespeito aos direitos humanos e mortes dos internos. O hospital estava com superlotação, pois tinha 280 leitos, mas havia mais de 500 pessoas internadas. Havia também insuficiência de pessoal técnico e de apoio, utilização da mão de obra gratuita dos pacientes na manutenção do hospital, uso de eletrochoque, contenção em cela forte, além de péssimas condições de higiene e alimentação (NICÁCIO, 1994).

- reconstrução das identidades dos pacientes, através do uso contínuo de seus nomes próprios e da definição de locais (quarto e cama) para eles dormirem;
- resgate das histórias de vida dos internos, revisão de diagnósticos e medicação.

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

KINOSHITA, (1997) definiu aquele momento como:

A desconstrução da “velha ordem” para uma real possibilidade de uma instituição mais livre, mais humana, exigia que se introduzisse uma “nova ordem”. Em outras palavras, era importante que se estabelecesse um novo padrão de relacionamento entre todas as pessoas, incluindo pacientes, funcionários, técnicos e equipe dirigente. Estabeleceu-se como estratégia um processo intenso de grupalização, mediante reuniões, assembléias, etc. Esses “grupos” tiveram um caráter instrumental para a formação de uma “nova ética” (KINOSHITA, 1997, p. 69).

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

Assim, buscava-se a organização interna do hospital, norteadas pela reativação das subjetividades de todos os atores envolvidos no processo – internos, familiares, trabalhadores, gestores e população. As ações desenhavam um processo de desinstitucionalização, em que não apenas se desmontava o manicômio enquanto espaço físico, mas também permitia a desconstrução das práticas, idéias e afetos de todos em

relação à loucura.

[...] Iniciaram espaços de convivência, grupalidade, discussão coletiva de necessidades, conflitos, desejos, reivindicações. As propostas não tinham um modelo a ser seguido e sim tomavam como ponto de partida as necessidades dos pacientes.

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

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

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

A partir desse momento iniciou-se a construção de novos serviços e de um novo modelo de atenção em Saúde Mental. Foram criados: Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS)³⁹, Unidade de Reabilitação Psicossocial, Centro de Convivência Tam-Tam, Lar Abrigado, Núcleo de Atenção ao Toxicodependentes e Serviço de Urgência nos Prontos Socorros Municipais.

Os NAPSs eram responsáveis pelo atendimento integral à demanda de Saúde Mental de cada região, principalmente dos casos graves. Eles passaram a funcionar ininterruptamente, realizando ações de hospitalidade integral, diurna ou noturna;

³⁹ Inicialmente os NAPSs foram denominados de Núcleos de Apoio Psicossocial, sendo posteriormente chamados de Núcleos de Atenção Psicossocial

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

Toda essa rede de serviços substitutiva construída em Santos procurava atender: a garantia ao usuário do direito de hospitalidade, proteção ou continência aos usuários de acordo com sua necessidade; disponibilidade de uma rotina institucional ágil e plástica capaz de responder ao pedido de auxílio do usuário ou dos seus familiares; inserção das ações assistenciais no território de origem dos usuários; priorização dos projetos de vida nos serviços assistenciais e contínuo processo de valorização dos usuários e sua reinserção social (KINOSHITA, 1997).

Em síntese, a administração municipal de Santos viabilizou a construção do Sistema Único de Saúde, implantando uma rede territorial de atenção à Saúde Mental alternativa ao modelo manicomial. A Prefeitura interveio na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado, envolvido com uma série de denúncias de maus tratos e mortes violentas de pacientes. Iniciou-se ali um processo de reativação de subjetividades no qual todos os atores envolvidos- pacientes e técnicos- participavam. Buscou-se estimular a convivência entre o grupo de internos e a comunidade. Foi introduzida uma nova organização do espaço hospitalar. Tais transformações geraram novos serviços: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Estes funcionavam ininterruptamente e eram responsáveis pela acolhida de toda e qualquer demanda psiquiátrico-psicológica de uma dada região geo-político-cultural da cidade, isto é, de um território.

2.1.4- Outra experiência singular em São Paulo: o Programa de Saúde Mental do Programa Saúde da Família (PSF)

É importante ainda destacar mais uma experiência construída na década de noventa. Trata-se do Projeto de Saúde Mental do PSF. Essa experiência vem sendo desenvolvida em vários municípios do país, porém, mais uma vez, o foco deste trabalho localiza-se na experiência desenvolvida na cidade de São Paulo, pelo Projeto QUALIS II/PFS, administrado pela Fundação Zerbini em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde.

O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994⁴⁰, sendo que em 1996 a Secretaria Estadual de Saúde assinou convênio com a Fundação Santa Marcelina criando o Projeto QUALIS I/PSF, em Itaquera, zona leste de São Paulo. Em 1997 foi criado o Projeto QUALIS II/PSF, em parceria com a Fundação Zerbini, para desenvolver ações nas regiões norte e sudeste da capital.

O PSF recebeu muitas críticas em relação às suas limitações na solução das necessidades de atenção à saúde da população e às suas fragilidades para o enfrentamento dos desafios impostos na construção de novo modelo assistencial em saúde. No entanto, em alguns municípios, a implantação foi importante, em especial, naqueles inscritos em regiões pobres e desassistida ou nos quais se procurou transpor o modelo oficial. Em São Paulo, segundo LANCETTI (2000), os núcleos do PSF supriram o vácuo provocado pela interrupção do processo de municipalização da Saúde, bem como a instalação do Plano de Assistência à Saúde (PAS), realizadas pelas administrações municipais de Paulo Maluf e de Celso Pitta.

⁴⁰ O PSF origina-se do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado EM 1991. O programa visa, desde seu início, a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional centrado na assistência curativa e hospitalar, levando a saúde perto das famílias e com isso melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, nas áreas mais pobres e desassistidas. Suas ações devem priorizar a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das pessoas através do atendimento domiciliar e nas UBSs. A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. O PSF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. Ele recomenda ainda que uma equipe composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

Em 1998, iniciou-se a construção de um Programa de Saúde Mental para o Projeto QUALISII/PFS. O programa visava intensificar a integralidade das ações já desenvolvida pelo PSF, nas quais priorizava-se o atendimento das emergências de população de uma dada região através de intervenções resolutivas realizadas no próprio local e descolada dos atendimentos tradicionais.

O Programa de Saúde Mental no PSF criou duas equipes volantes de Saúde Mental, cujas atribuições iniciais norteavam-se por três premissas básicas. A primeira estava relacionada à identificação e ativação dos recursos da comunidade para serem conectados à rede traçada pelo Projeto. A segunda referia-se à importância do processo terapêutico enquanto um dispositivo articulado à rede de assistência em saúde para que ele pudesse de fato promover a ressignificação do sintoma do usuário. Finalmente, a terceira premissa era a de que o método de trabalho deveria conter a criatividade e a invenção na busca de uma desinstitucionalização radical na assistência em Saúde Mental. Portanto, as ações do Programa orientaram-se na experiência desenvolvida em Santos⁴¹.

Nesse sentido, o Programa de Saúde Mental do Projeto QUALIS:

em vez de retirar o membro mais “problemático” do núcleo familiar, propõe-se a ajudar a família para que esta ajude seus membros mais necessitados; [...] a responsabilidade pelo cuidado dessas famílias é da equipe de saúde da família e da equipe de Saúde Mental; [...] será dada prioridade às famílias que se encontram em maior dificuldade; [...] quando a equipe de Saúde Mental intervém, elabora uma programação para cada família. Esse programa é monitorado, isto é, acompanhado passo a passo, dia a dia, [...] as famílias serão atendidas preferencialmente na hora em que todos ou a maioria dos familiares estejam em casa. Em muitas oportunidades vamos ao encontro de surpresa (LANCETTI, 2000, p. 22).

O programa de Saúde Mental do projeto QUALIS, também procurava pautar suas ações no conceito de cidadania. Essas ações não previam a utilização dos dispositivos tradicionais de atenção, tais como: consulta psiquiátrica, consulta psicológica e visitas

⁴¹ O coordenador do Projeto QUALISII/PFS nesse momento é o médico sanitário David Capistrano Filho, ex-secretário de saúde (1989-1992) e ex-prefeito (1993-1996) de Santos. O responsável do Programa de Saúde Mental é Antônio Lancetti importante ator social do processo de implantação e consolidação da experiência santista e ex-secretário da Secretaria Municipal de Assistência Social de Santos (1993-1996).

domiciliares. A medicação era prescrita e administrada pelos médicos de família, com participação dos enfermeiros. O psiquiatra da equipe de Saúde Mental exercia a função adicional de consultor dos médicos e enfermeiros de família.

Os usuários eram identificados, na maioria das vezes, pelos agentes comunitários de saúde e as intervenções eram realizadas preferentemente de surpresa. Eram também realizadas reuniões sistemáticas pelo menos uma vez por mês, por intermédio do prontuário de cada grupo familiar e valorizado o conhecimento, mesmo que rudimentar, da biografia dos usuários em questão. Além disso, os casos de menor gravidade eram atendidos pelas equipes do PSF sem a participação direta da equipe de Saúde Mental.

Finalmente, diante de riscos graves para o usuário, buscava-se hospitalidade e somente quando não existiam “camas não manicomialis” ele era internado em hospital psiquiátrico. Porém, a internação, sempre que possível, era conduzida pelas equipes de Saúde Mental e de saúde da família. Os usuários eram visitados e o andamento do processo, a medicação e as estratégias clínicas eram discutidas com as equipes das enfermarias psiquiátricas e dos prontos-socorros. Buscava-se ainda, parcerias, para operar os processos de reabilitação psicossocial, comprometendo toda a organização sanitária, elaborando conexões com outras políticas públicas e descobrindo os recursos escondidos das comunidades (LANCETTI, 2000).

Para isso, foi desencadeado um processo de capacitação dos agentes comunitários de saúde para que eles fossem capazes de: considerar família todo grupo de pessoas que coabitam e desenvolvem entre si as mais variadas formas de parentesco; suspender provisoriamente suas opiniões pessoais, respeitar as diferenças de crenças e religiões e evitar os conselhos; considerar-se um membro da equipe e, portanto, não dar respostas imediatas, pois ele faz parte de um grupo responsável pelas ações necessárias para se cuidar de alguém; prestar atenção ao grupo familiar todo, pois, o paciente é a família toda, e, seguir a programação com cuidado, em todas as suas etapas (LANCETTI, 2000).

Algumas análises podem ser realizadas a partir dessa experiência. De início é preciso ressaltar que ela, sem dúvida alguma foi muito significativa, pois permitiu ampliar as possibilidades de intervenção em Saúde Mental na saúde coletiva. Assim, esse programa de Saúde Mental no PSF, de uma maneira geral, representou mais um passo importante no

processo de construção e consolidação da Atenção Psicossocial⁴² enquanto uma rede dos serviços disponíveis em dado território, na medida em que se propõe a desenvolver ações substitutivas às internações psiquiátricas pautadas na concepção do sofrimento mental como existência-sofrimento, no trabalho interprofissional, na integralidade e na territorialidade. Outro fato a ser destacado é o momento histórico em que essa experiência ocorreu. Além disso, a cidade de São Paulo, naquele momento, como já foi apontado, estava com seu sistema de saúde em colapso em função da implantação do PAS, sendo que os serviços substitutivos de Saúde Mental ao hospital psiquiátrico estavam praticamente desmantelados.

Porém, a análise de sua proposta em termos de seus objetivos e metodologia, permite constatar que tal programa se propunha atender essencialmente os casos emergenciais e que esse atendimento, por sua vez, contemplava ações em que se articulavam os recursos existentes na comunidade com os da rede de assistência em saúde do município. Esta situação em que se alinham, por um lado, a priorização dos casos de emergências e por outro lado, um atendimento sustentado na articulação de recursos existentes na comunidade e na rede de assistência, sem que estejam explicitadas as ações desenvolvidas e nem o tipo grau de comprometimento dos vários níveis de poder público (estadual e municipal) e de outros setores da comunidade, pode conter um certo risco de restringir tal programa à apenas ao atendimento das crises dos usuários com sofrimento psíquico centrado no modelo médico e no tratamento medicamentoso e, portanto, contribuir na manutenção da lógica que se propunha superar.

De todo modo, o Programa da Saúde da Família tem se ampliado e cada vez mais vem se consolidando como uma estratégia de reorganização da atenção básica nos municípios. E com ele tornou-se mais freqüente a inserção de ações de Saúde Mental no Programa da Saúde da Família.

⁴² A Atenção Psicossocial define-se por uma série de transformações no paradigma Manicomial e Psiquiátrico, nas esferas político-ideológica e teórico-técnica. As ações político-ideológicas estão voltadas para o resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania, mas considerando a particularidade da situação dos usuários dos serviços de Saúde Mental. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam. Assim, a Atenção Psicossocial configura um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando em termos de reabilitação psicossocial e para outras que certamente virão (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

2.1.5- Campinas: Saúde Mental e o Programa Paidéia – Saúde da Família

Campinas, a partir da gestão iniciada em 2001, retoma suas experiências realizadas na área da saúde descritas anteriormente nesse capítulo. Retoma a condução da Secretaria Municipal de Saúde o médico sanitário e professor da UNICAMP Gastão Wagner de S. Campos, que procura reorganizar a atenção em saúde na perspectiva de rede e de território, bem como de redefinir o processo de trabalho em saúde.

A rede básica do município, naquele momento, desenvolvia ações junto à população adulta, à criança e à mulher. Oferecia também atenção em Saúde Mental e bucal, serviços de diagnóstico por imagens e laboratório, além de realizar uma ampla distribuição de medicamentos. Essa rede de atenção em saúde apresentava diversos problemas que indicavam sua incapacidade de absorver a demanda ou mesmo atender às necessidades básicas de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS - SMS-CAMP, 2001a).

Assim, o município elaborou as Diretrizes para Atenção Básica à Saúde na gestão 2001 – 2004, denominado Projeto de Saúde Paidéia⁴³ Tal projeto buscou implantar o Programa de Saúde da Família em Campinas, orientado por algumas diretrizes, tais como: a) promoção e prevenção de saúde e autonomia das pessoas na comunidade; b) acolhimento e humanização no atendimento de modo a responder com responsabilidade; c) atendimento clínico de qualidade, a partir do respeito das especificidades e diferenças; e, d) co-gestão da comunidade no planejamento, na execução dos serviços e no acompanhamento e fiscalização das ações (SMS-CAMP, 2001b).

O Programa Paidéia de Saúde da Família se propõe conjugar os conceitos de saúde e cidadania. Para isso tem como eixo fundamental, não o equipamento de saúde, mas a equipe local de referência às famílias adscritas em um determinado território. O programa

⁴³ A noção de “Paidéia” se refere ao processo de desenvolvimento integral do Ser Humano, de modo que o fator Paidéia de um Método seria “um processo de construção deliberada (não onipotente, mas intencional) de Sujeitos com importante grau de autonomia” (CAMPOS, 2000, p. 146). Portanto, o acréscimo do adjetivo Paidéia ao substantivo saúde decorre do reconhecimento da saúde como um processo social e subjetivo em que as pessoas ampliam a capacidade de compreender-se a si mesmos, aos outros e ao contexto e, conseqüentemente, aumenta sua possibilidade de agir sobre estas relações tanto no que se refere às necessidades da coletividade como dos indivíduos. O Efeito Paidéia sobre as pessoas é resultado de afetos, de conhecimento e do poder (CAMPOS, G.W.S., 2001a). Portanto, o método Paidéia é uma tentativa de sistematizar modos de intervir de forma deliberada nestas três dimensões. Pensar e agir com deliberação é atuar segundo finalidades, buscando algum sentido para a vida. Pode-se buscar este efeito segundo valores e intenções prévias, mas deve-se reconhecer que o controle sobre este processo será sempre parcial, já que há inúmeros fatores produzindo efeitos sobre pessoas e instituições.

também passou operar com um conceito ampliado de família enquanto um grupo de pessoas que co-habita um mesmo espaço, construir uma rede ampla de apoio e de solidariedade entre as equipes, as famílias e outras organizações.

Tanto a equipe de referência quanto seus pacientes tornam-se mais singulares e com mais pertença, aumentando a possibilidade de interação em um território cheio de relações e recursos a serem descobertos, vividos, potencializados e até transformados. O vínculo se estabelece ao percorrermos essa nova territorialidade: é no exercício da co-gestão que se irão construindo contratos e compromissos (SMS-CAMP, 2001c, p.1).

Dessa forma, implanta-se nos Centros de Saúde equipes locais de referência – as equipes de saúde da família, e núcleos de saúde coletiva - equipes matriciais. Estas equipes constituem-se em Unidades de Produção, em que além do objetivo comum de trabalho, têm também poder gerencial próprio, isto é, tem autonomia relativa para pensar e organizar o processo de trabalho e projetos terapêuticos. As Unidades de Produção contam com um colegiado composto pelos membros ou representantes das várias equipes locais, sendo que o coordenador do Centro atua como apoiador das equipes e articulador junto a outros níveis do sistema (SMS-CAMP, 2001a).

As equipes locais de referências são responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, a partir da construção de um cadastro familiar com os dados propostos pelo MS e pela própria SMS-CAMP, com informações e classificações sobre riscos familiares e individuais. Essas Equipes de Saúde da Família são compostas por médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, dentista, entre outros, respeitando as características do município em termos epidemiológicos e da capacidade da própria rede de modo que é comum a participação nessas equipes de médicos de outras especialidades como pediatras, gineco-obstetras e clínicos.

Os núcleos de Saúde Coletiva são formados por profissionais com formação específica como, por exemplo: Saúde Mental, Saúde Coletiva, reabilitação. As atribuições dessa equipe matricial organizam-se a partir dos problemas específicos da região e do projeto de descentralização da vigilância em saúde. A função dessas equipes é tanto apoiar as equipes locais de referências em áreas específicas, como desenvolver ações diretas no território (SMS-CAMP, 2001a).

Essa reorganização na atenção básica em saúde em Campinas exigiu transformações significativas não apenas na infraestrutura da rede, mas principalmente um método que possibilitasse mudanças de gestão, de planejamento e de trabalho. Um método que permitisse “produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos” (CAMPOS, 2000, p. 14).

Para viabilizar tais mudanças, a SMS-CAMP utilizou-se do Método da Roda⁴⁴, em que se busca o fortalecimento dos sujeitos bem como produção da democracia institucional a partir da transformação das relações de dominação, da criação de novos contratos, compor consensos, alianças e implantar projetos. Enfim, construir um novo consenso, norteado por uma outra ética capaz de aumentar

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

Nessa perspectiva, os Centros de Saúde foram reorganizados a partir da constituição da Gestão Colegiada e de sua transformação em Unidades de Produção. A gestão colegiada supõe tanto uma maneira de racionalizar os meios para se alcançar determinado fim, como uma de democratizar o poder e motivar e desenvolver os participantes e, com isso, constituir Coletivos Organizados. As Unidades de Produção é alternativo ao conceito de departamento ou de seção comum às concepções gerenciais burocráticas. Elas são constituídas segundo a lógica da produção simultânea de valores de uso e de Coletivos e

seriam tanto arranjos propiciadores desse movimento, quanto produto de um esforço dessa natureza. Máquinas produzidas por Sujeitos e produtoras de Grupos Sujeitos, base subjetiva sobre a qual se assementam os Coletivos Organizados (CAMPOS, 2000, p. 154-55).

Uma Unidade de Produção, como Coletivo Organizado em potencial, composta por diferentes profissionais e especialistas envolvidos com a produção de determinado produto ou resultado e sob uma mesma direção.

⁴⁴ CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

Segundo CAMPOS (2000), os Colegiados e as Unidades de Produção produzem efeitos em quatro planos: a) político-social- espaço em que ocorre a disputa de poder e a construção de projetos, compromissos e contratos de modo a romper com o automatismo das alianças e composições definidas *a priori*; b) subjetivo- espaço para a análise institucional com a finalidade de emergir novas visões de mundo, a reconstrução da organização, bem como da subjetividade do grupo e das pessoas; c) pedagógico – espaço para a educação continuada, a partir da inclusão de atividades de ordem educativa, discussões e leituras sobre o como fazer determinada ação; d) gerencial- espaço de organização de instâncias de gerência comprometidas com a realidade cotidiana.

A produção dos efeitos acima apontados a SMS-CAMP tem promovido um processo de educação continuada com as equipes locais de referência e as de apoio, com objetivo modificar o processo de trabalho nas UBS e de ampliar a clínica. Nesse sentido, todos os trabalhadores da Saúde estão sendo capacitados para atuar de maneira mais acolhedora e humanizada e com responsabilidade. O modelo pedagógico adotado é o construtivo do conhecimento e de intervenção na realidade⁴⁵, em que há a articulação entre a informação, o texto, a análise e a práxis. Em síntese, o processo de educação continuada deve permitir:

analisar a dinâmica dos Coletivos e intervir no seu desenvolvimento a partir da composição e leitura de Textos, de sua Análise e Interpretação, elaborando-se com isto novos sentidos e significados que orientem o Agir concreto (CAMPOS, 2000, p. 195).

Na área de Saúde, segundo BRAGA CAMPOS. (2001) a reorganização da Rede Básica de Atenção, em Campinas a partir da implantação do Programa Paidéia-Saúde da Família constituiu-se um desafio também para a rede de atenção em Saúde Mental, uma vez que colocou as equipes de Saúde Mental das UBS, dos CAPS, dos Centros de Convivências e de outros serviços em contato como uma demanda que não se enquadrava nas modalidades de atendimentos oferecidos pela rede.

⁴⁵ O Método da Roda, como um método construtivo de conhecimento e de intervenção na realidade trabalha com a noção de que há simultaneidade entre a geração, a coleta e a análise de informações. A partir daí e em função do que foi interpretado decidem-se e desenvolvem ações, com distribuições de tarefas entre os componentes de um Coletivo. Assim, o Método sugere trabalhar-se com uma fusão de todos estes procedimentos, de modo que os Coletivos realizem quase todas as etapas do processo acima descrito (CAMPOS, 2000).

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

Para manter seu compromisso de responsabilização pelo usuário ampliou e consolidou os serviços de atenção psicossocial e suas equipes multidisciplinares de maneira a garantir a flexibilidade de ofertas necessária ao tratamento mais eficaz e, portanto, romper com o sistema de serviços hierarquizados.

Esses serviços de atenção psicossocial se constituem de: Centros de Convivências, na rede para atenção à dependência química, uma rede de apoio à criança e ao adolescente, CAPSs - 24 hs, moradias terapêuticas e núcleos de oficinas de geração de renda.

Essa experiência que vem sendo implantada atualmente em Campinas aponta alguns aspectos importantes para a construção do modelo de atenção psicossocial de fato substitutivo ao modelo psiquiátrico tradicional. Esses aspectos merecem uma análise mais detalhada e aprofundada, o que transcenderia os objetivos desse trabalho.

No entanto é necessário destacar que a reorganização e ampliação da rede de atenção em saúde orientada pela vinculação das famílias adscritas em determinado território, pela concepção da clínica ampliada, pela idéia de acolhimento e responsabilização dos usuários e pelo sistema de co-gestão podem produzir avanços na construção de uma rede de atenção tanto na saúde como na Saúde Mental em seus pressupostos básicos. A experiência se propôs contemplar não apenas a ampliação dos serviços em termos de construção de novos equipamentos, mas essencialmente a reconstrução conceitual e prática do trabalho.

◆ Algumas considerações sobre as experiências

Todas as experiências, acima descritas, contribuíram muito para os avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em suas semelhanças e diferenças, os três municípios, compromissados com o SUS, procuraram de fato implantá-lo, mostrando com isso a viabilidade e a importância deste na promoção de saúde e assistência de qualidade da população. Para isso, tiveram como eixo orientador a defesa e a qualidade de vida dos cidadãos e não apenas a relação custo/benefício financeiro dos serviços e ações. Os gestores assumiram também ultrapassar a simples busca da humanização das relações entre sujeitos, sociedade e instituições psiquiátricas e a construção de novas tecnologias para a assistência na área.

Na Saúde Mental, as referidas administrações municipais buscaram a construção de um outro lugar social para a loucura que não fosse o da anormalidade, da periculosidade, da irresponsabilidade, da incompetência, da insensatez, do erro, do defeito e da incapacidade. Os objetivos estavam centrados na inclusão, na solidariedade e na cidadania.

BRAGA CAMPOS (2000), ao sintetizar as três experiências em termos de objeto, objetivo, sujeito de tratamento e agente profissional, apontou que em São Paulo o objeto foi a Saúde Mental, o objetivo foi a prevenção e a promoção de Saúde Mental. Portanto, o sujeito de tratamento foi a coletividade e o agente profissional foi a equipe de Saúde Mental. Em Campinas, a autora destacou que o objeto também foi a Saúde Mental, com os objetivos centrados na prevenção secundária e na reabilitação psicossocial por intermédio de ações voltadas para o doente mental e desenvolvidas pelas equipes de Saúde Mental e de referência. Já em Santos, o objeto foi a inclusão social, o objetivo foi a reabilitação psicossocial, o sujeito de tratamento foi o *ser-existência em sofrimento no corpo social* e o agente profissional foi a equipe de referência.

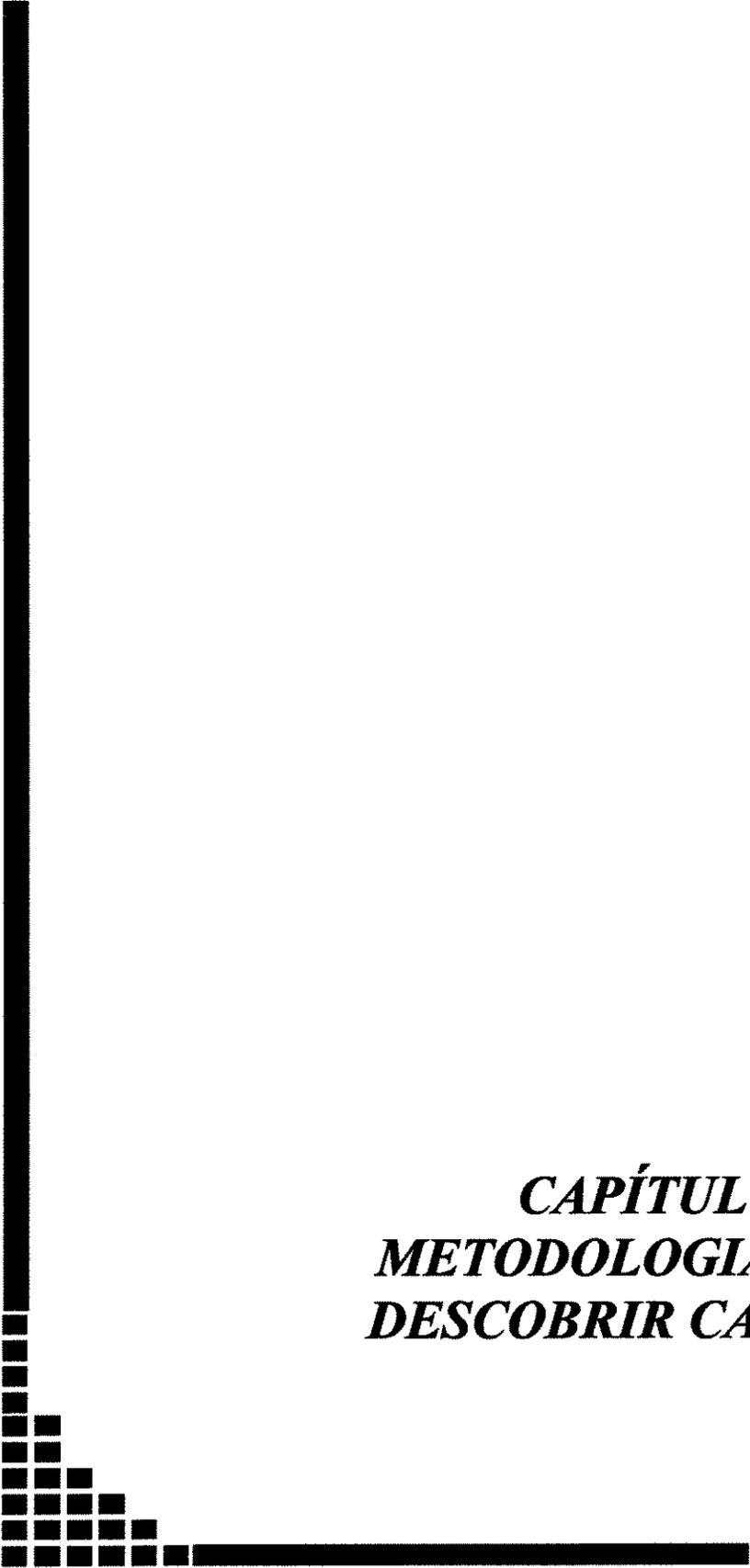
MEDEIROS (1994) destacou uma diferenciação, realizada por um dos sujeitos de seu estudo, entre as experiências realizadas em Santos e Campinas:

Santos adota um modelo basicamente da psiquiatria italiana, que é diferente do nosso, embora teoricamente a gente se refira muito à psiquiatria italiana. A diferença é que Santos começou a lidar com a

Saúde Mental (na esfera municipal), a partir de dentro de um Hospital; o nosso ponto inicial e central de atuação não é esse. Tanto que nós começamos pela Rede, e isso é basicamente outro modelo. (MEDEIROS, 1994, p. 90).

BRAGA CAMPOS (2001), no entanto, ressaltou várias dificuldades enfrentadas pelo gestor municipal para criar uma rede de atenção em Saúde Mental substitutiva. O primeiro deles refere-se aos recursos à escassez dos recursos financeiros. Um outro obstáculo é a resistência dos próprios hospitais psiquiátricos. Finalmente a autora destacou os preconceitos da sociedade para com os serviços de Saúde Mental e que interferem nas instâncias de controle social, principalmente, no segmento dos usuários.

A autora observou ainda que todas as experiências desenvolvidas desde 1970 foram contribuindo para a construção de um modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira centrado em serviços extra-hospitalares inseridos na comunidade, hierarquizado em níveis de atenção primária, secundária e terciária. Esse modelo vem orientando as experiências construídas a partir daquela época, com exceção de município de Santos, que ao romper com a lógica desse modelo hierarquizado proporcionou a ampliação das experiências e a criação de outras “modelagens”, cujas inovações vêm orientando a remodelação da rede de atenção em Saúde Mental, à superação da organização de serviços, de ações hierarquizadas e do processo de trabalho, o desenvolvimento de ações tendo a rua como espaço terapêutico, a articulação com o PSF e com outros recursos do território.



CAPÍTULO 3
METODOLOGIA: COMO
DESCOBRIR CAMINHOS

... meta

Fica na remota distância.

Pode ser claramente vista, embora

Seja para mim difícil de alcançar

Brecht

3.1- Aportes teóricos

As experiências brasileiras, sobretudo as realizadas no Estado de São Paulo, com objetivo de mudar o modelo assistencial em Saúde Mental e superar o modelo psiquiátrico dominante, vêm delimitando projetos de intervenções que visem uma Atenção Psicossocial. Esses projetos contemplam questões teóricas, políticas, culturais e sociais do sofrimento psíquico e sua assistência. Apesar da heterogeneidade, decorrente da diversidade de conceitos e práticas entre os vários atores da Reforma Psiquiátrica, pode-se constatar que essa rede de serviços e de cuidados desenha um novo tipo de assistência. Nesta perspectiva, vários autores (AMARANTE, 1996, 1999; KINOSHITA, 1997; COSTA-ROSA, 1987, 2000) construíram aportes teóricos acerca das práticas denominadas de Atenção Psicossocial. Embora apresentem formas diferentes, essas produções contemplam os mesmos fundamentos e se situam no mesmo campo político, teórico-técnico⁴⁶.

Nesse trabalho, inicialmente serão abordados as concepções de AMARANTE (1996, 1999) sobre as transformações necessárias para se viabilizar a superação do modelo psiquiátrico dominante em diversos campos. Em seguida, serão analisados os aportes de COSTA-ROSA (1987, 2000), acerca a construção de um novo paradigma, denominado

⁴⁶ Costa-Rosa destaca que “as diferenciações das práticas em Saúde Mental em relação ao modo asilar, entre nós, se dão, num primeiro momento, sobretudo por inspiração direta [...] do modelo comunitário americano, algumas idéias do modelo da comunidade terapêutica, outras do modelo de ‘setor’, e por fim outras do ‘modelo italiano’ —, porém todas essas contribuições têm sido aproveitadas e metabolizadas em algumas experiências circunscritas, em que se mostra a possibilidade de configuração de um paradigma radicalmente novo. [...] podemos observar a utilização das contribuições da psicanálise e, mais raramente, do Materialismo Histórico, e mesmo de alguns ‘híbridos’ desses dois campos de saber; ainda que muitas vezes essas contribuições passem inadvertidas para os trabalhadores, que as obtêm, pela via indireta, já incorporadas nos modelos importados” (COSTA-ROSA, 2000:150-1).

Modo Psicossocial, na dimensão teórico-técnica. Finalmente serão destacados alguns componentes propostos por KINOSHITA (1997) considerados necessários na construção de novos dispositivos em Saúde Mental.

3.1.1- Superação do modelo psiquiátrico: dimensões fundamentais

AMARANTE (1999, 2003) procura construir uma concepção de Reforma Psiquiátrica que seja mais que uma simples reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial psiquiátrico. Ele considera a Reforma psiquiátrica como processo de transformação estrutural em constate movimento, com a participação de diversos atores sociais, cuja multiplicidade de interesses, concepções e propostas produzem conflitos e exigem mediações. Em síntese, a Reforma Psiquiátrica, para o autor, é um processo social complexo em que

se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade (AMARANTE, 2003, p. 49)

Nesse sentido, AMARANTE (1999, 2003) procura construir alguns componentes necessários para superar o modelo psiquiátrico. Ele propõe quatro dimensões fundamentais para desenhar as mudanças do paradigma psiquiátrico: 1) dimensão teórico-conceitual; 2) dimensão técnico-assistencial; 3) dimensão político- jurídica; e, 4) dimensão sociocultural.

◆ dimensão teórico-conceitual

Na dimensão teórico-conceitual ele ressalta que deve haver a desconstrução de conceitos da psiquiatria e da psicologia acerca da doença mental e construção de noções como a de existência-sofrimento do sujeito na sua relação com o tecido social, acolhimento, cuidados, emancipação e autonomia. Para tanto, ele retoma os pressupostos da psiquiatria democrática italiana, mais especificamente do processo da desinstitucionalização.

O autor analisa que é importante retomar a noção de institucionalização como um complexo de danos decorrentes da submissão do doente internado, de forma compulsória e por tempo indeterminado, ao autoritarismo e à coerção do manicômio. Esses danos caracterizam-se por uma perda de interesse por si mesmo e pelo mundo, em consequência de um processo de regressão e restrição do EU e, portanto, uma indução a um vazio emocional. Uma outra noção a ser recuperada é o poder institucionalizante da reclusão, isto é, um conjunto de forças instituídas responsáveis pela redução e restrição do doente que transcendem os limites impostos pelo próprio sofrimento psíquico.

A partir dessa contextualização, AMARANTE (1996) aponta que a proposta de desinstitucionalização basagliana supõe necessariamente a abordagem teórica centrada na psicopatologia da doença mental e política relacionada à exclusão e à estigmatização social dos doentes mentais. A desinstitucionalização não deve ser voltada apenas ao hospital psiquiátrico, mas também a todo o conjunto de saberes e práticas da psiquiatria. Essa proposição aparece reafirmada por ROTELLI et al (1990), no texto abaixo relacionado, afirma que:

[...] o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a "doença", da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, e administrativos (precisamente a "instituição"), todos referidos à "doença". É esse conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto "existência" doente". (ROTELLI et al., 1990, p. 27-8)

O percurso desse processo radical é complexo e indireto. Sua trajetória supõe a desconstrução e transformação de seus elementos explícitos e implícitos, sendo uma das suas estratégias de ação deve ser a negação da psiquiatria enquanto ideologia. (AMARANTE, 1996).

Essa estratégia supõe a renúncia da vocação terapêutica instituída por intermédio da superação do paradigma psiquiátrico. Isto significa negar a instituição manicomial; o saber psiquiátrico sobre a doença mental; do poder do psiquiatra em relação

ao paciente; o seu mandato social de custódia. Além disso, implica também a denúncia da violência sofrida pelo doente dentro e fora da instituição.

Para isso ocorrer é preciso colocar em análise as funções da psiquiatria tanto no espaço asilar como na sociedade para inverter sua lógica: colocar entre parênteses a doença mental e entrar em contato e conhecer o sujeito em sua experiência-sofrimento (BASAGLIA, 1991).

Nessa perspectiva, AMARANTE (1996) aponta que:

[...] a negação da ciência psiquiátrica enquanto ideologia inscreve o saber-fazer sobre a loucura e o processo saúde/enfermidade mental num campo eminentemente ético, que resgata a dimensão das relações entre os homens, que problematiza a função social e política das tecnociências e dos técnicos, que devolve à loucura a possibilidade de uma dimensão plural. Além do mais, o psiquiatra e os técnicos da psiquiatria, enquanto socialmente reconhecidos como portadores de um saber sobre a loucura e os seres humanos, têm uma função ética singular ao renunciarem ao mandato social de exclusão, segregação e medicalização do sofrimento humano e das formas sociais de produção da anormalidade (AMARANTE, 1996, p. 104).

◆ dimensão técnico-assistencial

As transformações na dimensão técnico-assistencial devem ocorrer, concomitantemente à reconstrução teórico-conceitual. Como tal, elas supõem a invenção de uma rede de novos serviços, de espaços, de sociabilidade, de trocas e de produção de subjetividades. Isto significa colocar a *doença entre parênteses* e propiciar contato com o sujeito, rompendo com as práticas essencialmente da prescrição medicamentosa e psicoterápica. Desse modo, é necessário mobilizar todos os atores envolvidos- trabalhadores e usuários- como sujeitos sociais e protagonistas de suas histórias, realizando o outro passo do processo de desinstitucionalização. Dessa forma, a relação terapêutica deve ativar toda a rede de relações existentes, desestabilizando as competências, os poderes, os interesses e as demandas sociais (AMARANTE, 1996).

As transformações são produzidas por dentro da instituição psiquiátrica, em seu cotidiano concreto e por intermédio de ações que visem a elaboração de uma nova política de Saúde Mental, o enriquecimento da existência global, complexa e concreta dos atores envolvidos e a construção de estruturas externas substitutivas à internação psiquiátrica. Essa construção implica uma multiplicidade de intervenções de modo a ocupar os espaços do território para se cuidar do usuário.

A possibilidade de o usuário ser tratado nos espaços sociais, por intermédio de uma multiplicidade de ações, tornando-o um ator social, sujeito de direitos está em consonância com a denominada emancipação terapêutica proposta por ROTELLI

[...] A emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamento que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico (ROTELLI, 1990, p. 31).

Na medida em que o processo de desinstitucionalização é norteado pela utopia de uma sociedade sem manicômios, ele requer uma revisão não apenas epistemológica, mas também ética. Nesse contexto, AMARANTE (1999) destaca um outro componente da Atenção Psicossocial: a dimensão político-jurídica.

◆ dimensão político-jurídica

Nessa dimensão, em consonância com as teses do Movimento Sanitário, deve-se buscar a revisão da legislação ordinária que trata especificamente da Saúde Mental, ou seja: código civil; código penal e legislação sanitária; propõe, ainda, modificações na legislação trabalhista, considerando a interface trabalho/Saúde Mental.

A ampliação dos direitos sociais, jurídicos e políticos aos doentes mentais coloca em cena a questão da cidadania uma vez que reivindica a eles não apenas o direito de cuidar-se, mas de pertencerem ao tecido social, aceitos em sua diversidade e diferenças. Aqui as ações de reinserção social realizadas por dispositivos como cooperativa, residência terapêutica podem ser de fundamental importância.

◆ **dimensão sociocultural**

Finalmente, o autor, aponta a dimensão sociocultural como aquela que traduz a construção de práticas sociais para a transformação do imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental, a anormalidade. Para isso é necessário transformar as representações dos usuários, dos trabalhadores, enfim de toda os segmentos sociais, acerca da loucura e de sua assistência.

A luta por uma Sociedade sem manicômio deve transcender a especificidade da Saúde Mental e manter um estreito vínculo com a luta pela transformação da sociedade. As formas da participação popular na Saúde Mental realizada por intermédio dos: Conselhos-gestores, dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências de Saúde e de Saúde Mental, dos Movimentos Populares, de Associações de Usuários e familiares e de Cooperativas, entre outros, constituem-se recursos necessários para se viabilizar a Atenção Psicossocial. Os mecanismos de participação popular na Saúde Mental, além de ser em coerentes com a ética da participação geral do cidadão na vida social, também possibilitam a superação do paradigma sujeito-objeto predominante no modelo psiquiátrico.

3.1.2- Do Modo Asilar ao Modo psicossocial – transição paradigmática

COSTA-ROSA (1987, 2000) ao analisar os avanços das teorias e práticas em Saúde Mental coletiva desenvolvidas nas duas últimas décadas procura definir o Modo Psicossocial como um novo paradigma. Para ele, o Modo Psicossocial supõe transformações ideológico-políticas e teórico-técnicas no campo da Saúde Mental como forma de superar o modelo psiquiátrico moderno. Estas, embora sejam indissociáveis, apresentam especificidades distintas. Na sua dimensão ideológico-política seu objetivo é a construção de um outro lugar social para a loucura que não seja o da anormalidade, da periculosidade, da irresponsabilidade, da incompetência, da insensatez, do erro, do defeito e da incapacidade. Na dimensão teórica-técnica busca-se a construção de um paradigma teórico e de novas tecnologias de intervenção capazes de viabilizar os objetivos propostos na esfera ideológico-política.

O Modo Psicossocial, como negação do modelo dominante das práticas em Saúde Mental possibilita analisar historicamente os avanços ocorridos nas práticas concretas nessa área. Portanto, a abordagem do Modo Psicossocial é realizada na forma da afirmação de suas características necessárias para que seja de fato capaz de ser alternativo ao Modo Hospitalocêntrico⁴⁷ (COSTA-ROSA, 1999).

Para realizar seu trabalho, o autor utiliza como operadores de análise os conceitos de alternatividade, de instituição e a proposição da instituição como intermediário necessário. Esses operadores são inspirados em diferentes movimentos sociais e várias teorias. Nesse sentido, o autor destaca que:

[...] A compreensão mais ampla de sua complexidade exige incursões pela teoria da análise política de instituições, teoria da análise institucional, teoria da constituição subjetiva e elementos de análise da história dos principais movimentos institucionais internacionais no campo da Saúde Mental e suas repercussões no contexto brasileiro: psiquiatria de setor e psicoterapia institucional (França), antipsiquiatria e comunidade terapêutica (Inglaterra), Saúde Mental comunitária (EUA) e movimento da desinstitucionalização (Itália) (COSTA-ROSA, 2000, p. 142).

Um primeiro conceito que o autor utiliza-se para distinguir o Modo Psicossocial do Modo Asilar é alternatividade. Para ele as práticas psicossociais surgem em oposição às práticas asilares. Portanto as primeiras devem ser consideradas alternativas às últimas. Um modo de atuação alternativo supõe um estágio de contradição em que a essência de suas práticas é oposta quanto aos seus parâmetros basilares. Porém, um modo de atuação alternativo, ao reunir a condição de oposição e dissidente, não chega a ser clandestino. Aponta para a idéia de conflito, enquanto oposição e luta de contrários sem, entretanto, confundir-se como disfunção, pois ao mesmo tempo em que é fonte de desestabilização é força propulsora de mudanças e transformações. Enfim, um modo de atuação é alternativo a outro quando essas transformações tornam-se substitutivas a um determinado modo dominante. Isto supõe que um modo de atuação substitutiva deve ultrapassar a condição de simples diferença entre visões não essenciais para a condição de diferença essencial. A contradição e diferença podem ser entendidas como momentos diferentes do

⁴⁷ O autor utiliza-se para se referir ao modelo psiquiátrico dominante também a denominação Modo Asilar.

desenvolvimento de um determinado modo de atuação alternativo (COSTA-ROSA, 1987, 2000).

O segundo operador de análise proposto pelo referido autor é o conceito de instituição, pois considera que as transformações ideológicas-políticas e teóricas-técnicas no campo da Saúde Mental devem superar o modelo manicomial e que essa superação supõe conflito, oposição e luta de contrários.

COSTA-ROSA (1987, 2000) concebe instituição com uma formação material em que se articulam, por intermédio de um discurso lacunar, saberes contraditórios e práticas contraditórias entre si⁴⁸. Assim, as instituições de Saúde Mental relacionam-se diretamente com as instituições de saúde em geral e indiretamente com outras, como: a família, a escola, a religião e a produção. A articulação de interesses divergentes provoca fissuras nas práticas institucionais, sobretudo nas ações identificadas com os interesses subordinados. Estas, por sua vez, produzem polarizações nas diversas instâncias institucionais, cujo embate pode impulsionar uma outra direção à instituição ou a setores dela, em que se pode chegar à mudança em sua práxis.

COSTA-ROSA (2000) considera importante entender as instituições em suas vertentes instituída e instituinte. Para isso, recorre à concepção de LOURAU (1975). Para este autor, a instituição em sua vertente instituída, representa o produto, o resultado de uma atividade instituinte, cujo papel histórico é regular às atividades sociais, através de leis, normas e padrões. Apesar deste seu aspecto regularizado e estabilizado, no qual a inércia cumpre o papel conservador de dominação e reprodução, a instituição também contém sua vertente instituinte. Nela, forças que compõem a superfície de produção, atuam nas fissuras

⁴⁸ O autor orientou-se nas concepções de LUZ (1979) em que define instituição como um conjunto articulado de saberes e práticas, cujos efeitos são essencialmente políticos. As instituições envolvem ainda uma estratégia de luta -explícita ou implícita - entre grupos e classes constitutivos destas instituições e inseridos em um bloco histórico. As instituições, ao viabilizarem o modo de poder social de uma dada formação material, requer uma análise não apenas histórica, mas também dialética, uma vez que é preciso analisar as contradições e oposições internas de um dado modo de poder. Desta forma, a análise das instituições deve ser orientada na perspectiva de que cada instituição particular mantém relações com as demais instituições sociais. Assim sendo, é preciso reconhecer que essa relação produz ressonâncias que interferem em diferentes graus nas diversas instituições. Ao se incluir no contexto das instituições a idéia de *movimento* e de *processo*, cujas práticas evidenciam contradições e oposições internas, ela considera a instituição como *o lugar privilegiado de luta política* (LUZ, 1979, p. 31).

do instituído provocando momentos de transformação institucionais⁴⁹. Estas por sua vez, constituem-se atividades criativas que buscam se materializar no instituído. Porém a inversão dessa dominância, em favor das forças instituintes, não ocorre de maneira aleatória.

O autor recorre mais uma vez às concepções de LOURAU (1975) sobre instituição, no que se refere aos seus movimentos dialéticos, que permitem analisá-la em três momentos⁵⁰. O primeiro momento é o da universalidade. Nele, a instituição corresponde à unidade positiva, à verdade em abstrato encontrada sob a forma discursiva do postulado totalizante. É a produção de normas, de valores que orientam as relações sociais. Ela tem como conteúdo a ideologia, os sistemas de normas, enfim a produção típica das instituições da esfera da produção social. O segundo momento, o da particularidade, o conteúdo da instituição é um conjunto de determinações materiais e sociais que negam a universalidade. Constituem práticas, ações humanas concretas em que se realiza o conteúdo do discurso do momento anterior e, portanto, representa sua validação, mas como unidade negativa (e como tal é contraditório e lacunar). Finalmente, o momento da singularidade, em que se realiza o confronto entre a universalidade do discurso (positividade) e a particularidade da prática (negatividade). Por ser o momento da unidade negativa, possibilita a recriação das formas de relações sociais. Neste momento, evidenciam-se os efeitos do desconhecido, permitindo a desalienação. Essa produção contém os interesses do pólo subordinado.

Finalmente, COSTA-ROSA (1987, 2000) considera importante analisar o conceito de instituição na perspectiva de aparelho de produção social:

[...] No caso das instituições de Saúde Mental como dispositivos que aqui nos ocupam, poderemos pensar que sua função positiva (explícita no discurso) é a produção de saúde, supressão de sintomas, reinserção social da sua clientela etc.; quanto a sua negativa (que nos é acessível justamente por meio de análise, uma vez que quanto a ela o discurso é

⁴⁹ Essa polaridade instituído-instituinte, em que toda instituição se envolve, compreende um movimento que a gera, isto é, as forças instituintes; o seu resultado, seu produto, a saber, as forças conservadoras, o instituído; e, o processo denominado de institucionalização, referente a *como* se transcorrem os dois momentos anteriores. É importante destacar que as forças instituintes nem sempre produzem transformações no sentido esperado, isto é, possuem uma valorização positiva.

⁵⁰ Por sua vez LOURAU (1975) orientou-se na produção de Hegel, responsável pela a sistematização do método dialético, principalmente no que se refere à aplicação dos conceitos de negatividade e positividade na análise das funções institucionais e das definições dos momentos: Universal, Particular e Singular.

lacunar e as práticas nem sempre são transparentes) vemos que é aí que reside sua maior riqueza, sua mais preciosa produtividade, por dizer respeito aos interesses socialmente subordinados (COSTA-ROSA, 2000, p. 146).

Nesta perspectiva, para se conhecer e analisar as práticas assistenciais em Saúde Mental é necessário analisar e intervir nas instituições e organizações com objetivo de propiciar a ativação das forças instituintes e organizantes: analisar e intervir no processo de produção da instituição. Esta análise e intervenção somente se realizam por intermédio da enunciação da atuação da rede social, cuja função prevalente é a reprodução do sistema existente nesse processo. A partir da análise e intervenção desses atravessamentos, isto é, da vertente conservadora, reprodutiva da instituição, pode-se aumentar o coeficiente de transversalidade⁵¹, no sentido dessa ação viabilizar uma situação de fato, em que as coisas e as pessoas ajeitam-se como podem nela. Isto é, aumentar a possibilidade de emergir as forças produtivas, criativas e propulsoras da transformação.

O terceiro operador de análise proposto por COSTA-ROSA (1987, 2000) considera a instituição como um intermediário necessário da relação entre os atores sociais envolvidos na Saúde Mental. Entende que as instituições são constituídas sob a égide das características principais do Modelo Capitalista de Produção (MCP), de maneira que estas, organizadas de acordo com o MCP, funcionam a seu serviço⁵². A instituição como intermediário apropria-se dos meios de produção, sendo que a força de trabalho se origina na divisão de trabalho e no saber especializado.

A partir desses operadores teóricos COSTA-ROSA (1987, 2000) formula uma proposição paradigmática com o objetivo de elucidar as características dos dispositivos institucionais da Atenção Psicossocial. Sua proposta busca analisar as transformações já operadas na teoria, nas práticas e nos discursos, bem como firmar exigências da ética necessária a desinstitucionalização e do método dialético. Também procura analisar não

⁵¹ O conceito de transversalidade, elaborado por GUATTARI (1981), é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos (GUATTARI, 1981, p. 95-6)

⁵² o autor destaca que o conceito de MCP juntamente com o conceito de Processo Estratégico de Hegemonia (PEH) e seus conceitos correlatos de mediação ideológica e imaginária, oriundas da Análise Política das Instituições, permitem compreender “tanto a gênese da instituição da Saúde Mental na condição de equipamento, quanto para a compreensão do seu funcionamento e de sua relação com o contexto mais amplo do qual emerge, e a cujas demandas procura responder” (COSTA-ROSA, 1999, p. 13).

apenas variações do Modo Asilar e do Modo Psicossocial⁵³ mas também as características específicas dessas variações, de modo que possa ser explicitado até que ponto essas transformações se situam em sentido contrário às práticas que pretende substituir.

Assim, o Modo Psicossocial propõe-se analisar as características das transformações nas práticas em Saúde Mental a partir de quatro parâmetros básicos: 1. Concepções do processo saúde-doença e dos meios teóricos-técnicos; 2. Concepções da organização das relações intra-institucionais e a divisão do trabalho interprofissional; 3. Concepção da forma das relações da instituição com a clientela e com a população em geral; 4. Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos⁵⁴.

◆ **Concepções do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos.**

No Modo Psicossocial as concepções do ‘objeto’ e dos ‘meios de trabalho’ referem-se às concepções de saúde-doença-cura, bem como às das formas de seu tratamento e prevenção. Assim, reporta-se aos aspectos: ideológico, jurídico-institucional, multiprofissional e teórico-técnico.

O sofrimento psíquico deve ser considerado como multideterminado em seus fatores bio-psico-sócio-culturais. A ênfase que se dá a cada um destes fatores decorre da situação ou problemática particular do sujeito que busca atendimento. Este deve ser mobilizado como participante principal e ativo do tratamento. Além disso, o usuário deve ser considerado não apenas em sua dimensão de indivíduo (orgânico e sociocultural), mas também na sua pertinência ao grupo familiar e social. O conhecimento acerca dos vínculos interpessoais do grupo primário do sujeito (família), bem como as condições socioculturais de habitação, trabalho, perspectiva futura, tensões no grupo social, cultural, preconceitos, crenças, mitos e outras formas de alienação, que contribuem para se estabelecer a maneira mais eficaz de tratamento.

⁵³ Segundo COSTA-ROSA (1987, 2000) as transformações identificadas no Modo Psicossocial devem ser sempre medidas na relação ao Modo Asilar ou Paradigma Psiquiátrico.

⁵⁴ O Modo Psicossocial será definido neste trabalho em seus aspectos afirmativos dos quatro parâmetros básicos. As características do Modo Asilar estão explicitadas nos textos de COSTA-ROSA (2000).

Recuperando o texto de COSTA-ROSA (2000) pode-se constatar que

Há no modo psicossocial, quanto a este aspecto, um deslocamento fundamental das mudanças, do indivíduo para a instituição e o contexto. A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem (COSTA-ROSA, 2000, p. 155).

Tal concepção ultrapassa o enquadramento do sofrimento psíquico como doença. Os recursos necessários para a cura devem ser ampliados para além dos medicamentos e da figura do médico. A assistência deve contar com um sistema de ações de saúde que contemplem o território, configurem uma rede e ultrapassem a tradicional estratificação das ações em nível de atenção primária, secundária e terciária.

O autor ressalta que a ação terapêutica deve mobilizar recursos para superar o modelo médico. Essas ações devem propiciar um reposicionamento do usuário frente a seu sofrimento. Ele deve deixar de ser aquele que apenas sofre os efeitos de seus conflitos, passe reconhecer que está implicado em seu sofrimento e que também pode produzir possibilidades de transformação. Além disso, o Modo Psicossocial preconiza as ações de reinserção social do usuário, para a recuperação ou a construção da cidadania (COSTA-ROSA, 2000).

Nessa perspectiva, o meio de se trabalhar é centrado na ação em equipe interprofissional. Sua constituição e funcionamento devem superar a idéia de agrupamento de especialistas e incluir dispositivos facilitadores do intercâmbio necessário entre as diferentes concepções teórico-técnicas e as diversas práticas de seus membros. Enfim, deve romper o modelo taylorismo orientador dos processos de trabalho, cuja ação se realiza de acordo com a racionalidade da linha de montagem. Deve haver a articulação entre o pensar, planejar e executar, de modo que os profissionais reconheçam-se em suas produções (COSTA-ROSA, 1987).

Para isso, é fundamental mobilizar todos os atores envolvidos- trabalhadores e usuários- como sujeitos sociais e protagonistas de suas histórias. A relação terapêutica deve ativar a rede de relações existentes, desestabilizando as competências, os poderes, os interesses e as demandas sociais.

◆ **Concepções da organização das relações intrainstitucionais e a divisão do trabalho interprofissional;**

A maneira como se organizam as relações institucionais na concretização de seus objetivos constituem outro parâmetro importante. Ele decorre da tese já explicitada pelo autor de que a instituição é um intermediário necessário nos tratamentos na Saúde Mental coletiva uma vez que as formas de organização das relações institucionais “como dispositivo, sejam elas quais forem (CAPS, NAPS, ou outras) [...] sempre se atravessarão nas relações dos trabalhadores da instituição com seus clientes, determinando-lhes a natureza e os efeitos” (COSTA-ROSA, 1999, p. 16).

Dessa forma, é preciso entender como se conjugam diferentes possibilidades do exercício do poder institucional em termos de poder decisório e de execução, o modo da divisão de trabalho interprofissional. Isso significa que o Modo Psicossocial pressupõe a democratização dos espaços institucionais. Essa democratização requer intervenção deliberada de sujeitos concretos em espaços de poder compartilhado, onde a organização institucional deve romper com o fluxograma do tipo pirâmide, cujas escalas de poder são do ápice para a base.

O Modo Psicossocial implica certa divisão técnica de trabalho. Porém, essas diferenças não devem implicar escalas de poder. O poder decisório aparece diferenciado do poder de coordenação. As decisões são tomadas em reuniões gerais da instituição, tanto no seu âmbito global como nos seus âmbitos particulares: atividades-fim ou atividades-meio. A coordenação é poder dado em representação. Ela tem como função coordenar as ações conjuntas e fazer executar as decisões tomadas, no plano das dimensões particulares, pelo coletivo.

Nessa forma de organização institucional o poder passa a ser compartilhado, rompendo com o modelo de atendimento centrado, essencialmente, na figura do médico. Nela é também fundamental a participação da população, não apenas da clientela, na esfera do poder decisório da instituição.

◆ **Concepção da forma das relações da instituição com a clientela e com a população em geral**

O Modo Psicossocial propõe que a organização dos serviços garanta a integralidade das ações e que estes sejam referidos a um território de modo que o relacionamento entre a instituição e a clientela se caracterize por um mútuo intercâmbio. A instituição, como equipamento, deve oferecer possibilidades transferenciais à clientela (Costa-Rosa, 2000). Como espaço de interlocução, supõe a implicação do serviço no território da população e vice-versa, tanto como totalidade histórica - superfície-solo, espaço demográfico, epidemiológico, tecnológico, econômico, social e político, quanto em termos do imaginário e do simbólico.

Para isso, os serviços de Saúde Mental devem desenvolver um conhecimento de seu território de abrangência no sentido de explicitar as assimetrias espaciais, reconhecer os distintos agrupamentos sociais existentes no seu interior, bem como suas necessidades, demandas, representações, processos de singularizações. Enfim, seria necessário trabalhar as distintas visões de mundo e os conflitos decorrentes. Esse conhecimento possibilitaria a identificação de espaços políticos de negociação, em que se possa viabilizar o encontro e o diálogo dos diversos atores sociais e, conseqüentemente, a produção de um conhecimento coletivo.

A participação popular no cotidiano institucional é uma outra vertente importante para se alcançar a autogestão ou a co-gestão. A instituição precisa estabelecer, por intermédio de seus agentes, interlocução com a clientela no âmbito individual e coletivo. No âmbito individual e imediato, por meio de canais para a possibilitar a fala do usuário: a instituição deve se oferecer como instância transferencial desde o primeiro momento da chegada do cliente. No âmbito coletivo é importante que a instituição seja capaz de funcionar como lugar de fala e de escuta da população, buscando discernir a

dimensão da demanda social, bem como, referi-la a outras instituições que não sejam as da saúde.

◆ **Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos**

Esse parâmetro refere-se à concepção de tratamento e cura e a seus fins políticos e sócio-culturais. No Modo Psicossocial a supressão dos sintomas não é o objetivo principal da ação terapêutica, embora ela não deixe de ser almejada e alcançada.

Para isto, é necessário romper com a concepção de tratamento centrado no completo isolamento do doente, tanto da família, da cidade, como da sociedade, em instituições específicas pautadas por recursos terapêuticos de contenções morais e físicas. Deve ser superada também a idéia de cura enquanto retorno ao equilíbrio, à normalidade concebida como adaptado socialmente.

O atendimento em Saúde Mental deve ter como meta o 'reposicionamento do sujeito', mas também do homem em questão, uma vez que se procurará levar em conta a dimensão subjetiva e a sociocultural" (COSTA-ROSA, 2000, p. 163).

Esse 'reposicionamento do sujeito' deve ter como perspectiva uma ética centrada na singularização e que se oriente pelo binômio do sujeito-desejo. Além disso, esta nova ética deve propor uma dimensão humana que englobe o desejo (de acordo com a psicanálise), os ideais (possíveis ou não de imediato), bem como a produção e usufruto de todos os bens da produção social que transcende os de necessidades básicas (criação filosófica, da arte e da ciência) (COSTA ROSA, 2000).

Finalmente, o autor analisa que:

uma determinada instituição, para ser representativa do paradigma que se propõe realizar, tem de ter superado aquela a que pretende ser alternativa quanto ao momento da universalidade (discursos, onde estão incluídas as dimensões político-ideológica e ética) e quanto ao momento da particularidade (práticas, consideradas segundo os quatro parâmetros que compõem o paradigma de ação), de tal modo que se alcance o estatuto de singularidade (práxis); esta singularidade será a

própria unidade de contrários em que a instituição se sustenta. Será a forma dessa unidade de contrários que indicará a configuração determinante em cada momento histórico, assim como a configuração fundamental no contínuo temporal (COSTA-ROSA, 2000, p. 167).

3.1.3- Novos dispositivos em Saúde Mental: alguns componentes necessários

KINOSHITA (1997) também delineou alguns aspectos do novo modelo assistencial em Saúde Mental. Embora ele não se proponha formular parâmetros essenciais de um modelo, aponta alguns componentes mínimos dos novos dispositivos em Saúde Mental.

O primeiro é a garantia do direito de asilo, de modo que garanta espaços que favoreçam um distanciamento adequado das condições de vida dos usuários, em situações em que ele necessite de proteção ou continência.

O segundo é a necessidade do serviço ter disponibilidade, isto é, deve ter uma rotina institucional ágil e plástica capaz de responder ao pedido de auxílio do usuário ou dos seus familiares, de modo a adequar-se à imprevisibilidade das crises e a instabilidade dos quadros de sofrimento psíquico.

Um outro componente se refere à inserção no território dos serviços, em que sejam desenvolvidas ações assistenciais na comunidade de origem dos usuários.

O quarto componente destaca a prioridade aos projetos de vida, de maneira que os serviços se responsabilizem pela vida cotidiana dos usuários, mantendo e oferecendo suporte aos mesmos nos períodos intercricos. É preciso criar novos contextos, projetos e práticas que resgatem o sentido de existência dos sujeitos, que sejam capazes de promover a qualidade para a vida.

Finalmente o autor ressalta a importância do processo de valorização no qual os profissionais devem realizar mediações, isto é, emprestar seu poder contratual aos pacientes até que recuperem algum grau de autonomia necessária para sua reinserção social.

3.1.4- As categorias de análise deste estudo

A partir da discussão das proposições dos autores acima destacados é possível explicitar as categorias utilizadas nesta pesquisa para analisar as transformações das práticas da Atenção Psicossocial e, conseqüentemente, os avanços do processo de mudança do modelo assistencial nos municípios ora estudados, em suas características de alternatividade ao modelo hospitalocêntrico.

A construção de tais categorias procurou contemplar as dimensões fundamentais propostos por AMARANTE (1999), abordados nos parametros descritos por COSTA-ROSA (1987, 2000) e norteados pelos componentes mínimos, necessários na criação de novos dispositivos de Saúde Mental apontado por KINOSHITA (1997).

1- Campo teórico-conceitual

Nesse campo deve ser explicitada a concepção de saúde-doença-cura, os meios de trabalho e de tratamento que orientam os serviços de Saúde Mental, de modo a focar o processo de desconstrução de conceitos e práticas acerca da doença mental sustentados pela psiquiatria e pela psicologia. Nesse contexto analisa-se a maneira em que está sendo questionado o paradigma doença-cura, isto é, como se está sendo entendida as funções da psiquiatria e da psicologia, tanto no espaço hospitalar como na sociedade em geral, no sentido de inverter sua lógica: no lugar de colocar o doente entre parênteses e procurar conhecer a doença mental, passar a colocar entre parênteses a doença mental e entrar em contato e conhecer o sujeito em sua experiência-sofrimento.

Também são abordados neste campo os objetivos e os meios de tratamento para identificar se o serviço tem como objetivo central a superação das práticas manicomialis, incluindo a internação psiquiátrica e construção de outras intervenções diversificadas e múltiplas.

Ainda procura-se analisar os efeitos terapêuticos do tratamento. Para isso é fundamental entender tanto a concepção de tratamento e cura, bem como seus fins políticos e sócio-culturais.

Nesse sentido, é importante ressaltar que a análise parte da premissa de que na Atenção Psicossocial a supressão dos sintomas não é o objetivo principal da ação terapêutica, embora ela não deixe de ser almejada e alcançada. Portanto, é necessário compreender como a família, a sociedade e a própria sociedade vêm superando a concepção de tratamento centrado no completo isolamento do doente em instituições específicas pautadas por recursos terapêuticos de contenções morais e físicas, e, conseqüentemente, como vem sendo rompida também a idéia de cura enquanto retorno ao equilíbrio, à normalidade concebida como adaptado socialmente.

A possibilidade do usuário de ser cuidado nos espaços sociais, por intermédio de uma multiplicidade de ações, tornando-o um ator social, sujeito de direitos permitiria emancipação terapêutica. supõe necessariamente o reposicionamento do sujeito considerada em sua dimensão subjetiva e a sociocultural, como propôs COSTA-ROSA (1987, 2000).

Finalmente, busca-se conhecer os referenciais teórico-técnicos que os profissionais entrevistados utilizam para realizarem suas intervenções no cotidiano dos serviços.

Enfim, no campo teórico-conceitual busca-se identificar e compreender as transformações das práticas em Saúde Mental em seu cotidiano concreto e por intermédio de ações que visem a elaboração de uma nova política e uma outra ética para a Saúde Mental a partir do enriquecimento da existência global, complexa e concreta dos atores (usuários e trabalhadores) envolvidos e a construção de estruturas externas substitutivas à internação psiquiátrica.

2- Campo técnico-assistencial

A análise nesse campo deve permitir entender como ocorrem as inovações derivadas da reformulação dos conceitos relativos à garantia de espaços que favoreçam distanciamento adequado das condições de vida dos usuários, em situações de necessidade de proteção ou continência, multiplicidade de ações terapêuticas e rotina institucional ágil e plástica para auxiliar o usuário e seus familiares, com adequação à imprevisibilidade das crises e à instabilidade dos quadros de sofrimento psíquico. Também estuda-se a inserção dos serviços de Saúde Mental dos municípios no seu território de abrangência para

identificar os espaços políticos de negociação, viabilizando o encontro e o diálogo dos diversos atores sociais e, conseqüentemente, a produção de um conhecimento coletivo.

Nesse sentido, é importante a contribuição de CAMPOS (2000), já apresentada no capítulo segundo, referente à análise e de co-gestão de coletivos. O autor propõe como um método para enfrentar a construção de um sistema de organização e gestão de coletivo em que se privilegiem as pessoas. Para ele, existe a necessidade de democratização dos espaços institucionais que requer intervenção deliberada de sujeitos concretos em espaços de poder compartilhado, para romper o fluxograma do tipo "pirâmide" (embora suponha uma certa divisão de trabalho na diferenciação entre poder decisório e poder de coordenação).

Um sistema de co-gestão depende da construção ampliada de "capacidade de direção" entre o conjunto das pessoas de um Coletivo e não somente entre sua cúpula. Capacidade de direção é a habilidade e a potência para compor consensos, alianças e implementar projetos, conforme a definiu Gramsci (1978). A "capacidade de governo", no sentido mais operacional, como a conceituou o planejamento (Matus, 1993), é também uma aptidão a ser socialmente construída, já que co-governar é tarefa inerente a todos os membros de uma equipe de trabalho. (CAMPOS, 2000, p. 43)

Em síntese, no campo técnico-assistencial deve ser analisada a rede de serviços em sua organização como espaços de produção de subjetividades, garantidos por intermédio de novos equipamentos e diversidade de ações e por sua organização e gestão orientadas pela participação e co-gestão dos usuários, trabalhadores e população (COSTA-ROSA, 2002).

3- Campo político-jurídico

Nesse campo são analisados os avanços em termos de legislação referente à doença mental, de modo a permitir aos usuários o exercício dos direitos à cidadania, acesso ao trabalho e à inclusão social, buscando-se conhecer como vêm sendo consolidadas nos municípios as leis federais e estaduais, as portarias ministeriais bem como a criação de legislação municipal sobre a mudança do modelo assistencial.

4- Campo sociocultural

Nesse campo, viabiliza-se a compreensão das práticas que objetivem as mudanças do imaginário social acerca da doença mental, da loucura, da anormalidade e da periculosidade do louco, bem como dos serviços de Saúde Mental como mero 'depositário' de doentes mentais. Nessa perspectiva, é necessário desvendar como ocorrem as relações institucionais, explicitando a maneira de enfrentamento e trabalho com as diferenças e confrontos de interesses, necessidades e desejos do coletivo.

Também deve-se analisar a participação popular no cotidiano institucional para construir uma interlocução com a clientela. Esta interlocução refere-se aos âmbitos individual e coletivo: no âmbito individual e imediato, procurar-se-á reconhecer nos serviços as possibilidades de fala dos usuários; no âmbito coletivo, se haverá a busca pela identificação da capacidade de se funcionar como lugar de fala e de escuta da população. Ainda no âmbito coletivo, é importante destacar a implantação e consolidação dos mecanismos de participação popular previstos na legislação, tais como os Conselhos-gestores, Conselhos Municipais de Saúde, Conferências de Saúde e de Saúde Mental, Movimentos Populares, Associações de Usuários e familiares e Cooperativas.

3.2- Delimitação das indagações de pesquisa

Hoje, observa-se o aumento da exclusão social no país, o enfraquecimento dos movimentos sociais e o comprometimento oscilante, por parte dos poderes públicos, para com a Saúde e Educação, apesar das experiências bem sucedida já abordadas e da legislação disponível. Essa situação aponta para a necessidade de produção de novos conhecimentos e de novas práticas nessas áreas, que propiciem a compreensão e a transformação da realidade.

Neste contexto em que a política de reforma do Estado, sustentada no ideário de que o poder público deve se ocupar prioritariamente do déficit público vem se realizando e, a passos largos, caminhando para a constituição de um Estado Mínimo. As atribuições na esfera das políticas sociais têm sido transferidas para o setor privado ou para outros setores da sociedade civil.

Porém, na área da saúde, o processo de gestão do SUS continua sendo consolidado no que concerne à descentralização, à municipalização, à transferência de fundo a fundo. Neste aspecto, os municípios estão assumindo a assistência em saúde em todos os níveis, áreas e setores, apesar das tentativas, do poder público federal, de setores privados, e outros organismos de dificultarem a consolidação do SUS ou até mesmo de modificar o sistema de saúde vigente.

A municipalização da saúde representa atualmente um recurso importante para a implantação de um novo modelo assistencial em Saúde Mental, pois os usuários são tratados em seu próprio território de origem e também os gestores municipais contam com um conjunto de portarias ministeriais, norteadas pelas novas experiências, algumas das quais já referidas, que possibilitam a construção de serviços substitutivos nessa área, apesar dos muitos desafios.

Um deles está relacionado a problemas de financiamento e gerenciamento inerentes ao Sistema de Saúde do país, como à inserção desses serviços nas unidades de saúde. Para os gestores públicos a assistência em Saúde Mental é mais uma responsabilidade. Os problemas que eles enfrentam nessa área nem sempre estão entre as prioridades do município, em função de outros problemas de saúde da população graves e emergentes, embora a Saúde Mental já faça parte da agenda da saúde dos municípios, em função do aumento ou da explicitação da demanda, da maior conscientização dos usuários sobre seus direitos e da complexidade das situações atuais de sofrimento mental, ou dos gastos praticados.

Apesar de os municípios já terem disponibilizado mecanismos para obtenção de recursos financeiros federais para a manutenção de novos serviços assistenciais em Saúde Mental, eles devem inicialmente criar esses serviços, contratarem profissionais para depois cadastrá-los junto as SES e receber o repasse federal pelos atendimentos realizados.

Segundo SERRANO (1998)

A substituição do asilo pelo tratamento dito comunitário não causa, à sociedade como um todo, em termos econômicos, grandes custos. A polêmica em torno do financiamento, na reforma psiquiátrica, não se dá em torno de supostos aumentos de custo dos serviços. Ela se deve à substituição de um gestor por outro. O custo do macro-hospital incide

no bolso do estado ou do Ministério da Saúde. O custo do tratamento comunitário incide no bolso do município (SERRANO, 1998, p. 240).

Somado a isso, observa-se também que a organização dos segmentos contrários ao Movimento da Reforma Psiquiátrica, basicamente, os empresários de hospitais e outros estabelecimentos psiquiátricos, além do grande poder da indústria farmacêutica que, no início ao lado do sindicato dos donos de estabelecimentos psiquiátricos e hoje tentando inserir-se no movimento, busca apenas manter sua hegemonia na estruturação de uma rede de assistência em Saúde Mental.

Além disso, os gestores públicos e trabalhadores da saúde ainda não se apropriaram das diretrizes da política nacional para Saúde Mental, desconhecendo, na maioria das vezes, a existência de leis e portarias e resoluções, em níveis estadual e federal, que viabilizem uma assistência em Saúde Mental fundada numa nova lógica. Uma lógica que se propõe desconstruir a lógica manicomial.

Um outro desafio refere-se à revisão e à construção de paradigmas que de fato rompam com os procedimentos psiquiátricos tradicionais. Nesse contexto, ao mesmo tempo em que se encontra o aumento da difusão para os diversos municípios, das idéias da Reforma Psiquiátrica, principalmente para os segmentos dos trabalhadores e usuários e familiares da área da Saúde Mental, constata-se que essa difusão não constitui uma expansão no processo de transformação das práticas assistenciais. A reprodução do paradigma psiquiátrico e de suas diversas práticas ainda delimita as ações assistenciais na maioria dos municípios. Ainda, de acordo com a pesquisa acima citada, foi possível encontrar serviços apenas interessados em buscar uma resolutividade meramente quantitativa de sua demanda, sustentada apenas na prática clínica que pode ser considerada como tecnicista e excludente, isto é, preocupados com uma racionalidade técnica através do atendimento de um maior contingente de usuários e de suas diversas patologias. Além disso, foi identificada uma certa descrença e até mesmo descrédito na possibilidade de se construir novos modos de assistência.

Os trabalhadores da saúde, atores importantes tanto na ruptura como na conservação do modelo assistencial hegemônico, ao atuarem na Saúde Mental pública, deparam-se com muita freqüência com problemas relacionados à sua própria identidade

profissional. Na sua grande maioria, tais profissionais eram recém-formados, buscavam por um lado realizar uma experiência útil e renovadora, e por outro lado vivenciar situações que desestruturam seus discursos e suas práticas (ou falta delas) anteriormente estabelecidas.

MENDES e MONTAG HIRCHZON (1986) ao caracterizarem os profissionais da Saúde Mental pública da cidade de São Paulo fornecem subsídios importantes em relação a esta reflexão. Eles destacam que o trabalho em equipe multiprofissional gera a destituição, para os médicos-psiquiatras, dos antigos modelos pautados pelo poder e ascendência que os credenciavam como autoridade de competência absoluta. Já os profissionais considerados paramédicos - entre eles, os psicólogos - passam a estabelecer, por sua vez, uma competição, muitas vezes, acirrada com o poder médico. Muitos deles, inicialmente sentem-se submetidos tanto pelo "poder médico", como pressionados pelas demandas da clientela e da instituição. Desta forma, eles vivenciam grandes dificuldades em seu trabalho, às quais se somam a uma identidade profissional frágil. Tudo isso se torna fonte de constante angústia⁵⁵.

Ainda MENDES e MONTAG HIRSCHZON (1986), juntamente com outros autores (COSTA, 1989, 1991; BEZERRA, 1990; DUARTE, 1986) destacam outras dificuldades que ultrapassam a relação profissional-clientela e que estão relacionadas à rotina institucional. Entre elas citaram a adequação dos instrumentos terapêuticos num contexto diferente da prática de consultório particular e diferenças sócio-culturais e econômicas entre os servidores e a clientela.

Além do desafio de desenvolver ações fundadas em um trabalho interprofissional, rompendo assim com a lógica de funcionamento dos serviços de saúde assentada em departamentos e seções segundo profissões especializadas, outras questões estão presentes. Entre elas, destaca-se a necessidade de inventar novas maneiras de trabalhar que respondessem a uma série de exigências de ordem técnica, política e ética. Nessa nova forma de trabalho tornou-se necessário pensar o planejamento das ações em que houvesse o envolvimento de todos os atores, notadamente os profissionais, os usuários e seus familiares.

⁵⁵ Alunos dos cursos ministrados pelo Departamento de Psicanálise do Instituto "Sedes Sapientae", através do Convênio firmado pela extinta CSM/SES-SP.

Em muitos municípios os usuários e seus familiares ao se apropriarem de seus direitos, passaram a realizar reivindicações, mas estas se referiam na maioria das vezes a apenas ao direito de ter um tratamento mais humano. Suas reivindicações restringiam-se a medicação e contratação de psiquiatra. Além disso, muitas famílias dos usuários ainda consideravam o hospital psiquiátrico a melhor solução (LUZIO, 1995).

A adesão e o comprometimento dos usuários, principalmente de seus familiares, bem como da população com uma assistência orientada pela desinstitucionalização requer muita atenção e ações. O tratamento ao ser realizado no território em que o usuário e sua família estão inseridos supõe um deslocamento da responsabilidade de cuidados da pessoa com sofrimento mental intenso. A família torna-se uma base de sustentação importante nos serviços substitutivos. Ela assume o papel que o estado desempenha quando o usuário fica internado, podendo, portanto, resistir em assumi-lo ou desempenhá-lo como fazem os hospitais, como um agente custodial e segregador (SERRANO,1998).

Também é necessário romper no imaginário social a idéia de que a loucura e, conseqüentemente a pessoa considerada louca, deve ser excluída da sociedade. Segundo Tosquelles “a fobia da loucura é uma condição natural do gênero humano” (GALLIO e CONSTANTINO, 1994, p. 95). De fato no imaginário social a prevalência dessa visão é muito forte e enraizada, podendo até aparentar uma condição natural do ser humano e, portanto, imutável. No entanto, pode-se tomar esta afirmação no sentido de que é necessário desenvolver ações no campo sociocultural para viabilizar a transformação do imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental, a anormalidade (AMARANTE, 1999).

As experiências atuais mais significativas na desconstrução do modelo manicomial na assistência em Saúde Mental, como já foi abordado no capítulo anterior, estão sendo desenvolvidas em municípios de grande porte e cujos governos locais estão comprometidos com uma gestão administrativa orientada na justiça social, viabilizada por políticas públicas includentes e participativa a partir da ação de seus diversos atores políticos e instituições, oriundas de suas diferentes formas de organizações. Estas experiências têm sido objeto de muitos estudos.

Porém, em municípios de médio e pequeno porte e/ou aqueles, cujos governos necessariamente não se destacam enquanto gestores comprometidos explicitamente com a melhoria das condições de vida da população e com a redução das desigualdades sociais pouco se conhece acerca das ressonâncias da política nacional de Saúde Mental e, mais especificamente das propostas da Reforma Psiquiátrica. Esses municípios podem possuir uma condição favorável para constituírem-se espaços sociais, fundamentais para o SUS, capazes de identificar os problemas e atender às necessidades de saúde da população e, conseqüentemente, viabilizar pactos coletivos na área da saúde, a partir das tensões e conflitos sociais. Mas também podem apresentar uma organização incipiente e, portanto, vulnerável dos vários segmentos da sociedade civil, notadamente, os trabalhadores e os usuários, em movimentos reivindicatórios e de participação popular, bem como, uma implicação muito desigual dos diversos atores sociais -gestores, trabalhadores de Saúde Mental e de usuários, com as novas propostas assistenciais.

3.3- A especificidade do estudo: os objetivos

Pode-se observar que o avanço, obstáculos e a consolidação do SUS e da construção de um novo modo de assistência em Saúde Mental encontram-se atravessados por muitos significados. Portanto, faz-se necessária a realização de estudos que possibilitem a abordagem e análise das práticas cotidianas desenvolvidas em determinados serviços de saúde, notadamente em municípios de médio e pequeno portes. Essas análises, ao serem abordadas nos seus aspectos político-ideológicos e teóricos-técnicos, poderão contribuir para o conhecimento das práticas assistenciais desenvolvidas em Saúde Mental, operadores de análise, bem como para a criação de dispositivos.

Em síntese, este trabalho pretende analisar as circunstâncias e o modo como está sendo assimilada pelos municípios de pequeno e médio portes a política nacional de Saúde Mental, nos seus aspectos oficiais e não oficiais, assim como as orientações atuais da Reforma Psiquiátrica. Analisar como ocorrem os possíveis avanços na direção da transformação das práticas manicomial e quais são as principais dificuldades e entraves

que se apresentam. Enfim mapear as vicissitudes da Reforma Psiquiátrica e da denominada Atenção Psicossocial⁵⁶.

A partir desse delineamento e das inquietações iniciais explicitadas na apresentação, em que estará configurado o referencial teórico deste estudo, tenciona-se analisar as práticas assistenciais realizadas em dois municípios, respectivamente, de pequeno e médio porte no sentido de:

- compreender em que medida o SUS, seus princípios, sua estrutura, seus mecanismos e seus espaços de negociação e de decisões podem contribuir para com o avanço da Reforma Psiquiátrica nesses municípios;
- verificar como a assistência oferecida nesses municípios está ou não viabilizando, de um lado, os princípios da Reforma Psiquiátrica e, de outro, a melhora das condições de vida dos usuários, assim como destacar as principais dificuldades;
- abordar a visão dos atores sociais dos vários segmentos sociais acerca da assistência em Saúde Mental, assim como as formas com que essa assistência deverá ser organizada para dar conta da demanda de cada cidade;
- pesquisar o papel dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários na construção de novas práticas em Saúde Mental.

3.4- O desenho da pesquisa

Este estudo deixa antever sua orientação metodológica. A delimitação do objeto e dos objetivos do estudo, assim como o referencial histórico-teórico-conceitual adotado pelo pesquisador, já evidencia que o caminho e os instrumentos para se analisar a repercussão das propostas da Reforma Psiquiátrica nas práticas assistenciais, bem como no modelo assistencial orientador do projeto em Saúde Mental nos serviços de Saúde Mental dos municípios estudados, se inserem no campo da metodologia de pesquisa qualitativa.

⁵⁶ É importante destacar que neste trabalho será utilizada a expressão Atenção Psicossocial para denominar a nova política de Saúde Mental orientada pela mudança de modelo assistencial, elaborada a partir das propostas advindas do Movimento da reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial e consolidada nas várias experiências brasileiras.

A opção por uma metodologia de investigação na área da saúde e, especificamente, da Saúde Mental, significou adentrar em campo amplo, complexo e contraditório, uma vez que a escolha de uma opção metodológica deveria ser coerente com o referencial teórico e capaz de permitir que o objetivo da investigação abordasse o fenômeno estudado em seus vários vetores. A opção pelo método qualitativo justifica-se por várias razões. A primeira está relacionada à especificidade do campo estudado. A saúde, bem como a Saúde Mental, está inserida numa dada formação social em que atuam várias instâncias. A saúde não se restringe a uma disciplina e a um campo separado e específico. Como destaca MINAYO (1996).

A sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de Saúde. Dentro desse caráter peculiar está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. (MINAYO, 1996, p.13).

Outra explicação aponta para o fato de que a presente pesquisa, ao ter por finalidade estudar as práticas assistenciais de serviços de saúde a partir de um conjunto de saberes, reconhece que essa produção se insere na rede de relações sociais em que os atores sociais articulam suas práticas em uma dada formação social (LUZ, 1979; GONÇALVES, 1994).

Nessa perspectiva, a escolha dos municípios, localizados na região oeste do Estado de São Paulo, não é orientada por nenhum critério clássico de amostragem probabilística, partindo da premissa de que esse estudo não se propõe a realizar um conjunto de casos específicos, cujo significado se esgota neles mesmos. Assim, concordando com GONÇALVES (1994), é importante destacar que essa pesquisa se inspira:

em uma concepção dialética de seu objeto, o que quer pelo menos dizer que este [...] deve ser compreendido como momento de uma totalidade mais ampla, em fluxo entre as determinações objetivas do passado e futuro. À medida que essa totalidade – e seus momentos – se determina como história, ficam fora de cogitação quaisquer pretensões à elaboração de conhecimentos universais[...] (GONÇALVES, 1994, p. 48).

Definido a escolha dos dois municípios, é importante destacar ainda que os mesmos serão denominados de município A (o pequeno) e município B (médio). Essa opção não visa manter o anonimato das cidades enfocadas nesta pesquisa, mas sim evitar que as análises fiquem restritas apenas aos referidos municípios. Este estudo pretende compreender como os municípios de pequeno e médio portes têm viabilizado as propostas da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, a partir dos municípios A e B.

A pesquisa qualitativa também reconhece que toda teoria e toda prática não são neutras. Nelas aparecem implicadas interesses e incursões subjetivas. Ao reconhecer a subjetividade como parte integrante do fenômeno social, pressupõe que a natureza do objeto estudado constitui uma totalidade social viva e dinâmica, marcada por uma historicidade concreta que impede, a priori, a neutralidade do investigador. Ao contrário exige implicação e criação. MINAYO (1996) aponta que

[...] as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador [...] Se a teoria, se as técnicas são indispensáveis para a investigação social, a capacidade criadora e a experiência do pesquisador jogam também um papel importante. Elas podem relativizar o instrumental técnico e superá-lo pela arte. Esta qualidade pessoal do trabalho científico, verdadeiro artesanato intelectual que traz a marca do autor, nenhuma técnica ou teoria pode realmente suprir (MINAYO, 1996, p. 22-3).

Se o processo de investigação supõe o reconhecimento da complexidade do objeto, de seus parâmetros e de suas especificidades, ela também requer a definição de técnicas de pesquisa para a captação das informações, consoantes com pressupostos teóricos e submetidas ao controle metodológico. Portanto, estudo de campo representa um momento fundamental na pesquisa qualitativa. Constitui “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 1996, p. 105).

Em decorrência disso, o trabalho de análise centrou-se nas práticas discursivas⁵⁷ encontradas em documentos e textos e em entrevistas semi-estruturadas.

A análise das práticas discursivas permite conhecer *como* as pessoas compreendem, se posicionam e agem com as situações e os fenômenos do cotidiano. Para SPINK E MEDRADO (2000, p.45) “o conceito de *práticas discursivas* remete, por sua vez, aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentido [...]”.

◆ Textos e documentos

Os textos e documentos refletem os elementos constitutivos de uma dada formação social. Sua análise neste estudo não se deu como interpretação do sentido das palavras que o compõe, mas como uma maneira de se buscar as interrelações entre os discursos e as práticas existentes na assistência em Saúde Mental e suas oposições dialéticas. Os documentos, enquanto textos escritos permitem adentrar nos aspectos universalizantes devido ao seu caráter teórico, abstrato, absoluto. Os discursos, como enunciado das intenções, explicitam a função das instituições e, portanto, constituem-se lugar privilegiado das formas instituídas (COSTA-ROSA, 1987).

Tais documentos foram utilizados para desvendar suas próprias lacunas internas presentes em um mesmo texto ou para elucidar os pontos escuros e contraditórios encontrados no confronto de vários textos. Essas lacunas, pontos escuros e contraditórios apontariam as reações tanto do pólo dominante como do pólo dominado das instituições (COSTA-ROSA, 1987). Porém, “mais do que o tipo de leitura que se está fazendo em relação ao documento, deve-se ter claro o que se procura e a partir disso “ouvir” o que o documento tem para dizer” (PAULIN, 1998, p. 21).

Neste estudo foram analisados textos e documentos existentes nos serviços de Saúde Mental investigados e que contribuíam no esclarecimento do objeto em questão. Trata-se de: a) projetos de ações de intervenção voltados para a organização e o funcionamento dos referidos serviços; b) Conferências Nacional, Estadual, Regional e Municipais de Saúde e Saúde Mental (destacadas apenas as partes relatoriais referentes às deliberações à área de Saúde Mental); c) Planos diretores municipais - projetos de saúde

⁵⁷ Para Spink (2000) “práticas discursivas implicam ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, enfim, uma variedade de produções sociais das quais são expressões” (SPINK, M. J., 2000, p. 29)

dos municípios construídos ou não a partir das Conferências; d) Diretrizes, normatizações do Ministério da Saúde e/ou da Secretaria Estadual da Saúde, trabalhos científicos apresentados em Congressos sobre os serviços estudados; e, notícias publicadas em jornais dos referidos municípios.

Esses documentos e textos foram levantados nas Secretarias Municipais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, DIR-VIII, ao arquivo do Centro de Documentação e Apoio à Pesquisa (CEDAP) da Faculdade de Ciências e Letras de Assis/UNESP, arquivos de jornais diários das cidades e arquivo pessoal da pesquisadora. Em um primeiro momento, foi realizado levantamento dos documentos existentes sobre o tema estudado. Depois, procedeu-se a leitura sistemática com o objetivo de selecionar os documentos relevantes para a análise.

◆ **Entrevistas semi-estruturadas: escolha dos sujeitos**

As entrevistas foram realizadas com sujeitos dos diversos segmentos sociais (gestores, trabalhadores e usuários), considerados atores sociais, capazes de contribuir para o enfrentamento dos desafios colocados a cada momento. Partiu-se da premissa de que serviços de Saúde Mental dos municípios constituem-se em movimento dialético instituinte/instituído, em que se oportuniza um direito da população e se cumpre uma obrigação do poder público, podendo ser algo produtivo e não apenas reprodutivo.

A constituição do grupo de sujeitos não foi por amostragem estatística. Privilegiou-se os atores representativos dos vários segmentos sociais envolvidos na construção dos serviços de Saúde Mental em cada município. Foram entrevistados atores sociais com mais de 6 meses de envolvimento nos serviços de Saúde Mental pesquisados.

O grupo do município A foi constituído pelo: secretário municipal de saúde, coordenador do serviço de Saúde Mental do Centro de Saúde, profissionais da equipe, (um psiquiatra, um assistente social e um psicólogo); um trabalhador da recepção, um usuário com assiduidade nas atividades; um familiar; e um representante dos usuários do CMS.

O grupo do município B foi constituído pelo: secretário municipal de saúde, coordenadores de Saúde Mental e do Centro de Atenção Psicossocial, profissionais da Saúde Mental (um psiquiatra, um assistente social, um terapeuta ocupacional), um trabalhador da recepção, um usuário com assiduidade nas atividades; um familiar e um

representante dos usuários do CMS. Também foi entrevistado o articulador⁵⁸ de Saúde Mental da Direção Regional de Saúde.

A técnica de entrevista em pesquisa qualitativa é importante, pois possibilita, por intermédio da fala individual, da palavra, a revelação das contradições das práticas discursivas, transmitindo as concepções de determinados grupos num dado momento histórico. Em síntese, a entrevista tem o objetivo de

provocar as produções verbais dos indivíduos de tal modo que elas possam constituir outras tantas informações sintomáticas. Estas são consideradas como reveladoras ao mesmo tempo da cultura e das subculturas próprias a cada indivíduo e de certos mecanismos que presidem a sua constituição [...] (MICHELAT, 1982, p.195).

A entrevista constitui-se em uma situação de interação. Nela não deve prevalecer a separação tradicional entre sujeito e objeto, embora na situação de entrevista não deixe de existir uma certa desigualdade de posição entre entrevistador e entrevistado. Isto porque a iniciativa do estudo não é do entrevistado. Assim como os objetivos da pesquisa podem estar distantes dele.

Para romper essa desigualdade, a entrevista deve propiciar o estabelecimento de um vínculo, cuja característica fundamental é o diálogo entre os diferentes “saberes” quanto ao objeto de estudo. O entrevistador deve atuar como mediador do discurso do entrevistado, adotando uma postura de questionamento para não permitir que suas concepções, posições e valores que acabem por sujeitar os entrevistados. Esta posição, conforme L’ABBATE (1992), não é neutra, pois as posições do entrevistador dificilmente serão desconhecidas dos sujeitos.

Neste estudo as entrevistas foram individuais, parcialmente estruturadas, construídas de modo a apreender as concepções e práticas dos sujeitos acerca dos objetivos da pesquisa. Os temas da entrevista, conforme o roteiro do anexo 1, contemplou os objetivos específicos do estudo. Deve-se destacar que sua utilização foi pautada pela flexibilidade com objetivo de permitir a facilitação, a ampliação e o aprofundamento da comunicação entre os atores da situação, isto é, possibilitar a interação do entrevistado-

⁵⁸ Articulador de Saúde Mental é a expressão utilizada pela SES-SP para nomear o coordenador de Saúde mental nas diversas Divisões Regionais de Saúde

entrevistador e a emergência das atitudes, dos valores, opiniões dos entrevistados além de suas contradições e implicações sócio-político-culturais. Elas foram realizadas nos locais em que funcionam os serviços.

◆ **A realização das entrevistas⁵⁹**

A pesquisadora entrou em contato com cada sujeito individualmente, para marcar a entrevista, definir o local e horário. Foi feita breve explicação acerca da natureza do trabalho e seus objetivos, visando obter a concordância de participação do sujeito. Apenas um entrevistado solicitou que as questões fossem enviadas por escrito para ele responder posteriormente, sob a justificativa de que não teria tempo para ser entrevistado no serviço ou fora dele, pois também trabalhava em outros lugares. Depois de várias tentativas de se marcar contato pessoal, foi dado a ele um conjunto de questões. Vale destacar que uma profissional de uma das cidades colaborou na realização das entrevistas com os usuários e familiares do seu serviço e com o membro do Conselho Municipal de Saúde.

As entrevistas se iniciaram com a explicação dos objetivos da pesquisa e a assinatura de um termo de compromisso com o pesquisador de participação no estudo. Elas tiveram uma duração média de uma hora cada uma, com exceção das realizadas com os coordenadores de serviços. Estas foram realizadas em dois encontros e tiveram duração em média de 2 horas, uma vez que os entrevistados procuraram relatar suas experiência tanto como profissionais da equipe como coordenadores. No total foram realizadas 20 entrevistas com a duração aproximada de 23 horas⁶⁰.

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e depois transcritas. As transcrições das mesmas compuseram documentos escritos, num total de 361 páginas.

É importante destacar que durante as entrevistas foi possível estabelecer um vínculo produtivo entre o entrevistador e o entrevistado. De maneira geral os entrevistados mostraram-se disponíveis em relatar suas vivências, suas concepções acerca de seu trabalho

⁵⁹ O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 15 de outubro de 2002, de acordo com o parecer de nº 372/2002.

⁶⁰ um dos sujeitos, sob a alegação de pouca disponibilidade de tempo, respondeu por escrito questões referentes aos temas da entrevista.

na Saúde Mental pública. Porém, em algumas entrevistas percebeu-se certa inibição e constrangimento nos entrevistados, notadamente entre os trabalhadores da equipe, em especial nos momentos em que eles expressavam opiniões críticas acerca de atitudes da coordenação do serviço.

Também pode ter contribuído nessa situação o fato de a pesquisadora ter familiaridade com o tema do estudo, por atuar como docente-supervisora na área da Saúde Mental, bem como participar ativamente do movimento de construção do modelo de atenção psicossocial.

Para não permitir que essa situação criasse dificuldades intransponíveis nas entrevistas e, ao contrário, pudesse, “superar os obstáculos às diferenças entre condições e, particularmente, o temor do desprezo de classe [...]”, exigiu que o entrevistador não se esquecesse que “objetivando o interrogado, ele se objetiva a si mesmo [...]” e mantivesse uma maior proximidade com o entrevistado, de modo a superar os momentos de dificuldades no transcorrer das entrevistas e transformá-las em uma experiência enriquecedora (BOURDIEU, 1999, p. 698-99)

Assim, se conhecimento prévio por parte dos entrevistados, sobre as concepções teórico-técnico-políticas da entrevistadora sobre o tema pôde inicialmente ter contribuído no estabelecimento dessas dificuldades, ele também pôde ser um facilitador para superá-las. Apenas os contatos com os médicos-psiquiatras ocorreram de maneira diferente. Com um deles somente foi possível obter informações por intermédio de questionário, uma vez que este não tinha disponibilidade de horários para a entrevista. Com o outro, o contato foi mais formal, embora o entrevistado tenha se mostrado prestativo.

◆ **Análise do material**

O trabalho de análise foi centrado nas práticas discursivas encontradas nos textos e documentos e nas entrevistas. Entretanto, a inserção da pesquisadora no campo estudado também orientou a análise dos dados. Diante da impossibilidade de dispor de sua experiência e o conhecimento sobre a problemática do estudo, procurou utilizá-los como recurso para a compreensão das práticas discursivas analisadas. Esse conhecimento se referia, essencialmente, às histórias do surgimento e do cotidiano dos serviços, dos eventos

e das reuniões realizadas nos municípios ligadas à saúde e à Saúde Mental, aos documentos, aos textos, à legislação existentes na área.

A análise das práticas discursivas foi processada em dois níveis. O primeiro referiu-se ao contexto sócio-histórico e político dos serviços assistenciais à Saúde Mental dos municípios e seus atores sociais. Esse momento constitui o marco teórico para análise em que foi abordada a: a) conjuntura sócio-econômico-política em que se insere o objeto de estudo; b) história dos serviços assistenciais, suas inserções na produção e suas condições de reprodução; c) política de Saúde Coletiva e especificamente de Saúde Mental; d) os serviços de Saúde Mental dos municípios.

O outro momento de análise segundo MINAYO (1996, p. 233) “é na verdade o ponto de partida e o ponto de chegada de qualquer investigação: é o encontro com os fatos empíricos”. Busca-se encontrar nas práticas discursivas destacadas seu significado particular e seu papel do todo em termos da repercussão das propostas da Reforma Psiquiátrica nas práticas assistenciais, bem como no modelo assistencial orientador do projeto em Saúde Mental nos serviços de Saúde Mental dos dois municípios, explicitando as contradições e a polissemia contidas nas práticas discursivas e entendê-las a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que são produzidas.

Nesse segundo momento de análise, o **primeiro passo** foi a ordenação dos dados, com a seleção dos documentos e a transcrição das entrevistas; reeleitura do material transcrito; organização dos relatos de acordo com as categorias de análises propostas no trabalho, e adaptação para linguagem escrita sem prejuízo de seu conteúdo dos trechos das entrevistas selecionados para análise. Para MINAYO, “essa fase, dá ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo.” (1996, p. 255)

O **segundo passo** consistiu inicialmente um outro momento de leitura indagativa dos textos, uma “leitura flutuante”. Esse momento é fundante no trabalho de análise pois o pesquisador precisa ter uma idéia global do discurso de cada entrevistado, a ponto de se impregnar pelo conteúdo dos textos, dos documentos e das entrevistas com a finalidade de reconhecer as práticas discursivas relevantes dos diversos atores sociais, suas idéias centrais acerca dos temas do estudo (L'ABBATE, 1990).

Esses temas foram organizados nas categorias de análise já abordadas nos aportes teóricos, da seguinte maneira:

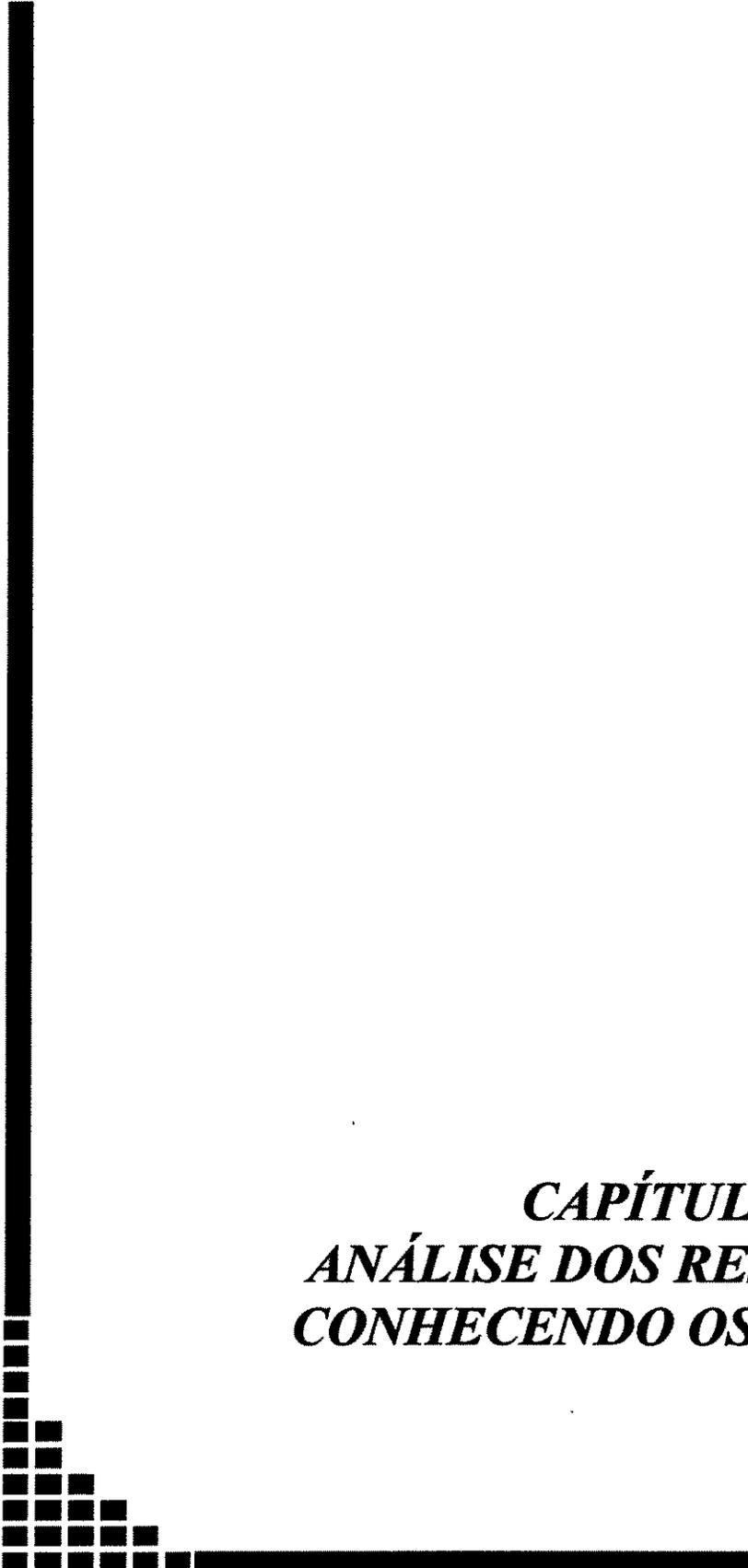
1. Campo teórico-conceitual
 - ◆ Concepção de saúde/doença mental
 - ◆ Objetivos e meios de tratamento
 - ◆ Finalidade do tratamento e seus efeitos terapêuticos e éticos
 - ◆ Referencial teórico e formação profissional
2. Campo técnico-assistencial
 - ◆ Modo de organização do serviço
 - ◆ Organização das ações no serviço
 - ◆ O trabalho em equipe multiprofissional
 - ◆ Fluxo do poder decisório e de execução do serviço
 - ◆ As ações no território
3. Campo político- jurídico
 - ◆ Percepção das políticas de Saúde Mental estadual e nacional.
 - ◆ Leis, portarias, normas e diretrizes acerca da atenção psicossocial
 - ◆ Direitos dos usuários.
 - ◆ Política local e a Saúde Mental
4. Campo sócio-cultural
 - ◆ Relação do serviço e a população
 - ◆ imaginário social da doença mental
 - ◆ ações intersetoriais
 - ◆ Participação popular e o controle social

Posteriormente, no terceiro passo, foi processada a análise dos recortes destacados dos documentos e das entrevistas dos atores sociais de cada município por tema, bem como procedendo a “leitura transversal” das análises de cada cidade.

A análise final, **quarto passo**, foi realizada uma inflexão sobre o material destacado de maneira a permitir o movimento dialético entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral na perspectiva de se produzir o concreto pensado (MINAYO, 1996).

Em síntese, a análise dos dados se norteou pela busca dos sentidos dos textos, falas, como resultado de processo social e de conhecimento, sobredeterminado, mas com significados específicos. Nesse caminho foi utilizado o método dialético, pois ele permite captar os movimentos contraditórios e mutantes no processo de construção de novos modos e novas práticas assistenciais em Saúde Mental nos municípios estudados, notadamente no que se refere aos intercruzamentos das práticas discursivas. Entende-se que no movimento dialético, tomado enquanto unidade e lutas dos contrários, pode-se analisar as produções nos seus momentos Universal, Particular e Singular, em que cada momento, ao mesmo tempo, nega o anterior, busca conservá-lo e superá-lo. Para MINAYO (1996),

Do ponto de vista histórico, a postura interpretativa dialética reconhece os fenômenos sociais sempre como resultados e efeitos da atividade criadora tanto imediata quanto institucionalizada. Portanto, toma como centro da análise a prática social, a ação humana e a considera como resultado de condições anteriores exteriores, mas também como práxis. Isto é, o ato humano que atravessa o meio social conserva as determinações, mas transforma o mundo sobre as condições dadas. [...] É a captação desse movimento contraditório-dinâmico, inacabado e em permanente projeção, a segunda condição do método dialético em seu quadro de determinações. todo dialético (MINAYO, 1996, p.232-33).



CAPÍTULO 4
ANÁLISE DOS RESULTADOS:
CONHECENDO OS CAMINHOS

*Penetra surdamente no reino das palavras
Chega mais perto e contempla as palavras
Cada uma
tem mil faces secretas sob a face neutra
e te pergunta, sem interesse pela resposta,
pobre ou terrível, que lhe deres:
Trouxeste a chave?*

Carlos Drummond de Andrade

4.1- O contexto dos municípios estudados

Este trabalho investiga as ressonâncias das diretrizes e propostas da Reforma Psiquiátrica nos municípios considerados de médio e pequeno porte (denominados neste estudo de A e B), localizados no oeste do Estado de São Paulo, acerca de 400 quilômetros da capital, o médio Vale do Paranapanema. Essa região recebeu grande influência de imigrantes italianos, alemães e espanhóis. O desenvolvimento sócio-econômico-cultural, a exemplo de outras cidades do Estado, ocorreu principalmente em função da chegada dos trilhos da antiga Estrada de Ferro Sorocabana. Também a ferrovia determinou os desenhos geográficos de muitas cidades, que cresceram às margens da ferrovia, sendo que as estações ferroviárias tornaram-se referências locais para a população em geral (CARVALHO, 2001).

A economia regional é baseada na agropecuária - cana-de-açúcar, soja, milho, mandioca e pastagem. Neste sentido, o setor predominante é o primário. A produção regional agrícola é altamente mecanizada, sendo cada vez mais extensas as áreas de cultivos, notadamente da cana-de-açúcar. É alto o índice da mão-de-obra constituída de bóias-frias. Em segundo lugar encontram-se as atividades do setor terciário, como comércio

e prestação de serviços. Por último, aparecem as atividades do setor secundário. Nelas predominam as agroindústrias, como por exemplo, de açúcar e álcool, farinha de mandioca.

Os municípios de A e B pertencem à Região Administrativa de Marília. Essas duas cidades também compõem a Região de Governo de Assis e a Direção Regional de Saúde de Assis (DIR VIII). Esta última, por sua vez, é composta por 25 municípios, organizados em duas micro-regiões: Assis e Ourinhos, com uma população de 440.610 habitantes. Segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)⁶¹, a maioria dos municípios da DIR VIII, incluindo os estudados, estão classificados no grupo três, sendo avaliados como municípios saudáveis, com baixo nível de riqueza municipal, escolaridade próxima da média e elevada condição de longevidade, quando comparados ao restante do Estado (SES, DIR VIII, 2003).

Na assistência em Saúde Mental, pode se observar que a partir de 1993⁶², os municípios da região, pertencente ao antigo Escritório Regional de Saúde (ERSA-20) passam a constituir equipes mínimas de Saúde Mental. Estas, na maioria das vezes, são formadas apenas por psicólogos.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das ações em Saúde Mental possibilita a inserção de equipes de Saúde Mental nas Unidades de Saúde nos municípios A e B, como em outros municípios da região. Com isso, há a ampliação dos serviços de Saúde Mental oferecidos à população da rede pública de saúde e, portanto, a contratação de novos profissionais, basicamente de psicólogos, uma vez que cada cidade fica responsável pelo atendimento de sua própria demanda. Porém, os municípios de pequeno porte, como A, contratam profissionais sem nenhum projeto comprometido com as propostas advindas quer da Reforma Psiquiátrica, quer da política vigente no Estado de São Paulo para a área. No nível oficial, os serviços oferecidos à população obedecem às normatizações específicas da área estabelecidas pela SES-SP e nas diretrizes políticas, teóricas e técnicas emanadas das Conferências Nacionais e Estaduais de Saúde Mental. No entanto, no cotidiano é possível

⁶¹ O IPRS é um indicador social de terceira geração, inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da ONU, utilizado para medir o desenvolvimento social dos países. Foi criado a partir do Fórum São Paulo Século XXI, promovido pelo Poder Legislativo do Estado, realizado entre 1999 e 2001 (SES, DIR VIII, 2003, p.57)

⁶² Segundo estudo realizado por mim, em 1995, intitulado: "O psicólogo na saúde pública: a busca da identidade".

constatar que as ações desenvolvidas pelos profissionais nos vários municípios evidenciam pouca ou nenhuma proximidade com as normatizações, os princípios e propostas existentes no Estado. Naquele momento, os serviços oferecidos pelos municípios procuram apenas responder às pressões imediatas da demanda. A preocupação dos dirigentes públicos é muito mais vinculada às soluções administrativas e burocráticas, no sentido de evitar a reclamação e atender rapidamente o pedido da população.

A criação dos serviços na área de Saúde Mental em municípios pequenos na maioria das vezes não rompe com o modelo manicomial. Pelo contrário, o seu espaço para cuidar da clientela continua sendo o asilo psiquiátrico e a terapêutica é físico-químico-moral. Por outro lado, as ações voltadas para a promoção de Saúde Mental são rudimentares e até mesmo inexistentes. Quando desenvolvidas, caracterizam-se como apenas preventivas, no sentido de reduzir a incidência dos distúrbios mentais dos indivíduos. Não foi encontrado até 1992 nenhum tipo de intervenção de reinserção social dos usuários de Saúde Mental, bem como de ação coletiva voltada para a promoção de saúde, de bem estar e, conseqüentemente, da melhoria das condições de vida da população.

Outro aspecto importante evidenciado por essa pesquisa é que nos serviços de Saúde Mental nos municípios A e B, há distanciamento ou até mesmo a desvinculação entre as políticas públicas e a realidade da população. O planejamento das ações de saúde, tanto geral como mental, quando existe, obedece a diretrizes programáticas decididas em outras instâncias de decisão e por outros órgãos do poder público estadual e federal. Esse planejamento, além de produzir projetos e documentos normativos e burocráticos, tem como objetivo fundamental a contenção dos problemas sociais emergentes, por intermédio de procedimentos meramente técnicos, curativos, individuais ou grupais que, por sua vez, visam a um maior número de atendimentos em um menor tempo.

Em conseqüência disso, os profissionais, alienados em suas práticas, não conseguem contextualizar a conjuntura sócio-econômico-política em que se inserem a clientela, as ações, as teorias e as técnicas profissionais. A maioria deles inicia sua trajetória profissional no serviço público e, portanto, possuem uma pouca qualificação profissional. Dessa forma, as condições precárias de trabalho, em termos de espaço físico, salário, forte

tensão, associado a essa fragilidade profissional, aparecem como fonte constante de sofrimento, isolamento e impotência.

A coletivização desse sofrimento por intermédio de espaços de trocas e reflexões conjuntas de experiências inexistente. A possibilidade de trabalho em equipe aparece idealizada e como única “esperança” dos profissionais romperem com a solidão e desamparo que sentem no seu cotidiano institucional. Além disso, os profissionais e gestores evidenciam, uma idéia de atuação multiprofissional restrita a seus aspectos técnicos e às especificidades de cada profissão. Nesse modelo, a relação entre os membros da equipe é de mera junção de profissionais, onde o elemento integrador é o prontuário do usuário.

Do mesmo modo, suas concepções de saúde, do usuário e de tratamento, não são diferentes. Evidenciam uma concepção individualizada e fragmentada do sofrimento psíquico, sendo a Saúde Mental algo que se alcança individualmente. A responsabilidade pela doença e pela cura fica centrada no usuário. O profissional deve deter um conhecimento das técnicas de avaliação e de tratamento que permitem entender o paciente nos seus aspectos individuais e mais profundos. Em síntese, a noção de eficácia do tratamento fica restrita à capacidade técnica do profissional e à capacidade pessoal do usuário.

Finalmente o estudo aponta que os atendimentos ficam restritos aos sintomas do usuário e as intervenções procuram atender apenas o pedido contido em sua queixa. Também as equipes mantêm pouco contato com os usuários, seus familiares e a população em geral. No que se refere à finalidade do tratamento, é possível constatar que a mera remissão dos sintomas é meta a ser alcançada.

A partir de 1995 há um avanço o processo de construção do SUS na região. Esse processo, apesar das dificuldades, vem sendo consolidado. Por intermédio das Normas Operacionais Básicas é possível desenhar uma outra política de saúde, por intermédio de vários mecanismos institucionais, principalmente a descentralização. No âmbito da Reforma Psiquiátrica busca-se ocupar espaços na esfera governamental com objetivo de interferir no estabelecimento e execução das políticas públicas. Nesse contexto, o MS elabora e publica várias portarias visando modificar a sistemática de remuneração das

internações psiquiátricas, reduzir o tempo de internação e criar outros procedimentos na Saúde Mental, além das internações e consultas ambulatoriais.

Os municípios procuram dar conta de seu novo legado: cuidar de seus doentes mentais. Muitos deles procuram construir novas práticas assistenciais e reorganizar novos serviços em Saúde Mental em que sejam superadas as práticas centradas no modelo psiquiátrico. Outros apenas se dispõem apenas a cumprir as exigências mínimas e algumas recomendações do Ministério da Saúde no sentido de diminuir as internações.

Todas essas experiências, transformadoras ou meramente reprodutoras, apontam para a necessidade de se criar novas formas não apenas de organização e funcionamento dos serviços de Saúde Mental, mas também de ações assistenciais pautadas por novos saberes e novos fazeres.

Desde de 2001, após a realização da I Conferência Regional de Saúde Mental a DIR-VIII, por intermédio da nova articuladora de Saúde Mental, retomou os trabalhos de assessoria, acompanhamento e avaliação das ações dos serviços oferecidos junto aos gestores municipais já desenvolvidos no período de 1995 a 1999.

Além das reuniões mensais do colegiado dos articuladores de Saúde Mental dos municípios da região, a DIR-VIII cria a Comissão de Ensino e Pesquisa, cujos objetivos são estimular o ensino e a pesquisa no campo da Saúde Mental e Saúde Coletiva; viabilizar capacitação e o aperfeiçoamento dos profissionais e, promover o desenvolvimento de novos conhecimentos. Atualmente sua principal atividade é a organização e o desenvolvimento do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Pública da DIR VIII⁶³.

⁶³ O Programa de Aprimoramento Profissional compõe O Programa de Bolsas para Médicos e Outros Profissionais de Nível Superior que Atuam na Área da Saúde, criado pelo Governo do Estado de São Paulo, através do Decreto nº 13.919/79 e gerido pela Fundação de desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). Têm por objetivo a formação e o aprimoramento de recursos humanos para a área da saúde. Assim, o Programa de Aprimoramento Profissional - PAP destina-se à complementação da formação de recém-graduados da área de saúde, exceto médicos, mediante treinamento em serviço em instituições de saúde - universitárias ou não - de elevado padrão científico e técnico e sob a orientação e supervisão diretas de profissionais especializados nas diversas áreas que integram ou apoiam a prestação de serviços de saúde. O Programa de Aprimoramento em saúde Mental e Saúde Coletiva da DIR-VIII tem por objetivo “desenvolver habilidades e raciocínio clínico que possibilitem ao aprimorando: identificar, diagnosticar, organizar e executar tratamento no campo da Saúde Mental, no âmbito de sua área profissional; organizar e desenvolver projetos de assistência, tratamento e ressocialização a pacientes da Saúde Mental com caráter multiprofissional” e na perspectiva da capacitação para os novos serviços territoriais. Até 2002 ele se desenvolvia em três municípios da região.

Compõem o Núcleo de Ensino e Pesquisa, representantes da DIR-VIII, dos supervisores/professores da UNESP e dos municípios envolvidos.

A DIR também tem procurado implementar na região as propostas encaminhadas pelo MS e SES/SP. Nessa perspectiva, vem realizando, entre outras, ações para o credenciamento de CAPS de vários municípios, para garantir uma efetiva avaliação dos hospitais psiquiátricos de acordo com a Portaria 251/2002, análise dos indicadores de Saúde Mental dos municípios, discussão e encaminhamento da implantação da dose certa em Saúde Mental.

Atualmente os municípios vêm cada vez mais ampliando suas ações em Saúde Mental. No entanto a internação psiquiátrica⁶⁴ e a medicação constituem os recursos principais. Os diagnósticos referentes aos transtornos mentais e de comportamento, de acordo com o CID 10, aparecem com maior incidência entre as causas de internação ocorridas no período de 2000 a 2002. Entre eles as maiores prevalências são os transtornos decorrentes do uso de substância psicoativa e as esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e delirantes. Ambos representam aproximadamente 77% das internações psiquiátricas. No que se refere ao uso de medicação os municípios que compõem a DIR-VIII utilizaram em 2001 em média 14,36 unidades por habitante/ano. O índice do município de Assis foi de 16,30 unidades por habitante/ano e de Cândido Mota foi de 13,65 unidades por habitantes/ano (SES, DIR VIII, 2003).

4.2- O município de pequeno porte: uma breve caracterização

O município A foi fundado em 1923. Ocupa uma área de 589 quilômetros quadrados. Sua população, segundo o censo de 2000, é de 29.280 habitantes, sendo 14.641 homens e 14.639 mulheres. A população urbana é de 26.549 (91%) e a rural é 2.731 (9%) habitantes. A taxa de alfabetização é de 89,9% (IBGE, 2002). A cidade administra três distritos e um patrimônio. A principal atividade econômica do município é a agroindústria, voltada para a transformação e beneficiamento da produção agrícola. As principais atividades econômicas são: agricultura (soja, trigo, algodão, cana-de-açúcar e mandioca),

⁶⁴ Os hospitais de referência para internações psiquiátricas dos municípios da DIR VIII são o Hospital de Saúde Mental de Ourinhos e o Hospital Regional de Assis

indústria (farinha de mandioca e bebida) e pequeno comércio. Em 2000, a população economicamente ativa representa aproximadamente 65% do total. Mais de 59% da população têm renda mensal até 3 salários mínimos. Os demais índices de rendimentos parecem assim distribuídos: 16,57% na faixa de 3 a 5 salários mínimos, 12,27% na faixa de 5 a 10 salários mínimos, 5,81% acima de 10 salários mínimos. A taxa de pessoas responsáveis por domicílios sem rendimento é de 6%. O número de trabalhadores formais é de 2.708. Nesse mesmo ano o município teve uma receita municipal de R\$ 15.983.434,00, sendo que a receita própria do município foi de R\$ 2.849.762,00 e o Índice de Participação dos Municípios no ICMS foi de 0,07049821%. No que se refere às despesas com saúde e saneamento foi de R\$ 11.966.791,00, sendo que o nível de atendimento em abastecimento de água foi de 99,57%, em esgoto sanitário, de 91,53% e de coleta de lixo, de 99,72% (SEADE, 2002). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) também em 2000 foi de 0,790, ocupando o 243º lugar no ranking estadual⁶⁵ (PNUD, 2003).

O SUS do município foi habilitado como Gestão Plena do Sistema/NOB/96⁶⁶, desde 1998 e aprovado para Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada a partir de 2002. O município apresenta proposta no Plano Diretor de Regionalização (PDR), de ser sede do módulo de Gestão Estadual para a sua própria população. Na Programação Pactuada e Integrada (PPI) pactuou referências nos diversos procedimentos com vários municípios, como Assis, Ipaussu, Marília, Ourinhos, Bauru, Jaú e São José do Rio Preto (SES, DIR VIII, 2003).

A gerência do SUS é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde. Esta se encontra estruturada por Departamentos: Administrativo, Médico, de Saúde Bucal, de Vigilância Sanitária, de Serviço Social e de Saúde Mental. Conta com sete Centros de Saúde e dois programas de agentes comunitários (PACS). Desde o início do processo de municipalização da saúde o município realiza ações para garantir o atendimento integral à saúde da população.

⁶⁵ Em 1997, segundo a Fundação SEADE, o Índice Paulista de Responsabilidade Social, o município de Cândido Mota também ascendeu ao grupo 3, isto é, foi considerado saudável e de baixo desenvolvimento econômico (SEADE, 2002).

⁶⁶ É importante observar que até 1998 o município A tinha uma Gestão Incipiente do Sistema

As ações na área da Saúde Mental estão integradas às ações de saúde em geral e são desenvolvidas no Centro de Saúde. O departamento conta com um coordenador (psicólogo) um psiquiatra, cinco psicólogos, uma técnica de enfermagem e uma assistente social (trabalha no serviço metade de sua carga horária). O serviço de Saúde Mental atende toda demanda da cidade. Para as internações psiquiátricas a cidade tem como referência o hospital situado no município de Ourinhos e enfermaria psiquiátrica do Hospital Regional, localizado em Assis⁶⁷.

4.2.1- Os primórdios da assistência em Saúde Mental

No município A, desde 1989, a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, o Centro de Saúde I constitui a equipe mínima de Saúde Mental. No entanto esta equipe é composta de um psicólogo e um médico-clínico. Esses profissionais realizam apenas psicodiagnóstico, avaliação psiquiátrica.

Na maioria das vezes os usuários são encaminhados para atendimento psicológico no ambulatório de Saúde Mental de Assis e para internações em hospitais psiquiátricos da região. Naquele momento, era comum a internação de usuários sem que estes fossem examinados pelo médico. As guias muitas vezes eram entregues para algum membro da família que solicita internação de seu familiar. Outras vezes o próprio motorista da ambulância do município auxiliava as famílias conseguir a guia de internação.

A partir de 1994 o departamento de Saúde Mental começa a esboçar projeto de atenção aos usuários, com o objetivo de implantar ações assistenciais substitutivas à internação psiquiátrica - e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Assim, em 1995 a equipe é ampliada e inicia parceria com o Departamento de Psicologia Clínica da Faculdade de Ciências e Letras de Assis, com o objetivo de discutir programação das ações de atenção em Saúde Mental do município, em consonância com as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, assim como para construir um núcleo de estágio em Psicologia Clínica junto ao programa de Saúde Mental do município.

⁶⁷ O município A conta ainda com um hospital filantrópico.

Nessa perspectiva, em 1995, a Secretaria de Saúde do município de fato constitui uma equipe mínima multidisciplinar. A equipe passa a contar com quatro profissionais de nível superior. (dois psicólogos, um Assistente Social e um médico psiquiatra). Em 1996, é contratada mais uma psicóloga para desenvolver projeto de atendimento aos dependentes químicos⁶⁸.

Em síntese, a assistência em Saúde Mental nesse município de pequeno porte, de fato inicia-se apenas em 1995. Embora já contasse com dois profissionais atuando no setor, o atendimento se restringia à avaliação e encaminhamento para internação psiquiátrica.

4.2.2- Consolidação do SUS e as ressonâncias da Reforma Psiquiátrica

As práticas discursivas analisadas neste capítulo com objetivo de conhecer as ressonâncias da reforma psiquiátrica no município A, conforme já foi citado, foram destacadas de textos, documentos produzidos pelas equipes do serviço de Saúde Mental e da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene e das entrevistas realizadas com atores sociais dos segmentos de gestores, trabalhadores e usuários do programa de Saúde Mental.

Os documentos disponíveis foram os Planos de Saúde do Município das gestões (1997; 2001), o Relatório da I Conferência Municipal (1997), Projeto de atendimento em Saúde Mental (1998) e o projeto de Saúde Mental (2002). Houve também uma consulta ao arquivo de um jornal diário do município (2000/2002). Os textos referem-se a trabalhos escritos por atores envolvidos no serviço, dos quais se destacam: “A municipalização da Saúde Mental” (HERNANDES e LUZIO, 1999) e “Uma Experiência de Pronto Atendimento em Saúde Mental Coletiva” (MENDES et al, 2003).

As entrevistas foram realizadas com o secretário municipal de saúde, o coordenador do serviço de Saúde Mental do Centro de Saúde (G1 e G2), um membro da equipe de apoio, um assistente social, um psicólogo e um psiquiatra (T1, T2, T3, T4), um

⁶⁸ A partir desse ano também seis alunos do Curso de Psicologia da UNESP - Assis passam a realizar suas atividades do estágio curricular na área de psicologia clínica junto ao programa de Saúde Mental do município

usuário com assiduidade nas atividades do programa; um familiar; e um representante dos usuários do CMS (U1, U2 e U3).

A seguir apresenta-se a análise dos documentos e das entrevistas de acordo com as categorias definidas na Metodologia

4.2.2.1- Campo teórico-conceitual

◆ **Concepção de doença/saúde**

Nos documentos disponíveis até 1998 não aparece explicitada a concepção de saúde/doença em que se orienta o serviço de Saúde Mental. O Relatório de I Conferência de Saúde (1997) destaca como prioridades as propostas de ações de atenção primária foram dominantes nas propostas, indicando uma concepção de Saúde Mental orientada pela idéia de prevenção dos conflitos e tensões existentes principalmente na convivência social e os programas de atenção secundária e terciária. No projeto de criação do Ambulatório de Saúde Mental e da Oficina Terapêutica enviado para o MS em 1998, é utilizada a expressão “doente mental” para denominar os usuários de Saúde Mental. Sua utilização parece reafirmar o seu significado histórico vinculado com o modelo psiquiátrico.

Nas entrevistas, principalmente para os usuários, as concepções de doença mental ainda aparecem desvinculadas ao conceito de doença como processo social e centradas apenas no organismo do indivíduo. Como tal, ela é concebida como um mal desconhecido, ruim, anormal e, portanto, como falha pessoal, conforme se pode observar no trecho da entrevista abaixo relacionado:

[...] Porque minha mãe não sabia o que ela tinha. Por isso ela ficava triste, chorando. Então, quando ela passava pelos médicos [...] eles falavam assim “eu não sei qual a doença que ela [paciente] tem”. Ela não sentia dor. [...] Era só o pensamento dela que era ruim. Vinham só coisas atrapalhadas, uns pensamentos que não eram normais. Ela sentia aquele nervoso que não se podia falar com ela. E as crises foram ficando, cada vez mais fortes (U2).

O sofrimento mental concebido como doença só pode ser entendido pelo médico. Porém, a doença mental ao ser considerada uma doença desconhecida, associada a pensamento ruim, atrapalhado, não pode ser atendida por qualquer médico. O doente precisa procurar um médico-especialista: o psiquiatra.

Além disso, como doença orgânica, um dos primeiros sinais a ser verificado é a manifestação de dor física. Diante da dificuldade de localizar a dor nas manifestações sintomatológicas as mesmas são consideradas como uma doença que não produz dor. A ausência de dor associado a um estado nervoso, anormal, com a intensificação gradativa das crises impede o contato da pessoa com mundo, conforme aparece no trecho abaixo:

O sistema nervoso foi atacado, a pressão subiu e comecei a passar mal [...] Quando eu via que meu filho chorar, falando: “mãe a senhora está fora de controle, procure o médico”. Ai eu vim mesmo, porque eu vi que estava precisando (U1).

A doença mental como uma manifestação do sistema nervoso da pessoa, apesar de continuar sendo considerada orgânica, não está localizada no corpo e na mente da pessoa, mas sim nos nervos. Ela seria uma doença relacionada à força, à energia e ao vigor da pessoa. Assim, as perturbações nervosas supõem estados de tensão nervosa, nervosismo e de desequilíbrio nervoso, associado tanto à diminuição e à falta de energia nervosa, como e, principalmente, ao seu excesso⁶⁹.

A noção de exagero e excesso de energia nervosa associa-se à noção de desequilíbrio em que a pessoa sofreria um ataque e perderia o controle de si mesmo e ficaria louca, agressiva e perigosa.

...Quando eu fico muito nervosa, eu não sinto as minhas mãos. Então, tudo que eu pego, eu destruo, pois eu fico fora de controle...(U1).

...Ele está delirando, ele está agressivo. (T1)

Esta relação da doença mental com a periculosidade aponta ainda mais um aspecto: o medo. As pessoas evidenciam temor frente a um usuário considerado doente mental, temem tornar-se igual. Em consequência, o serviço de Saúde Mental é visto como um lugar perigoso. Tal percepção é compartilhada por trabalhadores do serviço de Saúde Mental, em especial, os da equipe de apoio:

⁶⁹ Nervosismo, segundo o dicionário, significa emotividade exagerada; irritabilidade, excitação, enervamento, nervosidade, estado caracterizado por excitação psíquica, ansiedade. (Ferreira, A. B. H. Dicionário do Aurélio Eletrônico - Século XXI. Versão integral do Novo Dicionário Aurélio - Século XXI, publicado pela editora Nova Fronteira. Brasil: Lexikon Informática LTDA. Versão 3. nov 1999.).

Como um louco. Todo mundo que passa pela Saúde Mental é louco. E as pessoas reclamam: “Ah! vocês deveriam ter um lugar É perigoso”. E elas falam isso com razão (T1).

A doença mental, como sinônimo de agressividade supõe que a pessoa considerada doente mental ao ter uma crise, perde o controle de si e fica louca. Como tal o indivíduo perde a consciência de si, das coisas e o controle de seus atos. Na condição de alienado mental, consoante com o conceito elaborado por Pinel, o usuário é visto como incapaz de julgar, escolher, ser livre e, portanto, exercer a cidadania. A loucura percebida como incapacidade de Juízo e Razão aparece ainda relacionada à agressividade e destrutividade.

A associação da doença mental com a agressividade tem como marco histórico a fundação da psiquiatria moderna. A partir daí, as manifestações agressivas, imprevisíveis da loucura contribuíram para que a doença mental adquirisse o estatuto de periculosidade, mesmo quando a pessoa não é considerada pelo direito penal como louco infrator. Essa situação, apesar dos esforços da Luta Antimanicomial em superá-la, ainda se mantém muito presente no imaginário social, provocando temor e medo não apenas nos familiares, mas também em toda a sociedade.

Ao lado da relação da doença mental com a agressividade, imprevisibilidade, aparece ainda o estranhamento. Dessa maneira, a loucura, a doença mental ou o sofrimento psíquico tornam as pessoas estranhas e incompreensíveis para qualquer pessoa considerada normal.

As idéias de sofrimento mental acima abordadas reafirmam as concepções morais e biológicas de doença mental identificadas no modelo psiquiátrico moderno e podem ser observadas também nas práticas discursivas dos gestores e trabalhadores. Nessa perspectiva, elas reconhecem a doença mental nas diferentes patologias em termos de sua gravidade.

Eu penso que o usuário da Saúde Mental é um indivíduo comum, que vem em busca de tratamento devido a uma simples ansiedade. Mesmo as pessoas que têm doenças crônicas. [...] como a esquizofrenia. (T2).

[...] hoje caiu o conceito de louco, de agitação e eles são tratados como psicóticos e neuróticos. Assim, as pessoas podem muito bem se encontrar. [...] (G1).

No entanto, a percepção de que existem vários tipos de sofrimentos em graus diferentes de gravidade indica que a doença mental é considerada uma patologia complexa e dinâmica. Como tal, a nosografia psiquiátrica utilizada⁷⁰ abarca uma grande variação de sintomas com diversos graus de intensidade e gravidade. O sofrimento psíquico se materializa naturalmente ao nível do organismo objetivo. Uma vez concretizada essa exterioridade corporal é possível realizar, com consciência e tranquilidade necessárias, um diagnóstico objetivo com vista de se viver bem com um mínimo de bem estar físico-psíquico-social, conforme aparece no trecho abaixo:

Acredito que ter saúde mental seja viver com um mínimo de bem estar físico, psíquico e social e a incapacidade de possuir esse “mínimo” seria doença mental. Viabilizar a posse desse “mínimo”, seria tratamento. A saúde mental é complexa e dinâmica, por isso postergo a preocupação com cura. (saúde, no geral, é uma eterna busca) [destaque entre parênteses do entrevistado] (T4).

Pode-se constatar na fala não apenas a concepção de doença mental, mas também a de saúde mental, que aparece como possibilidade de se viver com um mínimo de bem-estar físico-psíquico-social, supondo algo complexo e dinâmico, tal como preconiza o modelo da psiquiatria preventivo-comunitária americana, que orienta ainda a política de Saúde Mental do país.

Nessa perspectiva, observa-se uma nova dimensão do bem-estar físico-psíquico-social. Além da necessidade do tratamento da doença mental, é também garantir a saúde mental da população. É necessário ficar alerta e identificar as possíveis situações que provocam descontrole nas pessoas.

[...] A maioria dos problemas são ligados à questão da Saúde Mental.
[...] Qualquer problema que a gente tenha, a gente acaba tendo um descontrole [...] (U3).

⁷⁰ Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças - CID-10

Essa busca parece apontar que tudo pode provocar desestabilização psíquica. A saída é antecipar as ações de cuidados e produzir ações para prevenir o sofrimento mental.

[...] Eu acho que a Saúde Mental deveria ser tratada também na escola. Deveria existir um programa voltado para as escolas, específico. E isso seria uma coisa mais ampla. (U3)

Antes de pensar ações que favoreçam tratamento diferente para a pessoa considerada doente mental, de modo que ela possa ser reconhecida em sua singularidade como sujeito social e de direito, buscam-se maneiras de evitar que as pessoas tornem diferentes. Nesse movimento, a Saúde Mental aparece como elemento de sustentação das condições gerais de saúde do indivíduo:

[...] porque se a pessoa não tiver saúde mental, ela não tem saúde do corpo. Ela pode ter dor no corpo e não ter saúde mental, mas eu acho que dificilmente ocorre o contrário (U3).

Tal visão é ressaltada notadamente pelo representante do CMS. Ela parece indicar que a Saúde Mental é a base do bem estar da população. É necessário ficar alerta e identificar as possíveis situações que provocam descontrole nas pessoas. Essa busca parece apontar que tudo pode provocar desestabilização psíquica e, portanto, a saída é antecipar as ações de cuidados nessa área para garantir a existência do indivíduo no mundo equilibrada, harmoniosa.

No entanto, pode-se também constatar, nas práticas discursivas de gestores e trabalhadores, algumas rupturas, que mesmo não tendo a potência de uma transformação radical da concepção instituída apontam possibilidades de análise e intervenção:

Eu o vejo carente de tudo, carente de afeto [...] Eu percebo que ele quer conversar. Porque eles são pessoas que precisam de um certo apoio, de um acolhimento (T1).

Apesar do termo carente apontar uma visão do usuário da Saúde Mental com sofrimento psíquico como alguém necessitado e desprovido de recursos para viver, é possível perceber a presença de indícios de que o sofrimento mental seria decorrente das condições de vida das pessoas, sendo o sofrimento mental compreendido no campo das relações que a pessoa estabelece com o mundo.

Aparece também a relação da doença mental como sofrimento psíquico:

[...] Eu acho que quanto à concepção da doença mental [...] existe um conceito de sofrimento psíquico. Alguém que sofre, precisa de ajuda e precisa se reintegrar nos seus deveres, nos seus trabalhos (T3).

[...] eu já venho estudando alguns autores que se propõem pensar de uma outra maneira: no sofrimento e na existência. [...] E isso diferencia a escuta da subjetividade do usuário. Você imaginar que ele é alguém que pode meio conviver melhor, com menos sofrimento.

[...] Pensar nisso como algum problema, um sofrimento psíquico... [...] Ele consegue conviver um pouco em todas as suas relações (G2).

A idéia de que a doença mental deve ser colocada entre parênteses, sendo necessário se entrar em contato e conhecer o sujeito em sua experiência-sofrimento parece ecoar e fazer algum sentido no serviço, no que se refere à possibilidade de se romper com a separação do objeto “doença” da existência global complexa dos usuários e do corpo social. Assim, as práticas discursivas acima citadas podem representar pequena fenda para se compreender a loucura e o sofrimento psíquico como fenômenos histórico-sociais, peculiares, em que o sujeito, em sua existência-sofrimento, está no cerne da situação, como propõe a psiquiatria democrática italiana. Essa percepção parece estar em consonância com o Projeto de Saúde Mental enviado para o MS, solicitando o cadastramento do serviço de acordo com a Portaria 336/2002, onde destaca que é necessário romper com o modelo centrado:

[...] na concepção de doença como erro, distúrbio e cujo tratamento tem como objetivo a pura remissão de sintomas apresentados pelo doente por intermédio de práticas morais, mecanicistas, homogeneizadoras e burocratizadas. Um projeto terapêutico que considere o usuário numa rede de relações psicossociais e o sofrimento mental a partir de um campo terapêutico dilatado, propiciador da emergência do processo de abordagem e conhecimento da doença. (PMCM, 2002, p. 5).

◆ **Objetivos e meios de tratamento**

Os objetivos do tratamento em Saúde Mental no município A encontrados nas práticas discursivas são:

estimular o diagnóstico precoce, dar cobertura extra-hospitalar, evitar as internações desnecessárias e reintegrar o paciente na comunidade (PMCM, 1997, p.13).

contribuir com a redução das internações psiquiátricas [...] (MENDES et al, 2003, p. 4).

[...] Evitar a internação e poder oferecer algo que possa possibilitar a melhora do usuário [...] E também evitar a desassistência (G2).

Esse objetivo surge associado à preocupação de que a não internação do usuário não provoque a desassistência do mesmo. Percebe-se que, de maneira geral, a oferta de algum tipo de tratamento extra-hospitalar no município visaria oferecer a possibilidade de o usuário conviver com a família e garantir alguns direitos de cidadania.

[...] O mais importante é o aspecto da desospitalização dessas pessoas.

Porque a gente percebe que está trazendo um convívio junto com a família, buscando uma certa cidadania a essas pessoas (G1).

A percepção de que o tratamento da pessoa com sofrimento mental deve propiciar a convivência familiar e cidadania pode ser relacionada com outro objetivo: a reinserção social em termos de possibilidades de retomar sua vida, poder trabalhar e ter outros papéis sociais, conforme aparece destacado no Projeto de Saúde Mental:

atender um maior número de usuários, de possibilitar a reabilitação e reinserção social dos mesmos; ampliação das ações do projeto de atendimento aos usuários dependentes de bebidas alcoólicas e drogas, em função da alta incidência desse problema no município; e a ampliação da equipe de profissionais. (PMCM, 2002, p. 3)

Eu penso que temos que oferecer mais oportunidades de inserção social. Isso que é a chave. E a gente vê que isso está faltando (T2).

Trabalho insistentemente pela ressocialização do paciente (T4).

Observa-se que os objetivos do tratamento aparecem prioritariamente nas entrevistas dos gestores e trabalhadores.

O meio de tratamento reconhecido como capaz de viabilizar o tratamento dos usuários do serviço de Saúde Mental do município A é a medicação. Esta é sem dúvida alguma percebida como muito importante, principalmente nas práticas discursivas

encontradas nas entrevistas. Na maioria dos documentos e textos, a terapêutica medicamentosa não aparece ressaltada. Apenas em um texto ela é referida, em conjunto com outras:

[...] o atendimento do usuário na rede extra-hospitalar, através de outras ações como: consulta psiquiátrica, uso de psicofármacos, retornos freqüentes à unidade, atendimento psicoterápico, oficinas terapêuticas, orientação de familiares e intervenções nos espaços sociais do usuário (MENDES et ali, 2003, p. 4).

[...] O governo está consciente disso., [...]. Foi feita uma estruturação principalmente no Estado de São Paulo no programa da “Dose Certa” da Saúde Mental. Além disso, vê-se que a medicalização dessas pessoas, com certa orientação, evita as internações (G1).

A medicação sem dúvida alguma é a terapêutica mais utilizada e também considerada a mais importante e até mesmo imprescindível.

Isso é possível quando a família assume compromisso com o paciente. Porque, muitas vezes, o que acontece é não assumir o compromisso da medicação certinha. Empurra o paciente para o serviço e ele é internado. (T1, ao responder se é possível tratar sem internar).

Quando necessária e bem empregada, transforma-se no pilar de qualquer construção terapêutica futura (T4).

Quando o paciente está em crise, ele não está bem, o primeiro passo é medicar, esperar eliminar o sintoma da crise e só então propor as atividades. Eu acho que é isso que está concebido pela equipe [...] (G2).

A medicação como pilar da terapêutica necessária na atenção em Saúde Mental parece ser consenso entre os diversos atores sociais entrevistados. Embora nos trechos acima transcritos ela apareça voltada para o usuário em crise, pode-se perceber também que essa crise se refere às vezes a simples presença de sintomas e não necessariamente à gravidade deles.

A importância de outros meios de tratamento foi apontada, mas, em algumas situações, centrada na medicação:

Trabalho familiar. E se for necessário, também ajudar no manuseio da medicação [...], na forma do uso regular para não se fazer uso abusivo. Eu penso que vai depender de cada caso. Em uns a gente consegue fazer, mas não em todos (G2).

O atendimento familiar, inicialmente proposto como outra ação terapêutica do sofrimento mental, mesmo com uma função complementar, acaba sendo percebido como uma condição necessária para que a medicação seja bem ministrada. Nesse sentido, o tratamento medicamentoso requer não apenas ações referentes às consultas médicas e fornecimento das medicações, mas a orientação, o controle e a fiscalização de seu uso tornam-se a base do tratamento oferecido no serviço de Saúde Mental do município.

Então o quanto é importante esse contato da orientação. Se ele não comparece, fazer uma busca mesmo, ativa, atendendo precocemente (T2).

A busca ativa teria como objetivo garantir a adesão do usuário e seus familiares ao tratamento. No entanto, essa adesão seria essencialmente ao tratamento psiquiátrico.

Em quais os casos? Casos... Às vezes o psiquiatra percebe que houve muitas faltas. Casos de pacientes egressos das internações, que não voltam ao serviço. Casos que, conforme vão chegando, a própria equipe vai colocando. [...] (T2).

Esse tipo de intervenção é utilizado em especial com usuários considerados graves, com internações freqüentes e com dificuldades em aderir ao tratamento ofertado.

Pode-se observar a insistência da equipe para viabilizar outras ações terapêuticas. Esses movimentos de construção, no entanto, parecem reafirmar a concepção da medicação como o pilar do tratamento, assim como reproduzem o caráter complementar de outras terapêuticas, uma vez que essas, quando existem, acabam sendo postergadas para um momento posterior (após a melhora sintomatológica do usuário).

Conforme a gente percebe a melhora dele, ele passará a participar da oficina de “expressão”, com o estagiário. (T2).

A psicoterapia também aparece como coadjuvante principal da medicação, muitas vezes não é aceita pelo usuário.

[...] Às vezes a pessoa traz sintomas somáticos ou claramente emocionais, mas ela não tem clareza do que pode ter ali. Geralmente, quer um alívio, mas ela não traz uma demanda para psicoterapia ou então traz um pedido de uma medicação mágica, na qual ela vai tomar o remédio e o conflito familiar vai acabar [...] (G2).

O fato de a população perceber o atendimento em Saúde Mental como responsabilidade da psiquiatria e centrada essencialmente no médico constitui-se dificuldade para a equipe na organização das ações terapêuticas, que reconhece a importância de outras terapêuticas além da medicação e a inviabilidade de se ofertar consultas psiquiátricas suficientes para evitar a fila de espera.

Eu acho que, hoje tem alguns profissionais que têm uma visão de acordo com o modelo substitutivo..., de ampliação de afeto, ou seja, de ter uma escuta menos medicamentosa, menos ligada à figura só do psiquiatra (G2).

A equipe realiza o pronto atendimento (PA) dos usuários que chegam para o atendimento no serviço de Saúde Mental, com objetivo de atender a população com maior resolutividade e eficácia, evitar os problemas que ocorriam com o agendamento prévio e filas de esperas, criar canais de 'escuta' e acolhimento das necessidades das pessoas (suas vontades e desejos) e, conseqüentemente, para diminuir o volume de internações psiquiátricas, as consultas psiquiátricas, o uso de psicofármacos e priorizar o atendimento do usuário numa rede extra-hospitalar (retornos freqüentes à unidade, atendimento psicoterápico, oficinas terapêuticas, orientação de familiares e intervenções nos espaços sociais do usuário).

O PA, suscita freqüentemente muitas indagações na equipe, as quais tem produzindo outras experiências como PA em grupo e grupo de acolhimento, visando um acolhimento do usuário capaz de propiciar a implicação subjetiva com seus problemas emocionais, por intermédio da problematização da relação entre a demanda e a oferta de tratamento, isto é, problematizar a situação subjacente aos sintomas ou pedidos que chegam ao PA.

[...] No caso do atendimento de adulto, a ênfase é dada ao grupo e esses são subdivididos. No primeiro momento, tem-se o grupo de acolhimento. Ele é uma seqüência do PA. A idéia é que ele possa acolher o usuário que não tem uma queixa clara. [...] Então a gente o coloca no grupo de acolhimento, pois ele não está em situação de risco [...] (G2)

A experiência do grupo de acolhimento parece ter tido melhor receptividade da equipe do que o PA em grupo. Atualmente o serviço realiza vários grupos de acolhimento, coordenados por profissionais da equipe, sendo que seus benefícios aparecem destacados como propiciadores de um melhor atendimento dos usuários e de uma diminuição da fila de espera da psiquiatria, como aponta o trecho da entrevista abaixo transcrito:

O que eu percebi no grupo de acolhimento [...] é que antes, um maior número..., buscava tratamento psiquiátrico. A gente tem conseguido fazer muita coisa dentro desta proposta [...] dos grupos de acolhimentos... Hoje, a gente tem três pessoas na lista de espera da psiquiatria e 60 para o grupo de acolhimento de psicologia (G2).

A diminuição dos encaminhamentos para a psiquiatria e a sua respectiva fila de espera, de fato é relevante na construção de um serviço extra-hospitalar em Saúde Mental. Porém, parece que esse fato decorre mais de deslocamento dos encaminhamentos para a psicoterapia ou mesmo para o grupo de acolhimento do que da ampliação das modalidades de atendimento através da construção de outros dispositivos terapêuticos.

[...] Eu acho que a expectativa é a psicoterápica. Porque até os grupos de acolhimento que não tem essa abordagem e que o objetivo implícito dele é que se prepare essa pessoa para a psicoterapia [...] Ela vai imediatamente para o acolhimento e sim para uma lista de espera. Em alguns casos, o paciente fica durante três meses esperando um grupo de acolhimento (T3).

A oficina terapêutica é outra modalidade de atendimento oferecida no serviço de Saúde Mental do Centro de Saúde I. No entanto, a equipe não tem muita clareza de seus objetivos:

Quando a gente discute sobre oficina eu percebo que ainda não se tem muita clareza o para quê dessa oficina como dispositivo, além de atendimento em grupo e individual. Ainda não percebo uma clareza dela como dispositivo de fato de grande importância (T3).

[...] Então ao propor “vamos fazer uma oficina?” As pessoas respondem: “Vamos!” Mas, na hora de discutir um caso, primeiro é pensado nas psicoterapias, no medicamento e não nas oficinas (G2).

Pode-se identificá-la como uma terapêutica ocupacional centrada em trabalhos manuais com a finalidade de apenas ocupar o usuário ou promover sua reinserção social. Como tal seria mais uma técnica que exigiria indicação e encaminhamento precisos e adequados aos usuários.

Vai começar uma outra oficina nessa semana. A gente está estudando os casos descobrir qual seria a melhor indicação e para verificar, de fato, quem precisa (G2).

Quais os tipos de atividades para depois poder se pensar qual perfil e que tipo de profissional deverá compor a equipe. Tem algumas discussões sobre a contratação de um terapeuta ocupacional, mas o porquê disso não tem ficado muito claro para mim. (T3).

A oficina, como mais uma modalidade terapêutica, cuja técnica exige um conhecimento preciso e especializado, talvez fosse melhor executada por um profissional específico: o terapeuta ocupacional:

Porém, mesmo existindo essa concepção de oficina terapêutica, é possível identificar também outro movimento no serviço. Esse movimento está relacionado à concepção da oficina terapêutica como dispositivo terapêutico capaz de produzir espaços de reinvenção do cotidiano pautado por uma rede de relações psicossociais, de modo a constituir territórios existenciais potencializadores de novos modos de vida.

Na oficina eu gosto de estar com os meus colegas. Eu participo, eu sorrio, eu converso, eu canto, eu brinco, conto piada, conto verso e eu me sinto muito bem indo lá: aquela é a minha família (U1).

Tem uma oficina que é voltada mais para reinserção social, que é um grupo maior. A gente faz visitas e desenvolve alguns trabalhos manuais. Mas é uma oficina com pessoas que, na maioria delas não tem um comprometimento psíquico muito grande (T3).

A oficina de quinta feira é uma oficina muito difícil de começar, de fato. Mas nela é trabalhada um pouco mais a implicação subjetiva do usuário no tratamento. [...] A gente trabalha com material gráfico [...] e através dele a gente discute algumas questões. [...] Já apareceram questões relacionadas ao serviço público e ao tipo de atendimento oferecido. A gente pôde discutir um pouco disso e sobre a história de cada um. [...] (T3).

Em síntese, o lado da medicação, outros recursos terapêuticos são fundamentais para o serviço. Porém, eles encontram dificuldades para serem implementados.. Essas dificuldades referem-se a, pelo menos, duas ordens de determinações. A primeira está voltada às dificuldades teóricas e técnicas de se integrar a um sistema de saúde voltado para toda a população. A segunda é inerente à própria concepção de doença norteadora desse sistema que, apesar da nova roupagem, continuava sendo a mesma instituída pela psiquiatria moderna. Nessa perspectiva, os procedimentos terapêuticos muitas vezes ficam reduzidos apenas ao manejo dos sintomas. A utilização desses procedimentos fica ainda subordinada ao saber hegemônico da medicina, mais especificamente da psiquiatria, responsável pelos encaminhamentos e com credibilidade junto à clientela para fazê-lo.

Mesmo assim, as práticas discursivas apontam o trabalho em equipe multiprofissional prioritário para se viabilizar os objetivos e os meios de tratamento. Contudo, pode-se observar, a exemplo das ações terapêuticas, o trabalho dos profissionais está orientado pela figura do médico. As ações centradas na medicação tanto legitimam o seu poder no serviço, ampliam o consumo de remédios, como consomem a força de trabalho da equipe, conseqüentemente dificultam a construção de outras ações.

[...] Mas a gente acaba lutando e brigando para manter o básico dentro da instituição e para garantir o fornecimento da medicação, e não propostas novas. A gente fica restrita ao básico proposto [as necessidades básicas do dia-a-dia] e as metas da Reforma Psiquiátrica ficam num segundo plano (G2).

O que eu estou fazendo na Saúde Mental? Eu estou fazendo um acompanhamento junto ao psiquiatra e com os grupos de referência medicamentosa. [...] Também estou fazendo, em alguns casos específicos, a dispensação de medicação. Porque a gente percebe a dificuldade que eles tem para assumir a medicação [...] (T2).

Assim, parece reproduzir-se no serviço extra-hospitalar a função ideológica da psiquiatria, isto é, a alienação social da sociedade e, conseqüentemente impedir de se colocar em análise tal função no sentido de inverter sua lógica: no lugar de colocar o doente entre parênteses, procurando conhecer a doença mental.

[...] Ela [a medicação] é invisível e você não sabe onde ela está, pois não está na mão do psiquiatra Acaba predominando um pouco essa visão. [...] A gente tem feito algumas outras coisas, mas ainda está preso com a medicação (G2).

A ação do psiquiatra e a medicação são consideradas adequadas, prioritárias e, às vezes, reconhecidos como único recurso terapêutico necessário e suficiente. Sua utilização é percebida como criteriosa.

Eu penso que não se usa muito não. [...] Observo que vem se fazendo uso de acordo com a necessidade do usuário. Isso é bem visível. E a constante preocupação de se fazer o uso de medicação eficiente, sem o efeito colateral. Assim tenho percebido essa preocupação por parte da psiquiatria [...] (T2).

Em consequência disso, a ausência do psiquiatra suscita o temor na equipe, pois ela se sente impotente frente ao usuário em crise, mesmo quando este não faz uso constante do medicamento. Isso torna-se evidente nas ocasiões em que o psiquiatra está de férias. Nessas situações, a existência de algum usuário que falta muito nos retornos com o médico ou fica mais tempo sem contato com o serviço, embora continue tomando medicação antipsicótica, gera forte tensão na equipe. Esta fica sem saber qual atitude tomar na ausência do psiquiatra, como aparece na fala transcrita a seguir:

O psiquiatra vai sair de férias e não tem ninguém que o substitua. Ele tem um paciente que [...] não tem buscado mais atendimento, mas está, de alguma maneira, tomando um antipsicótico. Agora essa medicação vai acabar [...] Então gera muita angústia. Nós vamos deixá-lo sem ser atendido até o retorno do médico? (G2).

Os usuários que possivelmente se encontram nessa situação podem não entrar em crise ao ficar sem medicação. Eles podem ir à instituição, solicitarem suas consultas com o psiquiatra e reclamarem caso não consigam viabilizá-las, mas com certeza qualquer que seja seu quadro sintomatológico no momento, a maior crise de fato parece se romper na equipe. Esta parece ficar paralisada frente às situações supostamente imprevisíveis, mesmo que freqüentes. A falta do médico no serviço se equivale à falta de assistência, como se nenhuma outra ação realizada por algum profissional da equipe fosse também tratamento.

[...] Existe a dificuldade da equipe poder pensar uma forma de agir mais intensiva. [...] Tem acontecido, mas isso não...Alguns usuários, a gente tem certeza [que faz], mas têm outros que não (G2).

[...] A equipe tem força (mas eu não sei se a mesma percebe!) [o comentário entre parênteses é do entrevistado] (T4).

A valorização da medicação e da figura do médico também é encontrada nas entrevistas dos usuários. Nesse contexto, ela é muitas vezes deslocada para o campo mágico:

Se eu não tivesse um medico, se não tivesse o Dr [...] e nem o tratamento, eu não sei o que seria de mim. Eu já estaria no cemitério há muito tempo (U1).

A atitude afetiva e sugestiva, do médico e dos demais profissionais, representa uma outra forma de tratamento, considerada tão eficiente como a medicação, pelo menos em termos de valorização pessoal do usuário:

[...] O médico diz: “Você deve tomar o remédio e fazer isso no horário certo, porque você é muito importante para mim, é importante pra nós”. Então, eu me sinto importante. Como se fala? Ele elogia a gente, põe o astral da gente lá em cima, [...]. Acho que sem ele, eu não sei o que seria de mim não (U1).

Essa atitude sugestiva pode ser uma tentativa de valorizar as potencialidades do usuário. Mas a sugestão e a orientação, na maioria das vezes, indicam mais uma ação educativa de apoio e centrada ainda no tratamento moral.

Apesar da relação com o tratamento moral, as tentativas de valorizar as potencialidades do usuário também indicam atitude de atenção e de implicação subjetiva da equipe, propiciadora de situação de acolhimento e de segurança para o usuário. A fala de usuário entrevistado mais uma vez é esclarecedora quando se refere aos benefícios da internação:

Eu acho bom quando me internam, porque eles dão o remédio certo, porque a gente não toma o remédio certo, no tempo certo e no horário certinho. [...] Eu tomo sempre atrasado o remédio. [...]. Ela [internação] é importante porque eu sinto mais leve depois que eu me interno. [...] Esse é o ponto em que eu me sinto segura. E vejo as coisas melhores quando eu estou internada (U1).

A defesa da internação é algo surpreendente, mesmo tendo em vista as críticas consistentes contra ela. Porém, é importante considerar que esse entrevistado foi internado na ala de psiquiatria do Hospital Regional de Assis (cuja proposta de internação é de curta

duração). Assim, esse usuário não teve nenhuma experiência de internação longa em hospitais psiquiátricos. Para ele os benefícios da internação estão relacionados à garantia de contar com espaço que favoreça distanciamento adequado da sua vida cotidiana, gerando uma situação de proteção e segurança, bem como cuidado intensivo para suas crises. Essas condições não são necessariamente propiciadas pelos hospitais psiquiátricos. O distanciamento oferecido pelos hospitais psiquiátricos é o isolamento e a exclusão da pessoa que sofre do seu meio social.

Se por lado, é possível identificar a valorização do médico, da medicação e da internação nas práticas discursivas dos usuários. De outro, são apenas eles que nas entrevistas apontam limitações sobre a medicação e, conseqüentemente, o destaque da necessidade de outras modalidades terapêuticas. No que se refere às limitações da medicação, os efeitos de tamponamento dos sintomas por ela provocados dificultam a vida dos usuários.

Desde quando começou o tratamento aqui ela está com ele [psiquiatra]

É ele que lhe dá o remédio. Ele foi trocando a medicação dela. (U2).

Eu só gostaria [...] que tirassem um comprimido dela, deixa... Porque [...] ele falou que ia trocar os comprimidos, mas eu não sei se ele ainda vai trocá-los porque ela dorme muito. [...] fica mole. (U2).

A dificuldade de encontrar medicação e dosagem adequada para os usuários é uma das limitações. A outra aparece relacionada aos efeitos das drogas. Se, de um lado, a medicação pode controlar o nervosismo, a agitação, o delírio, o pensamento ruim, de outro, essa mesma medicação pode tamponar os sintomas e a própria pessoa, de modo que ela fica apática, sonolenta, isolada, desligada do seu meio ambiente. Esse efeito, muitas vezes, considerado colateral, acaba se tornando uma outra fonte de sofrimento para o usuário e sua família:

Ah, eu só espero que um dia ela fique boa, deixe de tomar o remédio, e fique normal, do jeito da gente (U2).

Finalmente, aparece em documentos e em algumas entrevistas a meta de se construir uma atenção em Saúde Mental que permita:

- um espaço institucional territorial que acolha o usuário, em diversos momentos de sua vida, que possa ser reconhecido como um

espaço de referência e de ambiente acolhedor às suas necessidades singulares;

- uma abordagem clínica e interdisciplinar dos casos, com intuito de integrar os diversos saberes na compreensão integral do sujeito.
- ser referência aos serviços de saúde do município, responsabilizando-se pela regulamentação da demanda e da organização da rede de cuidados em Saúde Mental. (PMCM, 2002, p. 5-6).

[...] Ter uma equipe de terapia ocupacional, sala de arte, horta, costura, cabelo, desenho e para essas pessoas conviver [...] E parar de dopar as pessoas, que têm algum problema (G1).

Nesse sentido, o trabalho de equipe é apontado como a utopia necessária para alcançar os objetivos propostos:

É importante ressaltar que a construção do projeto terapêutico do CAPS, seu desdobramento e a análise do cotidiano institucional são realizadas em reuniões técnicas, supervisão dos profissionais de apoio, reuniões de discussão de caso e supervisão institucional. (PMCM, 2002, p. 7).

◆ Finalidade do tratamento e seus efeitos terapêuticos e éticos

Pode-se observar nos textos e documentos até 1997 que as ações desenvolvidas no serviço de Saúde Mental são essencialmente a medicação e a psicoterapia individual, cuja finalidade está consoante com o modelo da psiquiatria preventivo-comunitária, cuja lógica se sustenta no restabelecimento das condições de vida do usuário em seu meio social.

Nessa perspectiva, é possível observar que a finalidade do tratamento para a maioria dos atores sociais entrevistados ainda aparece voltada para a remissão dos sintomas e o usuário alcance o reequilíbrio, a normalidade, o controle de si mesmo e a adaptação social.

Porque sem esse tratamento eu acho que eu não conseguiria ter controle próprio. Com o tratamento que eu faço, eu consigo falar, porque eu não falava antes (U1)

[...] Ela está calma. É uma pessoa que não é nervosa e que não tem mais nada [...] (U2).

Ah!, eu só espero que um dia ela vai fique boa, deixe de tomar o remédio, e fique normal, do jeito da gente (U2).

A estabilidade dos quadros psicopatológicos dos usuários fica mais uma vez explicitada na entrevista de um dos profissionais. Para ele a finalidade do tratamento oferecido pelo serviço de Saúde Mental do município sé:

Oferecer o atendimento, desospitalizar e manter quadros estáveis (T4).

A restrição dos efeitos terapêuticos ao alcance do reequilíbrio, da normalidade e da adaptação social encontra eco significativo ainda nesse serviço:

[...] A doença poderia ser evitada, uma vez presente, abordada, uma vez abordada, tratada e uma vez tratada, prevenida (T4).

O comportamento deles muda quando começam a fazer terapia. Você percebe que estão mais calmos (...) isso vai mudando ao poucos (T1).

A psicoterapia, uma modalidade predominante no serviço de Saúde Mental do município, estaria comprometida com as práticas psiquiátricas e psicológicas, cuja finalidade seria a remissão dos sintomas, acalmar o usuário e mudá-lo a partir do autoconhecimento e do entendimento de seus problemas.

[...] É muito em torno de se conhecer. Entender porque ele está produzindo determinado sintoma... Ainda [a terapia] está voltada para isso [...] (T3).

Uma outra finalidade do tratamento, em termos de seus efeitos terapêuticos e éticos observada nos textos, documentos e entrevistas, especialmente dos gestores e trabalhadores é a reinserção social.

Em 1997, um estagiário de psicologia e também músico e compositor realiza um novo trabalho com os usuários. Com violão e partituras musicais ensina a arte de tocar e cantar, para resgatar a musicalidade e dar voz a alguns usuários. Essa proposta busca introduzir uma outra dimensão ética no tratamento: a produção de um espaço coletivo de trocas, de ativação de subjetividades, de novos sentidos e possibilidades de vida.

No texto sobre a municipalização da Saúde Mental, os autores destacam que em 1998 o serviço cria as oficinas terapêuticas, cuja finalidade é:

provocar em seus participantes a circulação da palavra, troca de afetos e de experiência de vida, possibilitando a expressão e a comunicação. Priorizam-se as potencialidades e a reinserção social dos usuários (HERNANDES e LUZIO, 1999, p. 5).

Também, para um dos gestores entrevistados a finalidade do tratamento é orientada por uma noção compreensiva e interativa do usuário, através de ações recreativas, educativas, vocacionais e sociais:

[...] E ter essas pessoas no convívio... [...] Eu sou da opinião que a pessoa vivendo junto com outras iguais a ela, consegue fazer alguma coisa, ser útil. Ela acaba diminuindo a própria medicação e começa a crescer. [...]. Não sei se numa chácara, mas num lugar mais amplo onde ela passaria o dia, tomaria seu café junto com os outros, participaria. [...] e teria a família junto deles. [...]. A gente tem que tentar absorver o que elas têm de bom! (G1).

Em grupo você tem mais o que se conversar com os colegas pegar uma idéia do modelo do outro. [...] Com que objetivo? Acalentar os pacientes para que eles se sintam bem (T1).

Porém, os coordenadores e a equipe deparam-se com algumas dificuldades para a concretização das práticas de reinserção social. Observam que estas são bastante complexas. Elas implicam o “desmonte” de uma prática instituída de tratamento norteado na exclusão social dos usuários da Saúde Mental e na medicalização e a “psicoterapização” dos tratamentos em instituições de saúde.

Além disso, observa-se que a idéia de se produzir ações terapêuticas, com a finalidade de promover a reabilitação psicossocial, não é muito clara para os profissionais do serviço. A equipe tem dificuldades de operar com o conceito de reabilitação psicossocial, sobretudo para definir quais usuários deveriam ser indicados e para tais ações.

[...] É poder pensar em reabilitação, mas fica tudo amplo. Na hora de construir a atenção à criança, ao adolescente, a construção dos projetos, eu percebo que ainda se misturam. [...] Então o processo de reabilitação é para todos, mas se perde qual que é o perfil do processo

de reabilitação para aquele paciente que tem um histórico de internação psiquiátrica e um grau de autonomia diminuído. [...] Eu sinto que nós trabalhadores do serviço de saúde acabamos sendo poucos [...], mas, de alguma maneira, precisaria de discussão mais técnica (G2).

A lógica, que sustenta a concepção de um tratamento adequado e capaz de recuperar a Saúde Mental do usuário, é centrada na indicação técnica correta e, portanto, com condições de possibilitar ao sujeito uma solução para o seu problema psíquico. A solução do problema deixa de ser atribuição do terapeuta. No entanto, continua existindo a percepção de que existe uma solução para o sofrimento psíquico. Houve apenas deslocamento de responsabilidade.

É isso que ele vem buscar: uma solução, é lógico! [...] E o serviço não vai oferecer a solução, mas sim oferecer oportunidades e alternativas para que ele chegue por si próprio a uma solução para o problema (T2).

Apesar das dificuldades, é possível perceber que, de maneira geral, os gestores e membros da equipe multiprofissional conseguem fazer críticas a essas práticas, centradas na clínica do olhar e da escuta restrita aos sintomas. Eles avaliam que as exigências de resultados rápidos e eficientes frente ao tratamento estão mais relacionada à terapêutica medicamentosa.. Em relação à psicoterapia essa exigência é atenuada.

A expectativa de uma resolutividade imediata é menos explícita, pelo menos para a equipe. Essa exigência, quando aparece estaria mais localizada nos trabalhadores de outros setores da unidade de saúde ou gestores:

Ela (uma chefe de outro programa) queria que a angústia da usuária desaparecesse e a gente percebia que aquela angustia está sendo trabalhada, mas ela é decorrente de uma situação [...] Porque tem muito desse desejo de exclusão [da crise]. [...] As pessoas não falam... Acho que é [em função] da angústia que é lidar com o sofrimento alheio, pois isso angustia muito e causa muita sensação de impotência. Fica uma idéia mágica de que algum lugar vai fazer isso muito bem. E quanto mais longe for esse lugar de nossos olhos, isso será melhor [realizado] (G2).

Os usuários por sua vez, também demonstram dificuldades para aceitar qualquer outro tipo de tratamento que não viabilize a remissão rápida dos sintomas. Nessa perspectiva, é importante ressaltar que existem movimentos na equipe para construir dispositivos que permitam abordar os estados e situações de intenso sofrimento psíquico numa dimensão criativa e de transformação, em que o ato clínico contemple o olhar e a escuta para além dos sintomas.

MENDES et al (2003), apontam que as práticas terapêuticas, desde a chegada do usuário no serviço, devem ter como finalidade muito mais reconstrução nova perspectiva de vida com o usuário que sofre, do que encaminhá-lo a um tratamento para reconduzi-lo a um suposto estado de saúde anterior do sofrimento. Ela ainda ressalta que o PA, por intermédio de uma visão holística do homem (capaz de levar em consideração a sua complexidade), deve buscar a ampliação dos dispositivos terapêuticos substitutivos ao modelo psiquiátrico dominante.

No último documento elaborado pelo serviço de Saúde Mental, em 2002, aparece como finalidade do tratamento:

[...] o tratamento é desenvolvido a partir de um projeto terapêutico que considere os modos de individuação do usuário, da sua subjetividade, articulado com o coletivo, visando ao longo do processo o aumento das escolhas e do coeficiente de autonomia do mesmo. Nessa perspectiva, o usuário deve ser o centro da atenção das ações assistenciais. Busca-se, portanto, a criação de um espaço coletivo, de espaços concretos destinados à circulação da fala e da escuta, da experiência, da expressão, do fazer concreto e da troca, do desvendamento de sentidos, da elaboração e da tomada de decisão. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CM, 2002, p. 6).

Para um dos gestores entrevistado o tratamento tem como proposta:

[...] Criar uma nova singularidade, de uma nova subjetividade social, isso ainda não...(G2)

Nós avaliamos durante muito tempo que era preciso colocar esses usuários [...] num lugar para eles construírem sua demanda, pois eles não tinham demanda para psicoterapia, para medicação e até mesmo para a SM. [...]. Era preciso poder discutir melhor com eles os seus futuros encaminhamentos (G2).

Essas práticas discursivas parecem esboçar a clínica numa dimensão ética da singularização, cuja finalidade é a recuperação da capacidade do sujeito de se posicionar ativamente frente aos seus conflitos e contradições, retomada dos direitos de cidadania, do poder de contratualidade social. A implicação subjetiva e sociocultural supõem o acolhimento do usuário para definir com clareza o objetivo, a função do encaminhamento e a finalidade do tratamento. Essa finalidade deve possibilitar ao usuário a reconstrução uma nova perspectiva de vida e não apenas a sua recondução ao suposto estado de saúde anterior ao sofrimento. Isto exige, entretanto, um reposicionamento por parte da instituição, uma vez que essa proposta requer também a revisão do tratamento oferecido.

◆ Referências teóricas e formação profissional

Nessa subcategoria são analisados os depoimentos apenas dos gestores e dos profissionais. É importante sublinhar que em nenhum texto e documento analisado aparece qualquer referência a esse tema.

De maneira geral, pode-se observar que as referências teóricas dos membros da equipe aparecem explicitamente destacadas:

Apesar da ligação pessoal com a psicanálise, eu não citaria um referencial teórico único para meu trabalho, pois procuro um trabalho eclético (T4).

[...] Eu trabalho com a psicanálise, acho que tudo acaba sendo um pouco nela (G2).

De fato, a psicanálise parece ser explicitamente o referencial predominante entre os psicólogos:

Bom, eu vejo... Que, às vezes, até a gente já discutiu um pouco mais [sobre referencial teórico]. Tem Winnicott, e um pouco da teoria infantil de Melanie Klein. Basicamente, aqui na equipe se utiliza muito a psicanálise. [...] (T3).

No entanto, não fica claro se esse referencial subsidia a ação do médico.

[...] O médico, o psiquiatra trabalha também dentro de uma visão psicanalítica [...] (G2).

Também voltado um pouco para abordagem da psicanálise, mas eles (os psiquiatras) também não deixam muito claras algumas questões. E eu trabalho um pouco na perspectiva da psicanálise [...] (T3).

Algumas referências teóricas acerca da psicanálise e da reforma psiquiátrica são citadas por intermédio da nomeação de autores, como pode ser observado em seguida:

[...] Fiz um curso sobre “práticas de escuta terapêutica”, uma especialização na TO da USP. E o enfoque foi o atendimento em grupo de atividades com pacientes mais graves...[...] Então acho que isso me ajuda a pensar um pouco.[...] Fiz um ano de curso sobre Winnicott (G2).

Leio alguns autores como Paulo Amarante e o Desviat e acompanho as discussões nos jornais e informativos das associações de psiquiatria. [...] Sou a favor de um tratamento humanitário e sou contra o sistema antigo de Saúde Mental, mas não o condeno. Acredito na necessidade da existência de atendimento hospitalar psiquiátrico, mas isso não significa que apóio aos hospitais psiquiátricos existentes (T4).

Entretanto, também pode-se constatar que nem sempre a equipe percebe o referencial teórico de seus membros.

Não sei (T4, ao responder a pergunta de quais seriam as referências teóricas da equipe).

A importância de formação profissional para trabalhar no serviço de Saúde Mental é sublinhada por quase todos os entrevistados. A supervisão de casos, cursos para atender famílias, crianças e adolescentes são as solicitações mais frequentes. A qualificação especializada em psicoterapia é percebida como o caminho mais adequado para atender às demandas do serviço. No entanto, essa solicitação não é atendida pelo gestor. Muitas vezes os profissionais recorrem aos ex-professores do curso de graduação para ter supervisão dos seus atendimentos psicoterápicos. Praticamente inexistente a procura por outro tipo de desenvolvimento profissional voltado para outros dispositivos terapêuticos identificados com a atenção psicossocial.

Ah! Uma outra coisa que eu acho interessante é a supervisão, pois [ela é] fundamental para clarear, para pontuar, para trazer informações,

porque eu acho que por mais que se tenha informação fica tudo muito perdido [...] (T2).

[...] Uma supervisão [...] solicitada foi a supervisão de infantil e individual. Agora tem a solicitação de supervisão da assistente social de se trabalhar com grupo, de como atender..., de [saber] qual é o trabalho do assistente social, dentro da Saúde Mental.[...] (G2).

A gente tem percebido a preocupação que eles têm em dar um suporte para os municípios. [...] Treinamentos que fazem com que os profissionais que estão ligados à área da saúde não só o Gestor, mas os chefes de departamento e os seus subalternos se mantenham reciclados para que possam dar um atendimento maior [melhor] para essas pessoas. E essa reciclagem acaba saindo para os municípios a um custo zero. E com isso, as próprias pessoas que estão envolvidas no serviço podem avaliar e comparar, aquilo que se tem hoje de atual e o que o município propriamente [faz] (G1).

Na equipe, apenas dois profissionais realizaram algum tipo de formação profissional na Saúde Mental coletiva. Entre eles, somente um realizou essa formação parcialmente subsidiada pela administração pública do município.

[...] Tanto é que nós [coordenadora do serviço] a liberamos para que não haja prejuízo algum. Estamos realmente buscando mecanismos [...] para que sejam autorizadas algumas ajudas de custo, porque ela se qualificando o serviço melhora, é lógico! Por mais que a pessoa seja egoísta, ela sempre acaba transmitindo coisas novas para as demais. Coincidentemente, a nossa chefia [coordenadora de SM] foi premiada com esse curso (G1).

A expectativa é de que esse conhecimento pudesse ser socializado entre toda a equipe e, conseqüentemente, o serviço também fosse beneficiado. Entretanto, socialização de novos saberes e fazeres pouco ocorre. Ao contrário, muitas vezes, o desenvolvimento profissional de alguém da equipe produz um certo distanciamento entre seus membros.

Uma formação continuada para toda a equipe aparece como uma possibilidade distante. As justificativas mais comuns estão relacionadas à falta de investimento da administração com o desenvolvimento de seus profissionais e a um provável desinteresse pessoal dos profissionais.

Não depende só do Gestor, depende da vontade das pessoas. [...] da vontade de crescer que existem dentro delas. Então a gente tem que ser o estimulador, buscar otimizar essa vontade nas pessoas, para que elas possam crescer [no trabalho] . Porque se elas não tiverem vontade, se for uma coisa obrigatória, eu creio que seria mais [...] e não um curso [...] para crescimento do.... (G1).

Uma outra solução almejada para viabilizar o desenvolvimento e a qualificação continuada da equipe apareceu relacionada a uma parceria com a universidade pública da região e com a DIR-VIII.

[...] Está tentando-se fazer em parceria com a Unesp. Um curso de capacitação, pois muitas vezes, esses [profissionais] precisam dele, porque o afastamento da escola...; faz com que nós busquemos a aproximação através de uma universidade, como é o caso da Unesp (G1).

4.2.2.2- Campo técnico-assistencial

◆ **Modo de organização do serviço**

O serviço de Saúde Mental do município A funciona nas dependências do Centro de Saúde I. Ele ocupa uma área situada no final do corredor da entrada principal da unidade, próximo do fichário central. Seu espaço físico é composto de 4 salas destinadas às atividades de consultas psiquiátricas, pronto atendimento, psicoterapia individual e grupos de adulto e infantil. Possui também uma área de circulação em que convergem todas essas salas, na qual funciona a recepção e a sala de espera do serviço, bem como uma sala de apoio para os profissionais da equipe. O serviço ainda compartilha, com outros setores do Centro de Saúde, uma sala maior do equipamento, para desenvolver algumas atividades em grupo como a oficina terapêutica. As salas de atendimento são utilizadas por todos os profissionais da equipe por intermédio de agendamentos prévios de horários, sendo que a maior delas é reservada essencialmente para atividades grupais.

A organização desse serviço evidencia o compromisso do gestor municipal com as orientações da SES-SP, pautado nos princípios preventivistas, na hierarquização das ações em níveis de atenção. Nesse sentido, a ênfase do projeto é voltada para ações

ambulatoriais e de intensidades máximas. As atividades de oficina terapêutica têm apenas a finalidade de reintegração social. Para isso a Secretaria de Saúde propõe aumentar a equipe de profissionais, contratando um terapeuta ocupacional, um assistente social⁷¹, mais quatro psicólogos e o aumento da carga horária do psiquiatra (PMCM, 1997).

O relatório final da I Conferência Municipal de Saúde, também realizada em 1997, no que se refere à área de Saúde Mental, aponta a necessidade do município investir prioritariamente em ações preventivas por intermédio de equipe multiprofissional junto aos programas já existentes no Centro de Saúde, junto às escolas abordando temas sobre alcoolismo, drogas, sexualidade e prostituição infantil. Também destaca a necessidade de garantir um local específico e adequado para o programa de Saúde Mental, de modo que o mesmo saísse das dependências do Centro de Saúde (I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE. – I CMSCM, 1997).

No início de 1998, em consonância com as deliberações da I Conferência, a Prefeitura Municipal envia ao MS um pedido de celebração de convênio para implantar um Ambulatório de Saúde Mental e Oficina Terapêutica (PMCM, 1998). O projeto em sua introdução destaca que:

O município [...] está sem referência ambulatorial desde 1995, e desde então as ações de Saúde Mental vêm sendo realizadas por uma equipe mínima, [...] Atuando nas dependências do Centro de Saúde II [...] constata-se a necessidade de implantação de uma unidade ambulatorial especializada, um espaço que seja continente da doença mental nas suas variedades de manifestações e nos diversos programas assistenciais de maior complexidade terapêutica. Dentro da ampliação dos serviços objetivamos também a implantação [...] espaços de atendimento diário extra-hospitalar que garantam a manutenção dos vínculos familiares e sociais de pacientes com graves comprometimentos psíquicos (PMCM, 1998, p.1).

No texto acima se podem observar alguns aspectos importantes. O primeiro deles é que no referido projeto, em sua primeira linha da introdução, deixa claro que o município considera-se sem referência ambulatorial. Embora o Programa já atenda toda

⁷¹ a assistente social era responsável pelas atribuições de sua área em toda secretaria de saúde, portanto ela atuava apenas alguns períodos no programa de Saúde Mental.

demanda de Saúde Mental, este não reconhece ser essa sua atribuição. Seguindo a lógica da hierarquização das ações, a equipe parece não reconhecer como sua atribuição à realização de ações mais complexas.

Mesmo assim, o referido projeto se propõe a construir, no seu conjunto, uma outra maneira de atenção em Saúde Mental orientada nas propostas da reforma psiquiátrica, principalmente no que se refere ao campo técnico-assistencial e, mais especificamente, à criação de um novo serviço assistencial de modo a garantir a diversidade de ações, de sua organização.

De maneira geral, o projeto arquitetônico das dependências do serviço no Centro de Saúde favorece apenas as atividades de consultas individuais e de pequenos grupos e dificulta a criação de outros espaços de convivência e de ações coletivas capazes de mediar a demanda individual e a demanda dos grupos com objetivo de regular as trocas em seus diversos planos. As limitações desse espaço físico, aliadas a falta de recursos materiais para outras atividades não identificadas com as práticas específicas da saúde representam grandes obstáculos para o serviço, principalmente, para os gestores:

A minha dificuldade maior, apesar de ter melhorado um pouco está relacionada ao nosso espaço aqui. Porque não estamos podendo realizar reuniões em grupo por falta de espaço. Hoje em dia o atendimento em grupo é muito (...) Eu vejo que a convivência grupal é necessária para as pessoas sentirem que não são só ela que têm problemas [...] (G1).

[...] aqui temos algumas dificuldades em relação ao espaço físico. Aqui a gente tem somente quatro salas para atendimento. Nós [a equipe] seremos 6 psicólogos, um fono, uma assistente social e um médico. Nove pessoas para atender em 4 salas, sendo que uma das salas é destinada aos grupos e uma outra somente para ludoterapia. Os horários estão se chocando, por mais que se tente distribuir está muito difícil [...] A gente tem tentado ampliar [o espaço] (G2).

Essas limitações de fato dificultam o funcionamento interno do serviço. No entanto, observa-se que preocupação em superá-las está centrada apenas na idéia de dar contas dos atendimentos específicos dos diversos profissionais.

Os projetos de expansão do serviço elaborado em 1997 e de criação do CAPS em 2002⁷², enviados para o MS, apresentam as limitações do espaço físico do serviço como uma das justificativas da não criação de outros dispositivos terapêuticos para além da medicação e da psicoterapia.

Nós temos reivindicado isso [CAPS] desde que eu entrei em 1997. [Naquela época], já havia uma percepção de que deveria haver um lugar só para oficinas [terapêuticas]. Manteriam-se aqui os atendimentos, mas deveria ter um espaço... Ter salas mais adequadas, um ambiente mais familiar, para que aqui houvesse aspecto de uma casa e não de uma instituição meio hospitalar como o modelo antigo, que parece uma coisa muito fria. [...] (G2).

Observa-se que a preocupação em superar tais limitações está centrada ainda na idéia de dar conta dos atendimentos específicos dos diversos profissionais. Nesse sentido não é possível identificar ações de intervenção no espaço social da cidade de modo a romper a separação equipamento/território, facilitar intercâmbios entre os usuários e a cidade.

Os projetos parecem priorizar uma maior área física e outro reordenamento espacial. Mesmo assim, a construção de um outro espaço físico para as ações de saúde mental mobiliza os atores sociais envolvidos, provocando movimentos na equipe, em outros setores e na própria direção da unidade de saúde. Apenas o segmento dos usuários parece ficar à parte dessa discussão.

Por exemplo foi disponibilizada uma casa, para que fosse feito o CAPS. [...] Então a coordenação apresentou essa questão, mas antes de se discutir o projeto de CAPS discutiu-se sobre a desistência da casa.[...], mas eles não tinham clareza do que eles iam propor, [...] Por que então discutir sobre a desistência da casa, se não se sabe nem o que vai colocar lá? Mas a casa foi pensada, visando um modelo ambulatorial. [...] Então, não se discute mais, até que se decida por uma outra casa, ou se reforme essa casa. [...] (T3).

⁷² Em 2002, o município enviou o projeto de Saúde Mental em vigência para o MS, solicitando o seu cadastramento como CAPS I, conforme a Portaria 336/2002.

Olha, para ser bem sincero, eu sonho com um lugar em que eu possa ter uma equipe de terapeutas ocupacional, sala de arte, horta, é costura, é cabelo, desenho. [...] (G1).

Eu tenho percebido de que tem um desejo que a gente saia daqui, mas as ofertas de lugares para a gente ir são todas na periferia. [...], onde tem um espaço físico muito deficiente. [...] As salas de atendimentos não são suficientes para todos os profissionais. [...] Teria que ser um outro espaço, que a SM tenha uma proximidade e facilite uma boa integração com a Secretaria de Saúde e que esteja bem localizado (G2).

A idéia de se ter um espaço somente para o serviço de Saúde Mental, separado do Centro de Saúde, provoca movimentos distintos na equipe e permite outras possibilidades de análise. O primeiro está relacionado à idéia de que para além do lugar, da sua localização, é preciso a equipe ter clareza *para que, como e por que* fazer nesse lugar em termos de atenção em Saúde Mental substitutiva ao hospital psiquiátrico. Um outro movimento possível de se analisar refere-se ao projeto de um serviço de Saúde Mental, numa chácara, portanto, fora da cidade, centrado na terapia ocupacional, em que os usuários ficariam lá convivendo entre si. O terceiro movimento aparece inicialmente objetivado na inadequação de espaço físico, mas evidencia o temor da equipe de ser colocada em um lugar, distante da unidade de saúde e, portanto excluída e até mesmo abandonada tal com sempre foi a clientela da qual é responsável pelo tratamento. Além desse temor da exclusão, também aparece a preocupação do serviço de Saúde Mental ficar distante de alguns setores e tecnologias da saúde considerados fundamentais no tratamento das pessoas com sofrimento psíquico como é o caso da farmácia e da medicação.

De fato sempre que surgem problemas das limitações do espaço físico no Centro de Saúde para acomodar os seus vários programas de atenção à saúde ou até mesmo a administração da unidade também surge a proposta da direção em transferir o serviço de Saúde Mental para um outro local com a promessa de melhores condições de trabalho. No entanto, quando os gestores ampliam o espaço na própria unidade ou próxima a ela, o programa de Saúde Mental nunca é priorizado para ocupar tais espaços.

Enfim, em alguns momentos parece que a proposta de se criar um CAPS está vinculada mais ao fato de se ter um espaço físico maior (para os trabalhadores), ter mais recursos financeiros (para os gestores) do que se construir um novo dispositivo que

substitua as terapêuticas tradicionais orientadas pelo modelo médico e especializado e garanta melhores condições de atendimento para os usuários.

[...] Eu acho que [o CAPS] vem se remodelando, tornando um reorientador o modelo [em Saúde Mental] , mas eu tenho sentido um pouco de dificuldade por parte dos Gestores e dos profissionais, no intuito de promover outras práticas e repensar essa reorientação [...] Eu acho que é mais um equipamento de saúde. [...] Para os Gestores como um ganho quantitativo [financeiro] (T3).

O cadastramento do CAPS do município não foi aprovado. Esse fato parece não ter provocado reações de descontentamento por parte do gestor e da equipe. Parece para o gestor essa não é uma prioridade. Para a equipe, apesar do reconhecimento da importância do CAPS, o não cadastramento pareceu confirmar a idéia de que para se criar um CAPS é necessário se ter um projeto consensual, pronto e acabado.

Em síntese, o serviço de Saúde Mental se organiza a partir das propostas contidas nas políticas nacional e estadual de Saúde Mental, principalmente da proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em UBS e em Ambulatório de Saúde Mental (a cartilha da Coordenadoria de Saúde Mental da SES, elaborada em 1983) em que define o ambulatório como uma unidade especializada, de atenção secundária, responsável por ações mais complexas, diversificadas e intensivas. Também está consoante com a Portaria 189/1991 em que previa a ampliação dos procedimentos ambulatoriais, incluindo atendimento em grupos realizados por profissionais de nível superior e médio, atendimentos em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e psicodiagnósticos e a Portaria 224/92. Atualmente os municípios têm se orientado na Portaria 336/2002.

◆ **Modo de organização das ações**

No município A, as ações na área da Saúde Mental, como já foi citado anteriormente, estão integradas às ações de saúde em geral. O departamento conta, além do coordenador, com um psiquiatra, cinco psicólogos, uma técnica de enfermagem e uma assistente social para realizar atender a demanda da área.

A pessoa ao chegar ao serviço de Saúde Mental é recebida pelo profissional da equipe (psicólogo) que está de plantão no PA e depois encaminhado para as ações existentes no serviço. De acordo com o projeto de Saúde Mental do município as

intervenções do serviço devem estar centradas em várias práticas terapêuticas, além do PA: avaliação psicológica; acompanhamento psicoterápico (individual e em grupo) aos usuários e familiares; avaliação psiquiátrica e acompanhamento psiquiátrico (individual ou em grupos e consultas de intercorrências); fornecimento de medicação utilizada pelos usuários; oficinas terapêuticas; ações com egressos hospitalares; busca ativa dos usuários; entre outras (PMCM 2002)

Além disso, os profissionais que realizam o PA procuram discutir na equipe as situações mais complexas visando compor um projeto terapêutico mais eficaz para o usuário. Nesses momentos podem ser construídas outras ações como: visita à residência, à escola, acompanhamento familiar, encaminhamento e acompanhamento para outros atendimentos ou serviços.

O PA foi criado em 1998, como espaço de recepção, de triagem e do encaminhamento dos usuários que buscam atendimento em Saúde Mental. Até aquele momento, os atendimentos psiquiátricos e psicológicos funcionam como os demais atendimentos da unidade. As consultas são agendadas em guichê, de acordo com o número de vagas fornecidas pelo profissional/instituição (MENDES et ali, 2003).

Atualmente, o PA é realizado diariamente no período da manhã, pelos psicólogos, em sistema de rodízio, de modo que cada profissional fica responsável pelo PA em cada dia da semana. Ele é desenvolvido por profissionais da equipe considerados mais experientes, capazes de realizar um atendimento imediato do usuário de modo a englobar a recepção, a triagem e o encaminhamento.

Bom, lá funciona o atendimento todas as manhãs que serve como porta de entrada [é o PA]. [...] O PA é feito só por psicólogos. Eles entenderiam um pouco sobre isso. [...] (T3).

Como a primeira instância de atendimento do usuário em Saúde Mental, o PA coloca os profissionais da equipe em contato direto com o pedido mais comum da população em termos de tratamento, qual seja, a procura de consulta psiquiátrica e de medicação. Além disso, nesse espaço também se acolhe muitos usuários que já estão em tratamento na Saúde Mental e que apesar de não estar passando por nenhuma crise ou

intercorrência, retornam porque não receberam medicação em quantidade suficiente até sua consulta de retorno ou faltou em sua consulta com o psiquiatra.

[...] É a porta de entrada do usuário, onde vai estar se discutir, conhecer as queixas, a demanda e os sintomas que ele vem apresentando, para depois o encaminhá-lo. No entanto esse procedimento também não se configura só nisso. Pelo contrário, acho que hoje, mais da metade dele é composta por outras questões como: prescrição e medicação...[...] Hoje a gente está com uma procura muito grande. Eu acho que muitas vezes em torno de sessenta por cento dos casos do PA estão ligadas à medicação (T3).

Pode-se observar que o PA é uma instância de constante tensão tanto para os usuários como para os profissionais, pois nele se contrapõem as finalidades de acolher as demandas imediatas do usuário, do profissional e de provocar rupturas e novas realidades. Portanto, é fonte de muita angústia e frustrações para todos. O PA quando consegue acolher o usuário de modo a propiciar a implicação subjetiva com seu sofrimento e, conseqüentemente, a sua adesão ao tratamento está também assumindo a responsabilização do serviço e da equipe com a pessoa que procura o serviço. Em outras palavras, o ato de cuidar se inicia já no PA.

Porém o PA pode ser apenas o momento de recepção e de triagem dos usuários novos para as modalidades de tratamentos existentes no serviço. Como um momento de recepção e triagem ele pode ser realizado em apenas um contato entre o profissional de plantão e o candidato a usuário. Assim o PA não se constitui um espaço de acolhimento e de responsabilização dos atores sociais envolvidos. Ao contrário torna-se um espaço de passagem que freqüentemente desemboca no único lugar que sempre existe vagas num serviço de saúde: a fila de espera. Os usuários que conseguem ser encaminhado para as modalidades de atendimentos existentes tornam-se responsabilidade de quem os atende.

No entanto, o PA realizado na Saúde Mental é reconhecido tanto pela equipe como pela direção da unidade de saúde. Por isso tornou-se referência para a organização do serviço de pronto atendimento geral do Centro de Saúde, criado em 2002.

[...] Então esse pronto atendimento da Saúde Mental também serviu de parâmetro para fazer o outro [o PA da saúde]. Porque todas as pessoas que procuram a Saúde Mental são atendidas no pronto atendimento [...] (G1).

Agora que vai começar o pronto atendimento [dos outros programas do CS] . Eu nem sei o que vai virar isso aí... [...] pois fará diferença! Porque lá, o pronto atendimento vai ser *vapt-vupt*. Aqui é para ouvi-lo [usuário]. (T1 sobre o PA da Saúde Mental e da unidade)

A equipe reconhece e problematiza constantemente essa situação do PA e das filas de espera. Tais questionamentos têm produzido algumas experiências, com objetivo de tornar o primeiro atendimento em Saúde Mental um espaço propiciador de um contato com a dimensão subjetiva dos sintomas do usuário, bem como a implicação do sujeito que sofre. Uma delas produziu efeitos importantes para o acolhimento do usuário no PA. Criou canais de escuta e acolhimento das necessidades das pessoas, suas vontades e desejos, bem como permitiu a inter-relação de diferentes tipos de sofrimento e, portanto, uma compreensão mais abrangente das causas e conseqüências do adoecer psíquico (MENDES et ali, 2003).

Tal experiência foi realizada apenas por dois profissionais da equipe, sem muita participação da equipe. Apesar de seus resultados positivos ela não foi vivida como uma construção coletiva. Desse modo, vem sendo construído o grupo de acolhimento para compreender e atender a demanda do serviço.

O grupo de acolhimento propõe acolher o usuário que chega com uma queixa difusa, existencial, com conteúdo claramente emocional ou associado à sintomas somáticos. Os usuários encaminhados para esse grupo não são considerados graves, não estão em crise, não precisam do atendimento psiquiátrico. Eles compõem o grupo de usuários considerados neuróticos leves, com indicação apenas para psicoterapia, mas quando chegam insistem em se tratar apenas com medicação.

[...] esperamos que se possa acolher o usuário que não tem uma queixa clara, que traz sintomas somáticos ou até sintomas claramente emocionais [...]. Ele geralmente quer o alívio, então esperam por uma medicação mágica [...]. A gente coloca o usuário no grupo de acolhimento, pois ele não está em situação de risco não está precisando de uma avaliação psiquiátrica imediata [...]. Esse é um primeiro passo para se discutir o que ele vem buscar no serviço. [...] Seria como dar lugar para que ele construísse sua demanda, [...]. É preciso discutir melhor com ele seus futuros encaminhamentos (G2).

Embora tenha havido boa aceitação, por parte da equipe e dos usuários, do grupo de acolhimento e, conseqüentemente, a criação de novos grupos, algumas limitações são também destacadas:

[...] Fica tudo muito bem definido. As pessoas que passaram ontem pelo PA, já foram direto para um grupo de acolhimento, mas as pessoas que passaram por lá há três meses, continuam esperando. [...] Isso ocorre mais devido à falta de vagas para determinadas faixas etárias, do que por uma questão relacionada ao tipo de sofrimento ou coisas assim. Então eu acho que tem que se repensar o grupo [de acolhimento], porque em muitos momentos, ele vira mais uma instância..., mais um lugar onde o usuário espera, por onde ele passa para só depois ele ser encaminhado para um outro lugar (T3).

O grupo de acolhimento, como dispositivo para resolver os problemas identificados no PA (principalmente, as filas de espera), foi mais aceito pela equipe do que o PA em grupo. Criou-se entre as duas experiências um falso antagonismo. A equipe parece não perceber que ambas podem contribuir para que o serviço produza ações mais resolutivas em termos da atenção psicossocial, apesar de terem limitações. Ambos permite uma escuta e um acolhimento do usuário e seus sintomas, um contato com a dimensão subjetiva dos sintomas do usuário e a implicação do sujeito que sofre. Também, possibilitam um intercâmbio entre os usuários, de seus sofrimentos, suas vontades e desejos bem como uma compreensão mais abrangente das causas e conseqüências do adoecer psíquico. Mas, se por um lado, o grupo de acolhimento pode estar resolvendo o problema da fila de espera para as ações realizadas pela psicologia, por outro lado, o PA em grupo, poderia propiciar uma diminuição dos encaminhamentos para a psiquiatria e, portanto, diminuir sua fila de espera.

Após o PA, os usuários são encaminhados para as outras ações existentes no serviço. Essas ações estão organizadas em subprogramas com objetivo de melhor atender demanda.

O núcleo de psicologia infantil tem duas psicólogas atendendo crianças em psicodiagnóstico, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, oficinas terapêuticas, sendo que a demanda não atendida fica fila de espera.

O que a gente tem definido em relação às crianças de até 15 anos. [...] É que nós as atendemos [o PA] e fazemos a triagem: ouvimos a queixa, fazemos uma pequena anamnese e agendamos um horário com as psicólogas infantis para que elas possam fazer um contato com os pais. [...] Elas então avaliam se o caso precisa de orientação e se a criança precisa estar entrando em outras atividades: atendimento grupal, individual ou oficinas terapêuticas. Quando não se tem vaga, a criança vai para uma lista de espera. Mas a intenção é que se possa oferecer atendimento a quem necessita ser atendido (G2).

O atendimento dos usuários adultos também se organiza a partir do PA. Esse subprograma é responsável pelo atendimento dos usuários considerados casos agudos ou crônicos em psicoterapia individual ou grupal, em orientação a familiares, em tratamento medicamentoso, sendo que quando não se há vagas, os usuários também ficam na fila de espera.

Quando trata-se de um adulto tem uma divisão. No caso do atendimento de adulto a ênfase é dada aos grupos e esses são subdivididos. [...]. Todos os usuários da SM passam pelo PA e ali é avaliado de fato o que se precisa. [...] A gente procura trabalhar dando ênfase no Departamento de SM e os serviços [das especialidades que o compõe] seriam oferecidos com o mesmo valor [...] (G2).

O atendimento em psiquiatria é realizado a partir do encaminhamento do PA ou de outros núcleos da Saúde Mental, de outros programas médicos da unidade ou da cidade, por intermédio de ações de avaliação psiquiátrica, de atendimento clínico-medicamentoso, de internação psiquiátrica, de grupo medicamentoso, de atestados, de outros encaminhamentos. Essas ações constituem-se o eixo central do serviço, embora tenha apenas um psiquiatra no serviço.

Deveria ter mais um médico para atender pois o médico do serviço está muito carregado [...] E também porque tem uma lista de espera e essa lista de espera, hoje não está tanto grande, mas já esteve maior (T1).

[...] Nós buscamos aumentar o número de horas devido a uma solicitação para que se pudesse dar um respaldo às psicólogas, às assistentes sociais que trabalham no serviço. E isso amenizou um pouco, mas eu ainda acho que, se nós tivermos umas salas melhores, todo mundo cresceria (G1).

Agora a gente conseguiu uma agenda com médico psiquiatra de 20 hs semanais e temos uma intercorrência por dia. Então, se a pessoa de fato está passando por uma situação... de uma crise maior ou então a gente percebe que se precisa do olhar do psiquiatra, tem esse horário. Também tem um horário por dia na agenda dele destinado à caso inicial [...] (G2).

O atendimento psiquiátrico traz muitos problemas. O mais grave é a fila de espera. Porém, este não é um problema que o usuário enfrenta apenas para ser atendido pelo psiquiatra. A psicoterapia, ao se constituir um outro pólo fundamental do serviço, também produz o mesmo efeito e, em consequência, gera preocupações para a equipe, principalmente em função das reclamações dos usuários.

[...] Eles chegam aqui e querem passar dali a pouco... [...]. Então eles choram e dizem “queria que me chamassem agora!” [...] Chegam a nos abordar para furar a fila, mas a gente não pode permitir isso, porque tem uma lista de muitas pessoas aguardando e fazer isso não é uma coisa legal! Então eu digo: “Vou passar você de novo no pronto atendimento, daí você conversa com a psicóloga e então você vê o que ela vai te dizer” (T1).

[...] Existe uma certa demora entre o agendamento e o atendimento. Eu acho que isso é uma coisa muito grave porque nesse meio de tempo a gente pode perder alguém da família [...] Deveria haver uma maior atenção quanto a isso [...] Eu sinto que essa demora atrapalha muito [...] (U3).

As reclamações e as preocupações da clientela, apontada no depoimento do usuário, refere-se à demora para se conseguir consulta com psiquiatra e não com o serviço. Porém, deve ser destacado que essa demora é bem menor do que nas outras especialidades médicas oferecidas pelo Centro de Saúde. Também, existem algumas reclamações quando o usuário é atendido no programa de saúde mental, encaminhado para algum tipo de tratamento, mas insiste em ser atendido pelo psiquiatra e receber medicação.

Em vários momentos a equipe discute as filas de espera. Pode-se perceber movimentos da equipe para se resolver esse problema.

Eu percebo que ela [equipe] tem uma implicação, ou seja, tem uma postura ética interessante, mas essa postura ainda é muito isolada, quanto à troca de conhecimento para entender melhor os casos.[...]

Difícilmente consegue se discutir as questões voltadas para os programas e para a estruturação do serviço. A gente só consegue discutir quando se coloca como pauta única. [...] Mas eu acho que a equipe [...] tem condição de avançar. [...]. Eu acho também que existe um medo de se responsabilizar por novas coisas, [...] pois eles não assumem aquilo como sendo a atuação deles, uma construção de conhecimentos deles (T3).

Essas discussões produzem algumas experiências na tentativa de se realizar a recepção do usuário e não apenas uma triagem. Contudo, tais experiências não chegam constituírem-se novos dispositivos de intervenção, pois não foram construídos coletivamente.

Um outro tipo de intervenção que o serviço tem procurado desenvolver é a oficina terapêutica. Verifica-se que o serviço de Saúde Mental do município tem constantemente proposto e planejado oficinas terapêuticas.

HERNANDES e LUZIO (1999), ao abordarem a municipalização da Saúde Mental no município, destacam a contratação de uma psicóloga especificamente para desenvolver oficinas terapêuticas com os usuários adultos (sem crises agudas, com ou sem história de internações psiquiátricas) do programa.

Ressaltam que as atividades de oficinas se justificavam em função de seu potencial terapêutico. Como atividades iniciais, escolheram-se a “horta” e a “escolinha”. Para muitos usuários o cultivo da terra fazia parte de suas experiências, além de ser uma atividade integradora. A ‘escolinha’, por meio de atividades pedagógicas, possibilitava o resgate de conhecimentos dos usuários e aplicação no cotidiano, bem como permitia a reconexão com suas histórias de vida. A equipe no início era composta de uma psicóloga do Centro de Saúde, responsável pelo projeto, dois estagiários e um técnico em agrícola da Secretaria da Agricultura. As atividades eram semanais com duração de aproximada de 2 horas.

O referido texto destaca que ocorreram várias tentativas do serviço de Saúde Mental para conseguir espaço físico para a horta, proximalmente ao Centro de Saúde. Porém, conseguiu-se um terreno junto ao SAAE do município, muito distante da Unidade de Saúde em que funcionava o Programa de Saúde Mental. Inicialmente, a equipe indicou

20 usuários para a atividade, mas o grupo iniciou-se com 7. Segundo o texto, os usuários demonstravam dificuldades em aceitar a nova atividade: Entre vários motivos, eles:

- reclamavam de acordar cedo;
- tinham medo de participar da atividade, que poderia caracterizar-se como trabalho e impedir o recebimento do benefício da aposentadoria;
- desconfiavam que não iriam receber pelo trabalho uma vez que nas internações em hospitais pelas quais passaram os usuários relataram que não recebiam nada pelas atividades, sentindo-se “usados” pela instituição (HERNANDES e LUZIO, 1999, p. 6).

Foram discutidos esses temores e preocupações, principalmente no que se refere à aposentadoria e à exploração de sua força de trabalho. Ficou claro para todos que a produção da horta seria dividida entre os participantes. Vencidos os obstáculos iniciais, outros apareceram. Os usuários, ao conhecerem o local destinado à horta, decepcionaram-se com o estado do terreno (a terra era seca e tinha apenas grama). Surgiram dificuldades técnico-operacionais como o temor dos usuários de sair da instituição, emergência de crises, abandonos e dificuldades da equipe-técnica para integrar essa atividade com o trabalho terapêutico-medicamentoso. Essa oficina continuou até 2000. No entanto a cada ano a horta funcionava com menos usuários.

As dificuldades de adesão dos usuários, a pouco envolvimento da equipe e algumas dificuldades técnico-operacionais continuavam. Porém, foi possível constatar situações onde espaços de produção de vida naquele coletivo brotavam e desabrochavam no mesmo ritmo das próprias plantas ali cultivadas (HERNANDES e LUZIO, 1999, p. 6).

Na “escolinha” houve menos dificuldades iniciais. Essa oficina foi realizada na própria instituição, em uma sala cedida por outro departamento do Centro de Saúde. A participação dos usuários foi estável, com maior a adesão nas atividades. Os temas desenvolvidos nessa oficina eram escolhidos pelos próprios participantes, abrangendo matemática, português, conhecimentos gerais, desenho e pintura e passeios pela cidade (horta, biblioteca pública, piquenique na piscina pública).

Essa oficina despertou interesse em algumas pessoas em voltar a estudar, interesse por leitura, filiação na biblioteca pública, interesse e valorização do desenvolvimento profissional. Além disso, apontou para a necessidade de se criar mais outras duas oficinas: uma para os usuários analfabetos e semi-analfabetos e outra para que desenvolvam outras formas de expressão criativa (HERNANDES e LUZIO, 1999, p. 7).

As atividades das oficinas foram inicialmente restritas a um pequeno número de usuários, mas elas apontaram sua viabilidade e importância como prática substitutiva do tratamento na área de Saúde Mental, pois se propunham a romper com as práticas psicológicas tradicionais (HERNANDES e LUZIO, 1999).

Apesar dos significativos resultados as experiências terminam. A psicóloga contratada para implantar as oficinas terapêuticas passou a incluir em sua agenda as atividades de psicoterapia individual e, às vezes, grupal. Esse movimento foi concretizando-se com anuência da equipe e do gestor. Com isso o serviço retoma a sua rotina médico-assistencial.

Eu fui contratada na época com o objetivo de realizar oficinas terapêuticas. [...]. A proposta era implantar um trabalho de reinserção social e também de acolhimento, trabalhando essa demanda com outro dispositivo. Comecei com duas oficinas, mas acabei atendendo também a demanda de psicoterapia em função da necessidade do serviço (G2).

Embora a psicóloga contratada para desenvolver oficinas terapêuticas tenha se envolvido com outras ações, o serviço continuou a desenvolver algumas experiências pontuais com oficina terapêutica, por intermédio de estagiários de psicologia e aprimorando de saúde mental.

A gente faz um trabalho que hoje foi resgatado. [...] Vai começar uma outra oficina nessa semana. A gente está estudando os casos para que a gente possa ver quais seriam as melhores indicações para verificar de fato quem precisa de atendimento (G2).

Mas eu percebo também que esse possível encaminhamento para a oficina, dificilmente sairá do pronto atendimento [...] e sim de outras atividades. (T3)

Eu acho que tem uma dificuldade que é até mais fácil de ser falada. A primeira é a questão financeira mesmo ou seja, a dificuldade que se tem para comprar o material para a oficina terapêutica para se criar condições mais favoráveis. Mas, uma das maiores dificuldades é definir o projeto da equipe (G2).

O encaminhamento para as oficinas terapêuticas é um outro entrave para que elas se viabilizem. Por mais que se discute a sua construção a equipe não tem conseguido viabilizar muito o encaminhamento dos usuários. Além da falta de clareza de sua finalidade do reconhecimento de seu valor terapêutico, essas atividades recebem usuários que já estão em atendimento em outras modalidades terapêuticas, em especial em psicoterapia de grupo. Dificilmente um usuário que está somente em atendimento psiquiátrico ou que foi atendido no PA é encaminhado para as oficinas.

As oficinas terapêuticas voltadas para a ressocialização ou reinserção social do usuário, como a oficina de festa, são, na visão do gestor, as mais aceitas pelos usuários e membros da equipe.

[A oficina] é de festa. E por que essa oficina? Primeiro, porque a demanda do usuário... A partir do momento em que surgiram algumas ações externas [à unidade], começou uma demanda dos próprios usuários para participar de outras atividades: fazer passeios em outros municípios, organizar uma festa, aprender artesanato. Algumas pessoas nos têm trazido esses pedidos [...] (G2).

Os usuários, notadamente, aqueles com maiores vínculos com o serviço e maior constância em eventos realizados em situações de comemorações (por exemplo, o Dia da Luta Antimanicomial, a Festa Junina, o Natal) de fato gostam de participar dessas atividades, chegando a solicitá-la. Contudo, os aprimorandos de saúde mental e os estagiários de psicologia representam têm disparado constantes movimentos para a construção de novas práticas são

Hoje foi resgatado uma parceria com a Secretaria do Estado, via DIR e junto com a UNESP. Contamos com um profissional do programa de aprimoramento em SM. [...]. Eles, além das atividades cotidianas, fazem uma oficina em parceria com um profissional da equipe, que fica como referência para o usuário, devido ao fato de ele estar aqui mais constantemente (G2).

Alguns membros da equipe também têm procurado romper com as dificuldades. Desde 2000, vêm funcionando duas oficinas com crianças, na faixa de 9 a 13 anos e que estavam na fila de espera para atendimento psicoterápico. Inicialmente a equipe teve dificuldade de considerar essas oficinas como uma forma atendimento e tratamento. Os profissionais achavam que as crianças convidadas a participar das atividades não sairiam da lista de espera, uma vez que deveriam continuar esperando a convocação para psicoterapia.

Atualmente, estão sendo realizadas algumas oficinas no serviço de Saúde Mental. Após várias discussões, foi possível construir uma concepção de oficina terapêutica enquanto um lugar capaz de propiciar espaços de subjetivação a partir do ato de criar e construir algo, pois tudo o que é construído e criado leva a marca da subjetividade de quem o fez. Desta forma, as oficinas têm funcionado não como um instrumento de inserção social via o trabalho, mas principalmente como possibilidade de expressão e elaboração de conteúdos afetivos a partir do momento em que se forma um espaço de criação, experimentação e satisfação pessoal.

Assim, este trabalho vem sendo realizado com o objetivo de permitir que o usuário entre em contato com a sua criatividade interna e encontre, no coletivo, possibilidades de contato, de construção de espaços para compartilhar e dividir experiências, estimulando, desta forma, a socialização em busca de desenvolvimento psicossocial.

O serviço de Saúde do Município A realiza ainda outras ações: busca ativa de usuários, visitas familiares, encaminhamento de pedidos de benefícios sociais para os usuários. Essas ações são atribuições específicas do assistente social. Ele também vem realizando um trabalho conjunto com o psiquiatra. Esse trabalho auxiliar a psiquiatria acaba tomando consumindo uma boa parte do tempo e disponibilidade do profissional, uma vez que ele não desenvolve ações apenas no serviço de Saúde Mental.

[...] A gente esbarra na questão do horário [...] tem-se pouco tempo para trabalhar e é preciso de mais [tempo]. E uma outra coisa, é a rede de informação que a gente tem e que é preciso estar levando para os usuários.... A gente percebe uma grande desinformação, por isso é importante esse contato de orientação [...] (T2).

Os usuários que o assistente social acompanha vivem uma situação mais grave e, portanto, complexa. Por um lado esse trabalho vem produzindo um certo reconhecimento pela equipe no sentido de possibilitar novas ações, novos encontros. Porém fica a dúvida se essa atividade não estaria apenas restrita meramente ao ato de tomar a medicação.

[...] Um serviço que eu vejo que tem sido muito significativo, é o da assistência social, com o controle da medicação. Esse serviço tem criado um vínculo muito forte pois envolve a medicação. Às vezes, a minha dúvida é: “será que está havendo um cuidado com a escuta...[...] ou só está orientando-se como tomar certinho o medicamento. [...] A gente precisa explicitar melhor essas questões na equipe. [...] G2)

A equipe multiprofissional do serviço reconhece a necessidade de se realizar outras intervenção terapêuticas.

[...] Então, aos pouco estamos desenhando o modelo de acordo com a necessidade do serviço para poder trabalhar também com familiares dos usuários que já estão sendo internados. A gente já tem o controle tanto das internações feitas pelo município, como aquelas não sai pelos serviços de saúde de CM (G2).

Por exemplo, a gente sente muita dificuldade em saber para onde se deve encaminhar o usuário, para que ele participe ativamente. Não tem que incluí-lo? Incluir socialmente, mais onde? O município não oferece nada (T3).

Essas intervenções estão relacionadas tanto aos usuários internados, como às ações de reinserção social. Estas últimas, num primeiro momento, são percebidas apenas como dificuldades, como se as condições de reintegração social já deveriam estar estabelecidas e organizadas. No entanto, também aparece na fala desse profissional indício da concepção de responsabilização do serviço. Como indício não fica claro se essa construção seria de responsabilidade de todos ou apenas do gestor.

Acho que é a gente tem que trabalhar para estar trazendo projetos de inclusão. Esta semana mesmo um usuário falou assim: “ah, eu não quero participar da oficina, quero aprender cozinhar”. Então, são essas coisas que a gente tem que estar construindo e oferecendo para os usuários (T2).

Finalmente, é possível constatar uma outra preocupação da coordenação e da equipe. Além da preocupação com a volta do usuário para casa, sua reinserção social, a sua chegada também merece atenção, em especial as situações de crises.

O serviço não tem organizado ações para atendimento em emergência. No período em que o psiquiatra está no CS, ele tem horário reservado, em sua agenda, para intercorrências psiquiátricas. À vezes, na sua ausência, algum médico da unidade de saúde atende determinada situação e faz o encaminhamento, geralmente para internação psiquiátrica nos hospitais de referência.

Outra possibilidade do serviço de Saúde Mental é o Pronto Socorro (PS) da Santa Casa. O PS reconhece como sua atribuição o atendimento das emergências no período em que o serviço não funciona, isto é, após as 18 horas. Por isso, o serviço de Saúde Mental do CS vem tentando construir ações para acolher as emergências da Saúde Mental.

Eu acho que a gente tem buscado um contato mais freqüente junto à Sta Casa que é a nossa única referência de emergência.. Quando não dá para ser lá a intercorrência é aqui mesmo, mas emergência não. As nossas emergências, vão para a Sta Casa. [...] (G2).

Essa aproximação é uma iniciativa da coordenação do serviço de Saúde Mental, sem a intermediação da direção do CS ou do próprio secretário da saúde. Além de ser uma iniciativa pessoal, o interlocutor da outra unidade de saúde é também profissional no serviço, sem o envolvimento ou até mesmo conhecimento de outros membros da equipe ou da direção.

Não tem sido fácil! Hoje, a gente tem um contato com um novo enfermeiro e esse é um ponto legal. É um enfermeiro que está lá há mais ou menos 6 meses... Primeiro, ele veio conhecer o serviço realizado aqui, para saber como a gente trabalha [...] (G2).

O objetivo de tal aproximação é estabelecer interlocução e trocas acerca das intercorrências e emergências dos usuários em crise.

[...] saber se não é o caso de internação, se é um caso que eles podem acolher lá. Temos solicitado que eles possam acolher para observação lá para evitar internação [no hospital psiquiátrico] e mandar para mim

aqui no serviço no dia seguinte. Porque o objetivo é esse. Tentar fazer algumas internações de curto prazo de 6hs, no máximo de 24 hs, dentro da enfermaria do PS. Isso tem sido difícil (G2).

Além da dificuldade acima apontada, essa interlocução não chega a constituir-se experiência apropriada por toda a equipe do serviço de Saúde Mental, não se configurando como um momento de construção de um dispositivo substitutivo. A equipe toma conhecimento dessas ações apenas em reuniões de equipe ou apenas, auxilia e/ou acompanha indiretamente sua realização.

É comum membros da equipe, principalmente o coordenador, terem iniciativas de realizarem ações substitutivas. Em geral, a equipe acolhe essas iniciativas, mas tais atitudes não provocam outros movimentos rumo ao estatuto de dispositivo necessário para o serviço.

É importante ainda destacar que apesar das dificuldades, os diversos atores sociais consideram que o serviço produz uma atenção em Saúde Mental comprometida com o trabalho em equipe multiprofissional.

No geral, cumprem suas obrigações. (T4, percepção do trabalho em equipe)

Têm algumas... só pra fechar aqui! Tem algumas intervenções que elas são bem sucedidas e eu não sei se isso é..., a equipe se apropria dessas intervenções (G2).

É porque são mais organizados, são! Dos departamentos que eu administro desde a minha chegada aqui o mais organizado é a Saúde Mental. Agora, os outros... É claro que a vigilância sanitária cresceu, o departamento de odontologia cresceu. [...] mas o programa da Saúde Mental era o mais organizado. (G1)

De fato, é nesse campo que se encontram as transformações mais significativas na atenção em Saúde Mental oferecida pela saúde pública da cidade, principalmente em função do envolvimento dos profissionais e integração da equipe. Nesse sentido, a compreensão de como o trabalho em equipe é percebido pelos entrevistados é um outro aspecto a ser analisado.

◆ O trabalho em equipe multiprofissional

O serviço de Saúde Mental do município A, como já foi destacado acima, com uma equipe multiprofissional para realizar suas ações terapêuticas.

Nos documentos e textos, de maneira geral, encontram-se citados apenas as atividades de tratamento em Saúde Mental realizadas por equipe multiprofissional, (composta de acordo com as recomendações e exigências das portarias estaduais e federais). No entanto, observa-se que a equipe multiprofissional do município A tem uma composição diferente da prevista pela legislação, pois conta com número grande de psicólogos (06), bastante superior ao percebido em outros municípios. Mas, como pode ser percebido pelas análises realizadas acima, o trabalho da equipe, notadamente com os usuários adultos, está organizado muito em torno do atendimento individual, da medicação e do psiquiatra.

Ah, eu fico no meio! Eu acho que uma grande questão que circula na equipe e mobiliza mais angústia dos sujeitos que a integram é quando alguém vem para o PA, não está bem, então essa pessoa precisa de uma vaga com o psiquiatra. É isso! Ou quando vem alguém que precisa de um atendimento e quer que seja individual. Acho que essas são as duas maiores angústias da equipe. O que fazer na ausência do psiquiatra, e o que fazer para se acreditar que é possível ser proposto outro atendimento que não seja psicoterapia individual (G2).

A centralidade nas práticas psiquiátricas e psicológicas, tradicionalmente reconhecida como as únicas capazes de viabilizar o tratamento das pessoas com sofrimento psíquico, aparece muito presente na equipe e como preocupação dos profissionais. Mesmo com a presença de apenas um psiquiatra as atividades da equipe ainda orientam-se no trabalho do médico. O que ocorre muitas vezes na equipe é a mera junção dos profissionais e a cisão do paciente de modo que a atuação multiprofissional aparece restrita a seus aspectos técnicos e às especificidades de cada profissão. Nesse modelo, na maioria das vezes, o elemento integrador é o prontuário do paciente. Nele ficam registrados os vários encaminhamentos e evolução do paciente em cada modalidade de atendimento.

Onde que empaca? [...] Tudo lá é muito quadradinho, tudo muito delimitado, tudo muito fechado [...] Cada um tem sua função, cada um atende um tipo de grupo, uma determinada faixa etária...[...] Ninguém

consegue sair disso.[...] Quando a gente pensa em reformular isso parece que dá um pouco de insegurança na própria equipe de assumir outras tarefas [...] (T3).

[...] A gente não tem uma prática para o trabalho em equipe. Fica muito no trabalho comparti... é..., as pessoas se reúnem e se dividem, isso é meu , isso é... . [...] um trabalho de divisa..., de divisão capitalista mesmo Agora, conseguir ter essa construção da [uma] responsabilidade que seja de todos [...] eu acho que ainda é muito frágil. [...] (G2).

Também pode ocorrer, como uma tentativa de superar essa forma de funcionamento, a transformação dos membros da equipe em profissionais polivalentes, capazes de realizar as diversas ações que compõem todo o processo do trabalho, em especial aquelas relacionadas à medicação (atribuição do médico).

Diante das dificuldades de se operar nessa realidade e superar a fragmentação do processo de trabalho, a equipe às vezes fica imobilizada.

[...] a gente possui mais psicólogos do que psiquiatra, assistente social e fonoaudiólogo E pensando aí pensando em [...], como ficaria essa atitude multiprofissional.....Não tenho muita clareza do que de fato precisa, mesmo porque a gente encontra dificuldade de discutir no município o que seria mais interessante pra realidade daqui (T3).

Existe funcionamento diferente. No discurso não tem isso. Ninguém se coloca “ não, penso desse jeito, não consigo fazer”, isso nunca apareceu! “Eu não faço desse jeito porque eu não acredito nisso”. Eu acho que (...) Mas existem graus de implicação diferentes, até porque tem as divisões das pessoas e da demanda atendida. Divisão de adulto e infantil é, divisão de adulto entre programa de álcool e droga, e programa de...[...] (G2, sobre a convivência de diferentes profissões).

Embora essa imobilização possa ser entendida como pequena implicação do profissional com seu trabalho, ela também pode ter outros significados decorrentes do grau de alienação produzida pela própria divisão do processo de trabalho, sendo, portanto, passível transformação.

Eu vejo..., eu acho que a equipe de [...] ela desenvolve conhecimento em algumas coisas, tem condição de avançar [...]. Eu acho que tem um medo de se responsabilizar pelas novas, por novas coisas...[...] (T3).

Hoje, eu acho que a grande dificuldade da equipe é que a gente não consegue ser propositivo e só olhar para aquilo que não vê. [...] Às vezes, levanta-se falsos problemas e se paralisa! [...] (G2).

Esse imobilismo pode estar acompanhado de um certo temor e insegurança quanto a propor a romper com o estabelecido e inventar e realizar novas práticas. Os profissionais costumam solicitar supervisão de novas técnicas de tratamento:

Eu penso que eu preciso me aperfeiçoar no atendimento familiar para que eu possa trabalhar e orientar as famílias (T2).

A supervisão de atendimentos individuais infantis é o que mais surge [...] Eu queria supervisão de grupo (G2).

Também ocorrem divergências e conflitos entre os membros da equipe, considerados problemas que atrapalham o andamento do trabalho.

Ah! não é muito certo. [...] Muitas divergências, com uns concordando e outros não, e daí vira aquela polêmica [...] Atrapalha em tudo (T1).

Apesar dessas dificuldades, a equipe também é percebida como comprometida com os usuários e capaz de desenvolver outras ações substitutivas.

O serviço de Saúde Mental do município A conta para atender a população com a equipe de profissional e dois trabalhadores que compõem equipe de apoio: um auxiliar de enfermagem e um técnico administrativo. Ambos atuam na recepção e agendamento dos usuários atendidos no setor de Saúde Mental. Também atuam no serviço dois psicólogos-aprimorandos da FUNDAP, sendo que um permanece três dias da semana e outro, um dia. Participam ainda no serviço oito estagiários do quarto e quinto anos do curso de psicologia da UNESP, desenvolvendo atividades em dois períodos semanais.

Os aprimorandos e os estagiários definem suas atividades no serviço a partir de seus interesses pessoais e dos objetivos acadêmicos, articuladas com a demanda. De maneira geral, a equipe tende à integração com esses 'atores de passagem'. Embora eles estejam no serviço por tempo determinado e limitado, e sob orientação de outros profissionais da universidade, os conflitos não têm provocado obstáculos intransponíveis.

Eu acho que tem uma aceitação interessante, pois há uma expectativa em relação ao aprimorando. E, no início você ainda está meio como um estagiário, meio como um profissional [...] Mas passando mais tempo você fica sendo mais um da equipe, [...] Há esse vínculo com a universidade e eles resgatam isso em vários momentos.[...] “Está difícil, está emperrado e a gente não consegue pensar em outras coisas. Você pode levar na supervisão depois e trazer a resposta para discutir?”... (T3)

Desde que eu entrei, já existia um convênio com a UNESP, o curso de Psicologia, com os alunos de 4º e 5º anos para realização dos estágios curriculares em Psicologia Clínica aqui, tanto de observação [institucional] como de atendimento aos usuários. Desde de então, a gente tem buscado fazer um trabalho que possa, primeiro, evitar a internação [...] (G2).

As ações são planejadas pela equipe, ocorrendo no dia-a-dia do serviço e nas reuniões da equipe, conforme aparece no trecho abaixo:

Eu acho que acontece muito no dia a dia, mas a grosso modo, mas de maneira mais centralizada. É a partir das demandas que aparecem na reunião da equipe, mas muitas das discussões começam fora dessa reunião, na sala da equipe, que é um espaço usado para discutir um caso, para discutir uma situação, [...] Na reunião é quando a gente tenta levantar as principais questões e dificuldades. Nela também tentamos construir alternativas para lidar com essas dificuldades e fazer uma proposta de trabalho. [...] (G2).

Participam dessa reunião todos os profissionais que atuam no serviço, incluindo os aprimorandos. Os estagiários e o supervisor de estágio participam uma vez por mês. A equipe de apoio não participa dessas reuniões, a não ser em situações pontuais e esporádicas. Os usuários também não têm nenhuma participação na organização do serviço, das ações e do funcionamento da equipe.

As reuniões acontecem semanalmente, no final do período da manhã, de maneira para facilitar a participação de todos os profissionais . Como já foi citada, a reunião tem como objetivo discutir o cotidiano, o planejamento das ações, casos de alguns usuários, bem como problemas de integração das ações e dos profissionais, administrativos.

Na reunião de equipe, tem os assuntos da pauta. Dificilmente, consegue se discutir assuntos as que são voltadas para os programas e para a estruturação do serviço, porque a organização do cotidiano das equipes, acaba ficando em segundo plano. E os casos, na maioria deles, também não são leva para reunião de equipe, porque esse assunto depende muito da conduta do psiquiatra e do plano dele. (T3)

...Com a psiquiatria, ficariam os casos que requerem o uso de medicação. É necessário entender algumas evoluções da psiquiatria. (T3)

As pautas das reuniões são construídas a partir dos casos, mas não é sempre que o tema central é a situação que os usuários estão vivendo. Muitas vezes, o motivo implícito da discussão é a conduta de algum membro da equipe, dificuldades administrativas, entraves burocráticos, atendimento da psiquiatria e a falta de medicação, conflito com a coordenação do serviço.

Eu acho que voltado para essa questão da psiquiatria, há essa dificuldade de diálogo, de entender-se melhor. Eu acho que tem tensões voltadas para coordenação do serviço, e nisso há muitas diferenças. Acho que o manejo da equipe é um pouco complicado em relação a isso. (T3)

Outras dificuldades são apontadas em relação à reunião de equipe. Uma delas é a questão do tempo.

[...] Então tudo fica por conta do corre-corre e algumas coisas acabam ficando meio para trás . [...] Na realidade é como a demanda tem sido muito grande, esse tempo acaba sendo curto! (T2)

A outra está relacionada à integração da equipe.

É difícil localizar! [...] Me dá a impressão de que quando as coisas ficam formais, é difícil sistematizar e discutir programas. Todas as vezes que se está num lugar isso quebra. Quando é um contato informal, quando você discute um caso fora da reunião de equipe, essa discussão é muito mais profunda, e muito mais interessante. Nessa situação mais informal, você não precisa se comprometer nem se responsabilizar por aquilo. [...] (T3).

Parece que várias das dificuldades de relacionamento ocorrem na sala de apoio, não chegando a ser pautadas na reunião. Assim, tais conflitos aparecem apenas sob forma de ruídos, que, apesar de potencialmente obstruírem qualquer processo de construção coletiva, nem sempre são identificados. Às vezes são abordados individualmente pelas partes envolvidas, como se fossem problemas da esfera privada.

Eu acho existem uma série de questões. O que é um trabalho em equipe? Eu acho que ter diálogo não é uma coisa de arrancar! [...] Existem diferenças de formação, de visões, de atuações dentro dos programas. Se as diferenças teóricas e práticas começam ser vivenciadas como pessoais transformam-se num ataque à pessoa (G2). Eu penso que é difícil, porque às vezes, parece que todos querem ajudar, mas ao mesmo tempo, parece que todos querem amarrar. É lógico que é a coordenação é um fator importante [...] Eu penso que o coordenador tem que mediar e muito bem. [...] Penso também que há uma certa disputa pelo poder, que acaba impedindo determinadas ações, isso é fato [...] (T2).

Nessa perspectiva, a forma como ocorre a gestão do serviço reflete na integração da equipe bem como constitui outra condição necessária para se efetivar a construção de um serviço de fato substitutivo em Saúde Mental.

◆ Fluxo do poder decisório e de execução do serviço

A organização do serviço de saúde evidencia um fluxo do poder decisório e de execução consoante com o modelo hierárquico piramidal, em que há uma separação entre o trabalho de execução e o trabalho intelectual. Essa divisão exige que os trabalhadores apenas executem as ações planejadas e definidas por outros, detentores do saber e do poder de decisão. Nos textos, documentos e entrevistas não aparece nada relacionado ao tema. Parece que o poder decisório e de execução está definido a priori pelo organograma geral da administração pública municipal.

Eu acredito que sim. Tanto é que eu estou gerenciando isso praticamente com as minhas mãos. Não deleguei isso a ninguém. Tudo tem um amadurecimento e esse amadurecimento como gestor está começando a ocorrer. Porque quando você assume pela primeira vez, você recebe mil informações e para você dar conta sozinho é difícil. [...] (G1).

No serviço de Saúde Mental, esse fluxo é bastante diluído. No cotidiano do trabalho da equipe não fica muito explicitada essa hierarquização. O poder da coordenação é questionado pelos membros da equipe, assim como a coordenação realiza ações consideradas de controle para com eles. Não obstante, essa situação não é analisada com a profundidade necessária para se produzir uma relação mais democrática. O exercício da coordenação acaba restrito à condução normativa do serviço.

Algumas vezes é uma queixa da equipe. Eu acho que são pontos de tensões e de muita insatisfação da equipe em relação à coordenação. [...] Eles trazem queixas. Vamos supor, que ela seja muito autoritária. Então fica difícil de se colocar as coisas, conseqüentemente a queixa passa a ser muito freqüente. [...] Porque ela tem algumas posições mais diretivas, sem discutir com a equipe. [...] Eu acho que o lugar da coordenação acaba segurando toda a frustração da equipe (T3).

Os profissionais sentem-se subtraídos de seus interesses, desejos, de sua capacidade de construir suas ações e responsabilizam o dirigente por todas as dificuldades e frustrações da equipe.

[...] ainda vêm a coordenação de forma hierárquica. Tudo tem que passar pelo chefe, ele determina, que aprova ou não. [...] Acho que eles delegam para o chefe e ele assume (T3).

O coordenador parece ter características que potencializam o exercício do poder que detém.

[...] Eu sinto que, muitas vezes, a postura dela veta a possibilidade de algumas pessoas da equipe se colocarem contra, ou de falar sobre outras coisas e isso é um complicador. [...] O que ela já aceita e tem clareza de que é legal e importante, é tranqüilo. Mas se ela não tem essa clareza, isso reflete na equipe. [...] Quando ela abre a discussão, ela vai pondo muitos “poréns” que, às vezes, não cabem no momento. Isso veta a possibilidade de discussão dentro da equipe.[...] Acho que, às vezes, me passa sensação de insegurança, de não saber muito bem o que vai propor. [...] (T3).

Se, por um lado, há a percepção da insegurança da coordenação do serviço quanto a ocupar o lugar do poder e do comando, de outro, há apontamento da dificuldade e resistência dos profissionais para responsabilizar pelas mudanças.

[...] Eu acho que, em alguns momentos, é preciso centralizar algumas coisas, ter algumas coisas em comum com a equipe para que se possa exigir algumas coisas sem se sentir massacrada e humilhada. Ao mesmo tempo, como conseguir pontuar para algum colega alguma posição diferente e sem ser agressiva? Acho que esse assunto é muito delicado. Às vezes tem-se a dificuldade de proposição algo novo, porque as pessoas podem, num primeiro momento falar “Não! Isso eu não conheço e eu não quero!” [...] Se a gente pensar na construção da equipe a construção dela assemelha-se a de um grupo terapêutico, porque é preciso conseguir espaço de confiança. Mas não é sempre que esse espaço ocorre. Pois para a construção desse espaço, depende muito do interesse de cada um. Tem pessoas que querem construí-lo e , mas outras não. [...] (G2).

As dificuldades para se realizar um trabalho em equipe refletem também na maneira como o serviço se envolve em ações no território e intersetoriais.

◆ **As ações no território**

A realização de ações no território no município A, com objetivo de descobrir outros espaços que compõem a vida cotidiana dos usuários e que podem contribuir para a construção de outros recursos terapêuticos, são incipientes. Apenas no Projeto de Saúde Mental, aparecem destacadas as ações territoriais:

Atualmente tem se ampliando as ações assistenciais territoriais e sua frequência de modo a garantir um acolhimento de fato dos momentos de maiores dificuldades das pessoas com intenso sofrimento psíquico e atender as situações de crises no contexto onde elas acontecem (PMCM, 2002, p. 2).

O serviço de Saúde Mental procura conhecer a situação familiar e social dos usuários, em especial, daqueles considerados mais graves (crises e internações constantes, não adesão ao tratamento). Essa intervenção, como foi abordado acima, consiste em visitas domiciliares realizadas pelo assistente social ou por outro membro da equipe, com objetivo de realizar um diagnóstico da situação de vida do usuário e mapear os recursos ali existentes que possam ser utilizados no tratamento do usuário. Também realiza alguma

intervenção em escola, para viabilizar a permanência ou uma melhor integração de algum aluno atendido pelo serviço.

Atualmente existe aproximação em andamento com o PACS, com vistas a construir alguns canais de comunicação e de troca, para melhorar o encaminhamento e acompanhamento dos usuários da Saúde Mental, principalmente daqueles em crise e com dificuldade em aderir o tratamento.

As ações de reinserção sociais realizadas no território são pontuais, efetuadas, por exemplo, em datas comemorativas. Nessas ocasiões, essas atividades contam com algum apoio da própria Secretaria de Saúde ou diretamente do gabinete do prefeito. Também tem ocorrido a participação dos usuários em eventos realizados em outros municípios da região, como a gincana em comemoração ao dia da Luta Antimanicomial e a festa junina, de modo que atualmente inexistem as ações de fato desenvolvidas no território de abrangência do serviço.

Enfim, as ações cotidianas do serviço de Saúde Mental são restritas ao espaço físico do equipamento. Embora a equipe tenha algum conhecimento do contexto social-econômico-cultural dos usuários, este ainda não está orientando a busca de recursos e a construção de projetos no território.

4.2.2.3- Campo político-jurídico

No município A inexistem ações no campo político-jurídico voltadas diretamente à área de Saúde Mental, além dos documentos já analisados, cuja elaboração decorre das exigências legais em níveis estadual e federal. Essa situação pode ser observada também em outras áreas das políticas públicas. De maneira geral o município tem conseguido avançar pouco na implantação e consolidação da legislação referente aos direitos sociais.

Nas entrevistas podem ser encontrados indícios acerca desse campo, principalmente no que se refere à percepção da política estadual e federal de Saúde Mental, Leis, portarias, normas e diretrizes acerca da atenção psicossocial, direitos dos usuários, poder local e Saúde Mental

◆ **Percepção da política estadual e federal de Saúde Mental.**

A política de Saúde Mental estadual e federal, é percebida por alguns entrevistados, principalmente os gestores, porém, essa visão é genérica, restrita à idéia de que se está caminhando. Notam-se ganhos, empenho do governo federal, principalmente na formação de profissionais da Saúde Mental.

A gente tem percebido, até certo ponto, a preocupação que eles têm em dar um suporte para os profissionais que estão ligados à área da saúde nos municípios. [...] (G1).

O investimento em treinamento apontado acima se refere a um curso de capacitação realizado pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o CAPS Itapeva, no município de São Paulo e freqüentado pelo coordenador do serviço com apoio da SMSH.

[...] Tanto é que nós a liberamos, sem prejuízo algum. Estamos realmente buscando mecanismos, falando com autoridades, principalmente com o Prefeito, para que fossem autorizadas algumas ajuda de custo (G1).

No entanto, é possível observar também que o conhecimento e a compreensão da política nacional e estadual de Saúde Mental ainda são restritos. Essa restrição estaria associada ao desconhecimento de alguns dispositivos legais disponibilizados a partir da década de 1990.

A dificuldade foi em chegarmos à conclusão de os procedimentos de Saúde Mental não estavam sendo contabilizados dentro do sistema de saúde de Cândido Mota. Quando um serviço era feito e levado a sério, ele não estava sendo informado (G1).

Pode-se constatar que no município pelo menos um dos entrevistados do segmento de gestor, tem algum conhecimento e também críticas acerca da legislação existente em Saúde Mental.

Acho que ainda tem muito para se caminhar. Têm alguns dispositivos do Governo Federal em termos de portarias que trazem algumas possibilidades de mudanças. Eu acho que a residência terapêutica é

uma portaria 799. E se ela funcionasse (o grupo técnico) isso seria uma portaria interessante. [...] (G2).

[...] Embora a questão [portaria] do CAPS seja uma coisa igual para todos os municípios, ela não aborda uma análise da construção destes, para que se possa ver qual seria a real necessidade de cada um deles e qual seria o dispositivo que melhor atendesse aos usuários de uma determinada região. [...] (G2).

A crítica aparece centrada nas possíveis limitações dos dispositivos legais. Parece que a expectativa é a de que a legislação contemple todos os interesses dos diversos municípios. Nesse sentido, os gestores municipais não utilizam a autonomia de gestão que a legislação lhes confere para identificar possíveis lacunas na legislação e adequar as portarias às suas realidades econômico-político-sociais, para tornarem mais eficazes as finalidades nelas contidas e possibilitarem a construção e a invenção de outros dispositivos.

Temos caminhado muito lentamente. Eu acho que, fazendo uma análise do serviço daqui e do que eu conheço dessa região ainda, tem muito a ser feito. Ainda não consigo ter muita clareza em algumas coisas, mas em outras eu tenho. O uso desses recursos merece uma análise mais profunda. Como fazer que esses benefícios decorrentes das portarias cheguem até os usuários? Fica muito distante o que é proposto do que é realizado (G2).

Essas dificuldades, na maioria das vezes, não são reconhecidas como sendo da equipe ou do serviço, mas localizadas em instâncias imediatamente superiores.

[...]. Nesta interrelação entre município e ministério, por exemplo, na portaria da residência terapêutica, procurei ter uma clareza de como montar uma, se fosse o caso. Então procurei realizar uma análise dos usuários [...]. Foi feita uma solicitação para DIR (VIII) há um ano e essa informação não retornou. Eu também não consegui ter organização suficiente para pedi-la novamente. [...] Com isso, acabamos não utilizando do recurso que a portaria disponibiliza (G2).

◆ **Leis, portarias, normas e diretrizes acerca da atenção psicossocial**

O conjunto de Leis, portarias, normas e diretrizes já elaborado pelo MS permitem aos municípios construir serviços de Saúde Mental na perspectiva da atenção psicossocial. Tais dispositivos muitas vezes ainda são desconhecidos pelos municípios.

Disso eu não entendo nada! (T1, sobre o seu conhecimento da Reforma Psiquiátrica)

Esse desconhecimento é destacado por um outro ator social, quando se refere às diretrizes e propostas aprovadas nas Conferências de saúde, em seus vários níveis.

[...] Mas boa parte do que foi aprovado lá, não chega sequer às mãos dos profissionais. Então essa falta de continuidade que tem atrapalhado o andamento de alguns programas não está correta porque a gente precisa saber até onde se pode ir. De repente, você tem idéia, mas “é preciso conhecer o que está na Conferência”. Mas a gente não tem esse documento (U3).

No entanto, pode-se perceber que esse desconhecimento não é generalizado, pois outros entrevistados destacam que:

Agora têm surgido algumas propostas interessantes. Eu acho que o momento político é interessante, mas ainda existem muitas dificuldades para os municípios, profissionais, gestores para implementação de suas políticas. [...] Por exemplo [...] a implementação dos CAPSs. Eu acho que ele vem remodelando, reorientando o modelo, mais eu tenho sentido um pouco de dificuldade dos gestores também estarem entendendo e implementando isso, e dos profissionais para promover outras práticas e repensar essa reorientação (T3)

No município A parece que essas informações ainda não foram suficientemente compreendidas de maneira a que pudessem orientar o modelo da atenção em Saúde Mental oferecida à população. Além disso, tais dispositivos são percebidos como muito vulneráveis em período das eleições majoritárias.

Em relação ao CAPS parece que ele não foi aprovado neste ano e essa aprovação ficará pendente para o ano que vem. Ai não dá para saber mesmo, porque muda o Presidente e o Governador. Então não dá para contar com isso. A gente não sabe que vai estar na DIR, quem vai estar na Secretaria do Estado. [...] Após a solicitação de cadastro do CAPS não ter sido aprovado o município (o gestor da saúde) não fala em implantar nenhuma ação de CAPS até o próximo ano em que vai verificar como fica essa questão (G2).

É possível identificar a insegurança dos atores sociais em relação à manutenção dos possíveis avanços já conquistados, mesmo em termos legais, como a Portaria 336/2002, em que foi regulamentado o credenciamento dos CAPS, (os novos e os já existentes). As eleições, notadamente as majoritárias, não são percebidas como mais um momento no processo de construção das políticas públicas. Mesmo quando os candidatos com possibilidades de vencer o pleito eleitoral tenham, em seus princípios e propostas, explicitado compromissos com os projetos já em andamento, como é o caso da Portaria 336/2002.

Então, acho que vai precisar saber quem será o Presidente e o Governador, qual a relação do município com esses governos...para ter clareza da real possibilidade dele (CAPS) vir a ser cadastrado. Saber quem serão as pessoas que estarão conduzindo a política de SM. Se elas terão ainda o propósito de continuar cadastrando CAPS (G2).

◆ **Direitos dos usuários**

Observa-se que o serviço do município tem realizado poucas ações voltadas para os direitos dos usuários da Saúde Mental, conforme aparece abaixo transcrito:

Eu estou com experiência nisso. Um rapaz super novo, ele tem vinte e um anos, que não tem casa, nem família mas ele melhorou bem com o nosso atendimento e com o tratamento oferecido. Mas o que ele tem feito? Ele tem engraxado sapatos! Quer dizer, tem dia que ele consegue ganhar um real. [...] Ele mora com os pais numa casa que não tem uma estrutura. Ele não tem condições para ter nenhum recurso previdenciário de assistência social [...] Mas o pai já é aposentado, e como ele reside e tem mais um irmão acho que isso não é viável. [...] inclusive a gente já encaminhou tudo, está aguardando resposta (G2).

◆ **O poder local e a Saúde Mental**

A alternância de poder, na esfera do executivo, representa de fato um obstáculo no processo de construção da atenção psicossocial. A atenção em Saúde Mental geralmente não tem sido prioridade para os governos municipais.

Eu não vejo a SM como uma prioridade para o gestor. Eu vejo que ele está satisfeito do jeito que ela está funcionando. Mas uma prioridade de olhar para o setor... (G2).

Essa situação traz dificuldades para a organização e funcionamento do serviço, mas aparecem ainda outros obstáculos.

Cada município deveria ter uma equipe definida, com funcionários de carreira, para que eles pudessem definir algum projeto que tivesse continuidade durante uns tempos. Eu entendo que há uma urgência nisso eu entendo que os municípios devem passar necessariamente por essa questão [...] Se criasse um programa, ele deveria continuar mas o programa não continua. A pessoa lança a primeira idéia, o primeiro projeto daqui a dois ou três anos, ele já não está mais no sistema. Então entra num outro sistema, numa outra cidade (U3).

É importante ainda destacar que não existe nenhuma legislação municipal que contemple a mudança do modelo assistencial, a não ser a diretrizes da I Conferência Municipal de Saúde e da I Conferência Regional de Saúde, já analisadas anteriormente.

4.2.2.4- Campo sociocultural

◆ **Relação do serviço e a população**

As práticas discursivas encontradas nos textos e entrevistas apontam ampliação gradativa da relação do serviço com a população. Os documentos não fazem nenhuma referência a esse tema. O serviço de Saúde Mental do município A mantém, por intermédio de sua equipe, interlocução com a clientela, de modo a possibilitar a fala do usuário. Também está sendo capaz de funcionar como lugar de fala e de escuta da população, na medida que procura discernir a dimensão da demanda social, bem como referi-la, quando é possível, a outros serviços.

As experiências com as oficinas terapêuticas desenvolvidas a partir de 1997, segundo o texto de HERNANDES e LUZIO (1999), propiciaram algumas transformações aspectos importantes no campo sociocultural.

A oficina da horta, desenvolvida fora do Centro de Saúde, também provoca movimentos desestabilizadores na rotina do serviço e na sua relação com a população. A saída do usuário da unidade de saúde significa reiniciar e inventar novas formas de contato com a sociedade e, portanto, adquirir poder contratual. Assim, verifica-se que anteriormente o essencial era a saída do hospital ou do Centro de Saúde e a volta para casa. A partir das oficinas, delineiam-se novas possibilidades: circulação em outros locais, momentos de criação, ação, desenvolvimentos, tomadas de decisões, novos relacionamentos, amizades e responsabilidade. Enfim, trocas de mensagens afetivas, sociais e de bens materiais. É um momento de ruptura do processo de “negatividade” em que a doença os colocou e a construção do processo de vida em relação à saúde interior e à capacidade de ter experiências culturais diversas.

A oficina de música, iniciada em 1997, provoca movimentos interessantes no funcionamento do serviço. As pessoas, trabalhadores e usuários, que identificam o local do programa de Saúde Mental apenas como o lugar da agitação, do descontrole e da agressividade, se surpreendem com os novos sons que dali saem, após a chegada do ‘homem do violão’. Eles podem constatar algo que nunca pensaram existir: a sensibilidade, a doçura e a alegria das pessoas consideradas loucas. Apesar da brevidade da experiência, pois o aluno concluiu o estágio e curso, ela contribui para alterar a visão das pessoas que ali trabalham sobre o sofrimento psíquico e usuário do serviço.

A retirada do programa da Saúde Mental das dependências do Centro de Saúde sempre foi uma solicitação dos demais programas do equipamento. A falta de espaço é a justificativa explícita, embora ela seja acompanhada de outras, tais como: “os usuários dos outros programas, principalmente gestantes e crianças, ficam assustados com os doentes mentais”; “os trabalhadores e usuários correm perigo de ser agredidos pelos usuários da Saúde Mental”; “os usuários da Saúde Mental reclamam muito e são agressivos”; “os profissionais da equipe fazem muitas reuniões”; “a equipe quer ser diferente das demais” (uma vez que estabelece uma rotina e procedimentos que envolve todos os membros da equipes e, portanto, se diferencia dos demais programas). Atualmente, essa questão não está presente no cotidiano do CS I. No entanto, os membros da equipe de Saúde Mental têm posição ambígua frente à possibilidade do serviço ser transferido para um local exclusivo.

Para os entrevistados, o serviço de Saúde Mental tem conseguido atender e bem os usuários que procuram tratamento.

Eu não consigo ter uma visão clara, porque eu não sou usuário e nem fui usuário dessa área ligada à saúde [...] Os programas [de SM] têm dado resultado para os usuários, porque, eu acho que eles estão sendo bem assistidos. [...] De vez em quando, eu venho por esse corredor e vejo pessoas que a gente nunca pensara que pudessem passar por um tratamento, mas hoje elas conseguiram [...] (U3).

Essa visão positiva do serviço de Saúde Mental estaria relacionada à organização, atenção, receptividade com que o serviço acolhe o usuário, como apontam os trechos abaixo:

[os usuários] vêm ao serviço de Saúde Mental é lá encontram organização, atenção, receptividade, acolhimento, preocupação com os mesmos. Isso ajuda diminuir o estigma da doença mental. Preocupo-me, às vezes, pensando que eles percebem pouco a Saúde Mental, mas valorizam o serviço devido à comparação com outros departamentos e ao seu modo de funcionar (T4).

A gente tem percebido que os usuários têm...Um marco. Uma coisa que tem me chamado muito a atenção foram às ações deste ano da Luta Antimanicomial. [...] Neste ano a gente fez uma abertura maior [em termos de participação dos usuários e população], ofertando atividades no município. Isso repercutiu muito, pois as pessoas têm vindo e elas têm pedido mais esse tipo de ações, do que atendimento voltado para as questões de doença mesmo...[...] Chamou a atenção o desejo que os usuários têm de sair, de conhecer outras pessoas e de um olhar diferente tanto interno quanto para vida lá fora. (G2).

[...] Nem todos.[...] Os outros programas do CS recebem mais reclamações do que aqui.[...] Nem sempre eles atendem os usuários (T1).

Enfim, o serviço é reconhecido como bom, principalmente quando comparado aos outros existentes na unidade de saúde. A população do município, independente do nível sócio-econômico, procura o serviço de Saúde Mental público. A cidade tem poucos profissionais atendendo em consultório particular.

... Alcançou seu espaço e já faz parte da Saúde Pública. Acredito que ninguém a vê como algo dispensável. Resta a dúvida: tanto quanto a noção de saúde mental como para medo da loucura? (T4).

De fato, a atenção em Saúde Mental, desde de 1994, conseguiu seu espaço e vem se consolidando no campo da saúde pública. Contudo, desde 2001, o serviço não tem avançado em termos de mudanças efetivas nos diversos campos, em especial, nos campos técnico-assistencial e sociocultural.

Entre as mudanças necessárias, destaca-se a necessidade de contato do serviço maior e mais próximo com a população, embora essa maior proximidade do serviço com a população apareça apenas relacionada à informação sobre o funcionamento do serviço, em seus aspectos normativos.

Nesses contatos que eu tenho tido, eu percebo que muitas pessoas não têm acesso à informação. [...] Eu tenho percebido que eles não conhecem o trabalho que é oferecido. [...] (T2).

Eu acho que a gente precisa apresentar o nosso programa. A maneira como atende, o horário. [...] As pessoas não têm muita informação. [...] Isso precisa ser mais esclarecido para a população do município como um todo (T2).

Os outros setores da saúde tendem a reproduzir a percepção da população em relação ao sofrimento mental e à pessoa que sofre. Assim, as pessoas que trabalham em outros programas do CS também estigmatizam os usuários do serviço de Saúde Mental, principalmente quando eles estão mais ansiosos e agitados.

Há muita discriminação sim e isso é bem visível. Mas percebo também que eles estão tentando incorporar as mudanças. A gente vê que isso ocorre, mas por outro lado, a gente vê também que estão tentando apoiar, que realmente estão oferecendo o serviço (T2).

Não percebo muita diferença. Às vezes quando tem alguém mais agitado, a tensão é de todos: funcionários e usuários. Acho que a crise chama muita a atenção dentro da instituição de saúde: desde a do motorista até a do faxineiro. Todos ficam alarmados quando acontecem coisas deste gênero (G2).

Já os gestores, secretários e prefeito, parecem ter visão melhor acerca do serviço, notadamente no tocante à repercussão positiva que o mesmo traz à administração municipal.

Eu acho que eles pensam que esse é um programa que dá certo ele é um dos serviços que menos recebe reclamação no geral. Aqui a gente não tem tido problema com os usuários. Tinha-se muita fantasia em relação à agressividade dentro da instituição, que [os usuários da SM] destruiriam o local, mas isso não acontece. É um programa que acaba funcionando. [...]É o único serviço que menos problemas tem dado [para o gestor]. [...] A gente procura dizer que ninguém precisa ficar preocupado porque a gente procura atender bem a todos e a nossa agenda funciona [...] (G2).

Essa repercussão refere-se tanto à baixa incidência de reclamações da população sobre o serviço de Saúde Mental como também aos eventos que o serviço realizou, em 2001 e 2002, quando contou com a participação dos usuários e da população em todo seu processo de organização e realização.

[...] Nosso serviço é, para a nossa alegria, visto de uma forma muito boa. Basta ver o número de pessoas que são atendidas e até certo ponto, são pessoas poderiam estar procurando outros centros [outras cidades], mas se dirigem para cá, por ouvir falar bem do serviço. [...] Nos eventos voltados à Saúde Mental que nós temos feito, o respaldo está sendo muito bom. Eles estão repercutindo, dando um eco muito forte no município de que há um gerenciamento, uma disciplina e que há um respeito. E a gente só tem estimulado. A gente até brinca que aqui é tudo para a Saúde Mental [...] (G1).

Em síntese, no município A, a relação entre o serviço de saúde Mental e a população pode ser considerada boa. As reclamações referem-se apenas à dificuldade de agendar consulta com o psiquiatra – e falta de medicação. A população do município, independentemente do nível sócio-econômico, procura o serviço de Saúde Mental público. A cidade tem poucos profissionais atendendo em consultório particular.

◆ Imaginário social da doença mental

O imaginário social acerca do sofrimento psíquico é possível ser analisado a partir das práticas discursivas encontradas nas entrevistas. Os textos e documentos não contêm elementos para esta análise. Para os atores sociais, o imaginário social sobre o sofrimento psíquico está vinculado à doença mental, à anormalidade, à loucura e associado à periculosidade, gerando medo nas pessoas.

Como um louco! Todo mundo que passa na Saúde Mental é um louco!
[...] E as pessoas ficam com medo (T1).

Também pode-se observar que a população costuma se manifestar em relação à pessoa considerada louca de maneira irônica ou maliciosa, por meio do riso, de palavras, atitudes ou gestos, com objetivo de ridicularizar ou menosprezar.

Eu sou tratada na rua da minha casa como louca! [...] As pessoas dizem: “a louquinha chegou! Olha lá a louquinha. E também me perguntam: “Você está tendo visões ainda, louquinha? Você está vendo homem pelado ainda?”. Tiram um barato do sofrimento. [...] Eu começo rir e falo: “Olha, cada um é cada um”. Porque eu vejo as coisas de uma forma e vocês as vêem de uma forma diferente. Eu vejo que o tratamento que eu faço não é para loucos e sim para uma necessidade, mas eles me vêem como uma louca (U1).

A percepção da pessoa com sofrimento mental como louca, anormal, desequilibrada ou perigosa, por parte da sociedade, aumenta o estigma social e contribui para que aquelas sejam excluídas e segregadas em seu próprio meio social e familiar.

[...] É difícil a gente não ver isso aqui na sociedade. A sociedade sem querer não exterioriza os problemas que ela tem dentro da família. E fazem questão disso. [...] Essas festas folclóricas ou quermesses, que são festas normais e que qualquer pessoa poderia participar delas [...] você vê que só se levam as crianças pequenas e que têm um problema mais leve. Mas os problemas mais sérios não são apresentados na nossa sociedade (G1).

Essa exclusão social e a segregação aumentam ainda mais quando se buscam na cidade possibilidades de reinserção social. Nessa situação, aparece mais um elemento discriminatório em relação ao usuário da Saúde Mental: a incapacidade produtiva.

Porque a própria família criou um estigma dessas pessoas. [...]. Se a família absorvesse essas pessoas nos trabalhos familiares, já seria um ganho. [...] Eles tentam até dizer que não tem ninguém com esse problema na família, mas não é bem assim. Hoje, caiu o conceito de louco, de agitação e eles são tratados como psicóticos, neuróticos nos quais a pessoa pode muito bem se encontrar. Mas ao mesmo tempo, o mercado de trabalho também está difícil mesmo para as pessoas que são consideradas normais, infelizmente.[...] (G1).

Ao mesmo tempo, em que se identifica na população do município uma discriminação sociocultural da pessoa com sofrimento mental intenso, aparece, nas falas dos atores sociais entrevistados, uma visão de que esse estigma foi diminuído a partir das ações desenvolvidas pelo serviço de Saúde Mental.

[...] Em suma, “diminuímos” o estigma em relação à doença mental (T4).

[...] Quando eu cheguei aqui e disse eu me lembro bem. Eu ouvia: “eu não sou louca para ir para SM”. Quando alguém era indicado para vir para SM. Eu acho que quando alguém vem aqui pela primeira vez, ela tem essa idéia, porque, às vezes, é difícil lidar com essas situações. [...] Existe sim a loucura, mas ela não é um desvalor. As pessoas estão juntas e elas se relacionam [...] As pessoas podem até ser chamadas loucas, mas é possível estabelecer um outro tipo de relação, o que antes não era possível. [...] (G2).

Essa visão aparece ainda nas próprias pessoas que buscam tratamento no serviço de Saúde Mental. Nessas ocasiões, não aceitam ser encaminhadas para nenhum outro tipo de tratamento que não seja médico, pois para elas a dor ou a doença exige tratamento médico e não psicológico. Nesse contexto, para o usuário, o tratamento medicamentoso parece não o colocar socialmente no campo da doença mental ou da loucura. Já o tratamento psicológico, sim.

[...] As pessoas vão ao pronto atendimento porque querem passar pela psiquiatria. Eu já ouvi muitas queixas sobre as psicólogas que não as deixam passar pelo médico. Eu ouço muito: “Psicologia não resolve o meu problema e é isso que eu quero!” [...] Eu acredito que elas vêm com esse pedido devido à própria cultura, ao próprio imaginário, de chegar numa instituição e dizer: “eu estou com uma dor, estou com

dor de cabeça”. Ou dizer: “Eu estou com insônia”. Ou seja, lá o que for, elas dizem: “Eu quero um médico para curar isso que eu estou sentindo” (T3).

A mesma resistência ocorre em relação a atendimento grupal. Em geral, os usuários ao chegarem não aceitam o tratamento em grupo. Julgam. Também consideram o atendimento em grupo menos resolutivo, porque há muitas pessoas com problemas diferentes e às vezes até mais complicados.

A terapia em grupo é um pouco recusada, eles querem fazer a terapia pessoal. [...] E eles dizem: “Ah, eu não gosto do meu problema ser diferente das outras pessoas” (T1).

Concluindo, o imaginário acerca do sofrimento psíquico nessa cidade continua vinculado à doença mental, à anormalidade, à loucura e associado à periculosidade, gerando medo nas pessoas dos usuários e do serviço. Embora com o aumento da violência urbana e sua associação com o uso abusivo de álcool e drogas, o estigma social parece estar se deslocando para os usuários dependentes químico e de drogas ilícitas. No entanto, a população costuma ainda ironizar, ridicularizar e menosprezar o usuário da Saúde Mental, em especial, aquele considerado psicótico. A equipe avalia que esse estigma diminui à medida que aumentam as ações desenvolvidas nos espaços públicos da cidade e a interação da população com os usuários da Saúde Mental. Os outros setores da saúde reproduzem a percepção da população em relação ao sofrimento mental e à pessoa que sofre. Os gestores (secretário e prefeito) percebem o serviço de maneira mais positiva, notadamente no tocante a boa repercussão que o mesmo traz à administração municipal em função da baixa incidência de reclamações da população e também dos eventos que o serviço realizou, em que contou com a participação dos usuários e da população em todo o seu processo de organização e realização. Tais eventos foram considerados bem sucedidos por todos os envolvidos. Para os usuários foi possível não apenas a diversão, mas a convivência ampla e produção de vida, de sentido, de sociabilidade. Para a equipe, esses eventos representaram momentos, mesmo que pontuais, de construção de novas práticas e novos saberes orientados para uma atenção psicossocial, uma vez que a ação terapêutica foi centrada na solidariedade, na afetividade, em conjunto com a festa e comunidade. Finalmente para os

gestores os eventos foram importantes para a divulgação da gestão, em termos de marketing político.

◆ **As ações intersetoriais**

No que se refere à intersetorialidade, o Relatório final da I Conferência Municipal de Saúde (1997) aponta a necessidade de:

- implantação do programa de atendimento ao adolescente através de parceria entre a Secretaria da Educação, Assistência Social e de Saúde com envolvimento dos familiares que abordem aspectos preventivos;
- acompanhamento de profissionais da saúde em relação às orientações nas escolas para crianças sobre aspectos ligados à área no município;
- um psicólogo uma vez por semana nos postos de saúde onde houver demanda. (PMCM/I CMS, 1997, p.2)

Também o Projeto de Saúde Mental elaborado em 2002 assinala que o serviço deve se ocupar das seguintes atribuições:

- Realizar ações em parceria com outros segmentos sociais na comunidade como estratégia de descriminalização e sensibilização acerca do sofrimento psíquico;
- Encaminhamento de usuários e familiares a outros serviços, quando se fizer necessário;
- Interação contínua com os profissionais responsáveis do Pronto Socorro da Santa Casa local, estabelecendo um fluxo de encaminhamento entre os serviços;
- Orientação dos profissionais de atenção primária quanto aos procedimentos para avaliação e encaminhamentos para o programa;
- Articulação e orientação contínua com os agentes comunitários, no sentido de transformá-los também em agentes de Saúde Mental (PMCN, 2002, p. 7).

Nas entrevistas verifica-se que alguns atores sociais, em especial os gestores, consideram importante a articulação do serviço de Saúde Mental com outros programas de saúde desenvolvidos pela secretaria de saúde:

Não tem sido fácil, mas eu acho que é um começo. [...] Talvez a gente tenha uma certa ingenuidade em achar que as pessoas compartilham da mesma visão que a nossa. E não é assim. Ainda não consigo ter uma avaliação muito clara, mas eu percebo que algumas pessoas estão em outros serviços eles tem uma ilusão de que os profissionais da SM têm fórmulas prontas. [...] (G2).

A dificuldade apontada acima aparece em relação à direção e também às outras especialidades médicas, nas quais os usuários da Saúde Mental podem também ser atendidos. Entre os vários serviços, a clínica geral destaca-se como aquela que atualmente melhor mantém, se não uma articulação com o serviço, pelo menos um melhor atendimento aos usuários da Saúde Mental.

Eu sinto mais a clínica médica. Porque quando você encaminha um usuário por uma questão clínica, às vezes ele volta, mas hoje está voltando muito menos de quando eu entrei. Hoje a gente conseguiu construir e depois de muitos anos, temos um profissional que é referência da clínica médica para SM que atende melhor os usuários [...] A gente ouve os usuários dizendo que se sentiu bem atendido. [...] (G2).

Também as ações articuladas com outros setores da administração pública e da sociedade são poucas. Por um lado, o município não possui muitos recursos sócio-culturais que permitam articulação com o serviço de Saúde Mental, de modo a viabilizar um projeto de atenção psicossocial.

[...] em alguns momentos, já foi vista a questão de que é muito restrita a possibilidade de contar com outros lugares, outras instituições e com outras secretárias. [...] Isso é muito limitado. Deveria ter alguma instituição, na qual a pessoa pudesse ir lá só para dormir, mas não tem! [...] Se conta com o que a equipe tem naquele momento e mais nada (T3).

Por outro lado, o serviço tem dificuldade de estabelecer efetivamente articulação entre ações e recursos.

Não tenho tentado muito não. Aqui não tem Centro de Cultura. O único dispositivo maior que se tem é o núcleo da 3ª idade. Eu já fiz contato com a coordenadora no ano passado, para saber um pouco sobre o que acontece lá e quais são as atividades. A gente tentou divulgar para os usuários, mas na época eles não foram. São poucas as atividades. Tem alguns pacientes que, hoje, frequentam os dois serviços [o daqui e o de lá] e temos discutido sobre isso... [...] Não é uma oferta da instituição, é algo que surge na relação dentro do grupo e que eles estão indo porque outros vão e eles se sentem bem em participar. A gente tenta valorizar isso.[...] (G2).

A justificativa para não se buscarem contatos com outros setores da administração pública ou da sociedade civil aparece relacionada ao temor da não aceitação por parte dos dirigentes de tais setores e à falta de projetos com objetivos e finalidades comuns:

É difícil porque a Secretaria da Assistência não tem projeto nenhum. E de Educação também não. [...] Uma vez foi tentado pedir um trabalho voluntário de uma pessoa que trabalha num Centro, uma instituição filantrópica. [...] Num primeiro momento ela aceitou o pedido, mas quando a gente estava pensando em encaminhar os pacientes para lá, com um profissional ou estagiário junto essa instituição informou que não podia mais recebê-los.[...] Eu que fico mais tempo em contato com essas questões, fico um pouco desanimada. Porque tenta-se algumas coisas e elas não dão certo, então, a gente acaba voltando-se mais para as questões urgentes [...] (G2).

Ou seja, no município A não há ações conjuntas entre os vários setores da administração pública ou da sociedade civil e o serviço de Saúde Mental. Esse fato pode apontar dificuldade dos vários setores da gestão municipal atuarem articulados em torno de propostas comuns e coletivas, como pode significar uma restrição apenas ao serviço de Saúde Mental, quer pela dificuldade da coordenação e da equipe em buscar esse contato, quer pelo preconceito para com os usuários com sofrimento psíquico.

◆ Participação popular e o controle social

Ainda em 1997 foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde. A Conferência foi precedida de encontros preparatórios. Um desses encontros foi sobre a Saúde Mental⁷³. Nesse encontro foram discutidos com trabalhadores, membros do Conselho Municipal, familiares e representantes de outros segmentos sociais da cidade as propostas da Reforma Psiquiátrica, os encaminhamentos do Movimento da Luta Antimanicomial e os malefícios e prejuízos da internação psiquiátrica para o usuário e familiar. Apesar do interesse que esse tema despertou nos participantes do encontro preparatório, ele não provocou muita discussão e deliberação na Conferência propriamente dita.

O relatório da I Conferência Municipal de Saúde contempla outras propostas como: solicitação de concertos de ruas, policiamento na cidade, revisão do código de obras municipal, demonstrando que a Conferência, ao constituir-se no primeiro evento de participação popular do município, desperta outras demandas reivindicatórias da população.

No Projeto de criação do Ambulatório de Saúde Mental e Oficina Terapêutica, enviado para o MS em 1998 é possível identificar no subprojeto “Casa vida viva” a preocupação realizar ações no campo sociocultural. Entre os propósitos do subprojeto contava:

realizar trabalho educativo com usuários e seus familiares através de palestras, visitas a órgãos, instituições, espaços culturais, lazer etc; estimulando sua socialização, independência a autovalorização, bem como envolver a população buscando conscientização da comunidade (PMCM, 1998, p.5).

Também no campo sociocultural, é possível encontrar no arquivo de um jornal diário do município algumas matérias acerca de atividades do serviço de Saúde Mental. Tais matérias referem-se ao encerramento do projeto ‘Conversando sobre o uso de bebidas alcoólicas com alunos da escola pública’, desenvolvido no período de 1997 a 2001, pelo

⁷³ O encontro preparatório sobre Saúde Mental foi organizado pelo Conselho Regional de Psicologia – 6ª região – subseção de Assis. O CRP- 6ª região, no período de 1992-1998, tinha como uma de suas prioridades principais atuar junto aos municípios do Estado no sentido de contribuir na preparação dos trabalhadores e dos demais segmentos da sociedade civil para participarem nas instâncias de controle social - Conselhos e Conferências - existentes nas áreas da saúde, educação e assistência social.

serviço de Saúde Mental, assim como às atividades comemorativas da Luta Antimanicomial. No entanto, o volume de matérias que enfocam o serviço de Saúde Mental é inexistente.

O Projeto de Saúde Mental, de 2002, compromete-se em termos de participação popular a

incentivar a implantação e consolidação dos mecanismos de participação popular previstos na legislação tais como: conselho gestor, Associação de usuários, familiares e profissionais de Saúde Mental e Cooperativa. Deve-se destacar que a criação da Associação de usuários, familiares e profissionais de Saúde Mental e Cooperativa poderá ser regional em função do movimento de luta antimanicomial que já vem ocorrendo há vários anos integrados por vários municípios da região da DIR-VIII, pelo núcleo de pesquisa de Saúde Mental e Saúde Coletiva da UNESP-Assis, e várias entidades de profissionais da SM, como por exemplo a subsede do CRP-6ª região. (PMCM, 2002, p. 11).

O Conselho Municipal de Saúde é paritário, composto por 20 membros, sendo dois representantes da SMSH, um representante da SES, dois representantes das demais secretarias municipais, dois representantes dos prestadores de serviços, dois representantes dos profissionais da área de saúde, um representante do Poder Legislativo e 10 representantes do segmento de usuários e da sociedade civil. O presidente do CMS é o secretário municipal da saúde. As reuniões são mensais. De certa maneira, o CMS cumpre formalmente suas atribuições legais, mas ele ainda não se constitui lugar efetivo de participação popular. As dificuldades são semelhantes às encontradas pelos municípios em que a organização dos diversos segmentos da sociedade é pequena e, portanto, o nível de direito e compromisso/consciência social é baixo.

Quantitativamente, a população não tem noção sócio-política nem da saúde no geral (T4, relação da Saúde Mental com as instâncias de participação popular).

Assim, a participação popular configura-se na mera presença de representantes de associações de moradores, de sindicato de trabalhadores, de cidadãos comuns, sem uma identificação explícita com algum segmento organizado da sociedade, juntamente com

representantes de profissionais e técnicos de saúde e com outros representantes do poder público e da iniciativa privada. Essa situação produz um funcionamento essencialmente burocrático do CMS, decorrente da cultura administrativa centralizadora existente na gestão pública, em que as decisões são impostas à população arbitrariamente, sem que a mesma venha a ser consultada aprioristicamente.

Quando foram montados esses conselhos procurava obedecer às leis. Então os prefeitos fizeram uma loucura, pegaram o pessoal a laço e muitos continuaram essa tradição, de pegar o pessoal a laço para participar dos Conselhos. Eu entendo que deveria ter uma campanha de conscientização dentro do município com relação à participação dos Conselhos. Eu não estou desmerecendo as pessoas, porque tem muitas delas que realmente sabem o que estão fazendo no Conselho, mas muitos não sabem. [...] (U3).

A desmobilização política da sociedade, em especial, dos segmentos populares, dificulta a população de conhecer seus direitos como cidadãos, seus principais problemas de saúde, a relação entre saúde e condições de vida e impede a compreensão e o desejo de se buscar soluções para as questões da saúde, bem como de lutar pela alteração do perfil das políticas e dos investimentos públicos nessa área e por mudanças nos valores e normas que norteiam a atividade dos profissionais de saúde.

[...] Existem muitos conselheiros que desconhecem essa área de saúde
[...] Eu acho que cinquenta por cento deles, hoje, desconhecem os programas e os projetos dentro da área de Saúde. Então, fica difícil que eles façam essa conexão. [...] Hoje se você perguntar para algum conselheiro quantos profissionais tem dentro da área de Saúde, ou quantas pessoas transitam no serviço de Saúde Mental, eles não sabem responder. [...] (U3).

Se, por um lado, a participação popular, nesse contexto, não viabiliza a construção de uma nova lógica centrada nas demandas coletivas de saúde, apenas reproduzindo a lógica do mercado, pautada na procura e na oferta de saúde, de outro, gestores e serviços de saúde procuram atender apenas os pedidos dos usuários, isto é, a demanda passiva. Tal gestão não estaria voltada para a qualidade do serviço e melhores condições de vida, mas sim para a oferta quantitativa de internações, consultas, exames, medicação, ambulância, equipamentos, entre outros.

[...] A união é fundamental. A gente percebe que, a passos lentos, vem se formando um elo, mas tem muito a ser construído. [...] Existem muitas coisas que ainda estão arraigadas na cultura da população. Às vezes, quando você chega na casa de uma pessoa querendo saber sobre a interação [familiar], do usuário de Saúde Mental, a própria família está discriminando-o e não está acolhendo-o devidamente. [...] (T2).

[...] Acho que uma questão que surge muito no Conselho Municipal de Saúde é o mau atendimento médico. A discussão fica em torno da questão do médico não ouvir o paciente e atendê-lo muito rápido! [...] Na Saúde Mental isso não acontece. O conversa com o paciente, ouve, conseguindo estabelecer ter uma inter-relação. (G2).

A solução para se romper com o formalismo e a burocratização do CMS aparece sustentada em pelo menos duas propostas. A primeira refere-se a uma melhor preparação e qualificação dos conselheiros, realizada, de preferência, em nível nacional.

[...], eu sinto que há um despreparo por parte dos Conselheiros E isso deve acontecer no Brasil todo. A gente não consegue ter um acesso a tudo. [...] O Conselheiro acaba aprovando aquilo que foi jogado para ele. E, dificilmente, ele diz que não, porque ele não conhece a matéria. Eu sinto que existe um certo despreparo dos Conselheiros também em relação aos programas específicos, tanto da Saúde como especialmente, daquele da Saúde Mental (U3).

A outra proposta seria o desenvolvimento de ações, dirigidas para a sociedade civil de cada cidade, com o objetivo de discutir as questões que envolvem a saúde e a Saúde Mental. Com isso, seria modificada e ampliada a informação sobre programas e funcionamentos.

Eu acho que poderia haver algumas discussões no município, [...] nas comunidades, vilas bairros e entidades filantrópicas para que realmente, seja discutida a sério essa questão da saúde mental, se fizesse alguma coisa, como por exemplo, uma Congregação Municipal. Aí o administrador municipal deveria ter a cabeça aberta para que realmente mudassem algumas coisas lá. [...] (U3).

A atenção em Saúde Mental não parece ter espaço no CMS de saúde. As discussões acerca desse tema e do serviço são apenas pontuais e esporádicas.

Não aparece muito isso. Só aparece quando eu levo. Até hoje eu não participei...[...] Então eu uso esse espaço para informar, pois não tem muita solicitação sobre como funciona a Saúde Mental...[...] Nem recebe-se queixa! (G2).

No município ainda não há realização periódica de Conferências Municipais de Saúde. Até o primeiro semestre de 2003, apenas uma havia sido promovida.

Não, nunca mais! Seria no ano passado, em 2001 e depois seria esse ano, mas eu já não sei se acontecer no ano que vem. Vão esperar as eleições, para ver quem é que vai mandar, se vai precisar fazer isso ou não. [...] O Conselho Municipal de Saúde já fez a solicitação para se realizar a conferência, mas não sei se o Estado, via DIR, também já cobrou também. Eu não ouvi falar nada. (G2).

A não realização de Conferências não impediu uma avaliação positiva da capacidade de envolvimento da população. Nesse sentido, o que se julga necessário é a criação de espaços de discussão sobre os temas e do funcionamento desse tipo de evento.

Eu falo isso porque eu acho que fui uma das pessoas da equipe que participou mais ativamente [...] Algumas coisas saem, com alguma dificuldade, mas saem! Foi viabilizada a participação, foi feito o convite à população para que se tivesse condições possibilitar o acesso da população na Conferência Regional [...] Não, eu acho que não houve propostas prontas, mas foi feita uma reunião para preparar o que seria a Conferência e qual a importância da participação do usuário. Então houve essa reunião. [...] Algumas pessoas falavam que essa reunião foi cansativa, mas acharam que ela foi muito interessantes. [...] (G2).

Em 2001, foi realizada a I Conferência Regional de Saúde Mental, sob coordenação conjunta da DIR-VIII. Esse evento foi um acontecimento importante para muitos municípios da região, em especial para o município A. Um de seus representantes chegou a ser eleito representante para a II Conferência Estadual de Saúde Mental e a III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Ele trouxe o material e disse que a Conferência foi muito difícil! Ele comentou que a Conferência de Saúde Mental foi a primeiro evento nacional que ele participou. [...]. Ele achou muito interessantes as propostas [...] Acho que ele deve ter visto a articulação dos usuários dentro dessa Conferência... [...] Ele vive perguntando do relatório final da Conferência, pois ele quer saber o que o sindicato pode fazer contribuir a divulgação e implantação das deliberações dessa Conferência. [...] (G2).

Esse delegado do município nessas Conferências, em nível estadual e nacional, representou o segmento de usuários, pois como sindicalista, ele ocupava essa posição no próprio CMS local. No entanto, no decorrer do processo da III Conferência Nacional, percebeu que não representava o segmento dos usuários, mas sim dos trabalhadores (era diretor do sindicato dos funcionários públicos municipais), tendo servido como motorista junto à Secretaria da Saúde. Essa situação foi uma das razões que o levou a se afastar do seu mandato no CMS.

Eu participei de todas as Pré-Conferências, da Estadual, da Regional [...] Eu sinto que seria necessário que os coordenadores realmente levassem a sério essas questões que são tratadas nas Conferências. Porque as Conferências servem para isso, para tentar achar caminhos. Passar um final de semana inteiro num encontro como esse, é como se a gente tivesse vivendo num outro mundo, sei lá!, Lá você consegue ver que é preciso se mudar de lado. Eu estou tentando há alguns meses pegar o relatório oficial da Conferência Nacional, mas não consigo encontrar o site. Porque não foi incentivado pegar esse documento? (U3).

A experiência de delegado nas referidas Conferências foi considerada muito importante e enriquecedora para ele. Criticou, porém, a demora na disponibilização do relatório final da Conferência Nacional.

4.3- O município de médio porte: Uma breve caracterização

O município B foi fundado em 1905, tendo se tornado município em 1918. Ocupa uma área de 461 quilômetros quadrados. Segundo o Censo de 2000, a cidade tem uma população 87.251 habitantes, sendo 42.438 homens (48,6%) e 44.813 mulheres

(51,4%). A população urbana é de 83.388 habitantes (95,6%) e a rural é de 3.863 habitantes (4,4%). A taxa de alfabetização é de 94% (IBGE, 2002). A economia regional é baseada no setor terciário, como comércio e prestação de serviços. A atividade industrial predominante está na área de construção civil – lajes, tijolos, madeiras. As atividades agropecuárias predominantes na região são as lavouras temporárias como cana-de-açúcar, soja, milho, entre outras (SMA, 2001). Em 2000, o rendimento mensal das pessoas responsáveis pelos domicílios foi maior na faixa de ½ até 3 salários mínimos (45%). Os demais índices aparecem assim distribuídos: 19% na faixa de 3 a 5 salários mínimos, 19% na faixa de 5 a 10 salários mínimos, 12% acima de 10 salários mínimos. A percentagem de pessoas responsáveis por domicílios sem rendimento é de 5%. O número de trabalhadores formais é de 13.328. Ainda em 2000, o total da receita municipal foi de R\$ 45.619.027,00, sendo que a receita própria do município foi de R\$ 13.392.463,00 e o Índice de Participação dos Municípios no ICMS foi de 0,11175814%. Já as despesas com saúde e saneamento foram de R\$ 11.966.791,00. O nível de atendimento em abastecimento de água foi de 99,27%; em esgoto sanitário, 98,31%; em coleta de lixo, 99,42% (SEADE, 2002). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) também em 2000 foi de 0,829 o que coloca o município B em trigésimo quinto (35º) lugar no ranking estadual (PNUD, 2003).

O SUS do município foi habilitado como Gestão Plena do Sistema/NOB 01/96, de acordo com a portaria 2450 de 07/04/1998 e habilitado para Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada/ NOAS/02, segundo a portaria 2257 de 10/12/2002. A gerência do SUS é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde. A rede de assistência à saúde é formada por sete unidades básicas de saúde, programa de agente comunitário de saúde (PACS), um Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), um ambulatório de especialidades, um ambulatório de Saúde Mental, um centro de atenção psicossocial (CAPS), um pronto socorro municipal (PS), dez núcleos de saúde da família, três hospitais, um serviço de diálise, um serviço de neurocirurgia. É importante destacar que a rede pública de saúde

sempre foi referência para os demais municípios da região, notadamente aqueles pertencentes à Direção Regional de Saúde local⁷⁴.

Atualmente o município apresenta proposta no Plano Diretor de Regionalização (PDR), de ser sede módulo de Gestão Estadual para a sua população e dois pequenos municípios, abrangendo 94.550 habitantes. Na PPI pactuou referência com os municípios Salto Grande, Ourinhos, Marília, e Bauru, Jaú e São José do Rio Preto. É município Pólo para os 25 municípios da DIR VIII, em relação aos serviços de Atendimento Ambulatorial às gestantes de alto risco (SES, DIR VIII, 2003).

4.3.1- Os primórdios da assistência em Saúde Mental

Na área da Saúde Mental pode-se afirmar com segurança que na região o único atendimento público em Saúde Mental disponível à maioria da população até a década de 1980 foi o da internação psiquiátrica. No entanto, os municípios A e B, nunca conviveram com a presença concreta de hospitais psiquiátricos. As internações dos usuários residentes nessas cidades sempre ocorreram em instituições localizadas em municípios de outras regiões, a uma distância de no mínimo 70 quilômetros (Marília, Garça, Tupã e Presidente Prudente)⁷⁵.

No município B, o início da trajetória histórica da assistência em Saúde Mental pública pode ser localizado na década de 1970. Em 1971, o Lions Clube inicia a construção de um Hospital Psiquiátrico na cidade, em uma área de 41 mil metros quadrados, doada pela Prefeitura. O projeto original prevê um macro-hospital com 5 mil metros quadrados de área construída seguindo fielmente a arquitetura clássica dos manicômios.

⁷⁴ Vale destacar, no entanto, que tanto o município B como as demais cidades da região sempre tiveram como referência à rede de saúde pública de Marília. Essa relação foi muito dependente até a municipalização da saúde.

⁷⁵ A única exceção é a existência de um hospital psiquiátrico em Palmital (distante 30 Km de Assis) destinado exclusivamente a pacientes crônicos, vindos do Hospital do Juqueri, no período de 1974 a 1995 e hoje desativado.

Naquele momento, assim como em outros municípios do mesmo porte, a assistência em saúde e em Saúde Mental se restringe a internações hospitalares. Também repercute no município o movimento de expansão do atendimento psiquiátrico decorrente da ampliação da assistência em Saúde Mental à classe trabalhadora e seus dependentes.

O início do processo de criação no país de uma ampla rede de hospitais particulares e conveniados com o poder público, em substituição aos velhos e precários hospitais públicos, na década de 1960, incentiva as entidades filantrópicas a se interessarem pela assistência em Saúde Mental.

França (1994) ao analisar a criação desse hospital destaca que o Lions Clube para construir o hospital psiquiátrico, constitui uma sociedade civil, filantrópica destinada à assistência aos doentes mentais, de qualquer procedência, raça, nacionalidade, credo e crença religiosa, com exceção dos portadores de doenças contagiosas, segundo os preceitos da caridade cristã. O hospital seria gerido por uma diretoria administrativa composta por representantes da comunidade e do clero. Esta diretoria por sua vez teria entre suas atribuições indicar o diretor clínico mediante lista tríplice. A autora ressalta também que as altas ou saídas dos pacientes internados, curados ou não, seriam de responsabilidade do Diretor clínico e do Presidente da instituição.

O modelo assistencial reproduzido nesse projeto não apresenta nenhuma identificação com as diretrizes e propostas surgidas, naquele momento, para a América Latina, especialmente para o Brasil, definidas a partir de reuniões realizadas pela OMS e ONU. Na proposta assistencial do HP de Assis, o doente mental continua sendo percebido como portador de doença incurável, de alta periculosidade. Em conseqüência, os meios de tratamento são pautados pelo método segregador e disciplinar em que se combinam técnicas de isolamento e exclusão social do doente, de terapêuticas medicamentosas e de sujeição a normas socializadoras e punitivas.

Ainda em 1971, os recursos arrecadados junto à população terminam. A possibilidade de continuar recebendo recursos do Estado também se esgota em função da limitação de verbas para construções de hospitais imposta pela política governamental da época. Esses fatos provocam a paralisação da obra. O prédio fica abandonado, exposto à deterioração e à depredação (Francisco, 1990).

Durante uma década a cidade convive com o fantasma de dois elefantes brancos, pois além da obra inacabada e abandonada do HP existe uma outra construção nas mesmas condições: a do Hospital Distrital: um hospital geral, de abrangência regional, cuja finalidade era atender à demanda de internações dos municípios da região⁷⁶. Nesse período ambos são lembrados quando algum problema na área de saúde surge e recebe destaque na imprensa local. Em tais situações a conclusão das referidas obras é reivindicada com severas críticas aos gestores públicos, notadamente dos governos federal e estadual, em função da não liberação de recursos para esse fim.

No início da década de 1980 um fato novo traz à tona mais uma vez a discussão acerca do prédio do Hospital Psiquiátrico. A imprensa local divulga a negociação entre o Lions Clube e uma Associação dos Fornecedores e Plantadores de Cana (ASSOCANA) envolvendo a doação do prédio inacabado do Hospital Psiquiátrico, para que ali fossem instalados a Cooperativa e o Centro de Assistência Social da ASSOCANA.

Diante da possibilidade de se mudar a finalidade original daquele prédio, inicia-se, no curso de psicologia do então Instituto de Letras, História e Psicologia - UNESP⁷⁷, uma discussão sobre a referida doação e, principalmente, sobre a suposta perda de um local que até aquele momento poderia vir a garantir o atendimento em Saúde Mental à população do município e região. Naquele momento a assistência em Saúde Mental transforma-se em pauta pelo menos para os alunos, psicólogos e suas respectivas entidades representativas (Centro de Estudos Psicológicos, Sociedade de Psicologia e Associação de Docentes). Temas como doença mental e loucura, formas de tratamento, a violência das instituições psiquiátricas, prevenção, atendimento ambulatorial, são amplamente discutidos. Por um lado, o Lions Clube e o poder público local defendem a doação do prédio para a ASSOCANA, uma entidade representativa da iniciativa privada uma vez que consideram inviável terminar as obras do prédio do hospital e colocá-lo em funcionamento. Por outro lado, os alunos e psicólogos questionam a doação do prédio, localizado em área pública,

⁷⁶ A construção do atual Hospital Regional (HR), originalmente denominado de Hospital Distrital (HD), foi iniciada em 1972, por diversas entidades filantrópicas da cidade, entre eles, o Rotary Club e a Mitra Diocesana, foi iniciado em 1972. Em 1988, as entidades passam 75% da obra construída para o Governo do Estado de São Paulo. Em 1990, o Governo Estadual retoma as obras e elabora um projeto de funcionamento para o hospital atender toda a região. Em 1991 ele é inaugurado e aberto parcialmente para o atendimento da população, sendo que até 2003 ele não está em pleno funcionamento.

⁷⁷ Atualmente denominada Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP

cujas obras foram financiadas até então com dinheiro da população e do Estado. Esse segmento acadêmico-profissional também propõe um novo projeto: a transformação daquele espaço em um ambulatório de Saúde Mental e não mais a instalação de um hospital psiquiátrico. Tal iniciativa decorre de vários fatores. Entre eles deve ser destacado o fato de que vários professores e alunos estavam comprometidos na luta por melhores condições de assistência em Saúde Mental e contra modelo assistencial manicomial vigente no país. Elabora-se o Anteprojeto do Ambulatório de Saúde Mental, que prevê sua instalação na construção inacabada do Hospital Psiquiátrico. Naquele momento, repercute na cidade os primeiros ecos das experiências e propostas alternativas à internação psiquiátrica já presente em âmbito federal e estadual, e que representam os primeiros momentos historicamente importantes para o início das articulações da Reforma Psiquiátrica.

Esse anteprojeto previa a utilização apenas de uma parte do prédio, aproximadamente 1300 m², sendo que o espaço físico seria amplamente readequado de acordo com as exigências e necessidades de uma estrutura ambulatorial⁷⁸. Também havia um projeto terapêutico norteado pela experiência iniciada em 1973 no Estado de São Paulo⁷⁹, bem como pelo plano integrado de Saúde Mental, lançado em 1977 (proposição do Ministério da Saúde em conjunto com as Secretarias de Estado da Saúde), cujos objetivos eram desenvolver ações extra-hospitalares no tratamento da doença mental, bem como ações preventivas que garantissem práticas, atividades e participação comunitária para não afastar o paciente da família e do trabalho.

Após muitas discussões, o Lions Clube recua em sua proposta de doação e nomeia uma comissão entre seus associados para retomar as campanhas e concluir a parte do prédio, de acordo com a proposta do anteprojeto de ambulatório. Essa comissão, em conjunto com uma outra, denominada de comissão técnica⁸⁰, iniciam, cada uma com suas atribuições, a construção do referido ambulatório.

⁷⁸ Tal readequação implicava a abertura do espaço destinado a um dos futuros quartos fortes, reformas dos locais inicialmente destinados às enfermarias de internação para se garantir salas para atendimento individuais, grupais, terapia ocupacional, posto de enfermagem, banheiros feminino e masculino, cozinha, sala de recepção, secretaria, as de espera, farmácia entre outros.

⁷⁹ É importante ressaltar que alguns desses profissionais haviam sido, a partir de 1974, estagiários-bolsistas da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, por intermédio de um convênio com a Faculdade de Medicina de Marília e participaram da implantação no município de Marília das propostas da referida Secretaria iniciadas por Luiz Cerqueira, em 1973.

⁸⁰ Essa comissão era formada por representantes do Curso de Psicologia – alunos e professores e representantes de entidade profissionais ligadas à área de Saúde Mental.

Desde o início do processo de retomada da construção e de sua transformação em ambulatório de Saúde Mental fica explícito em todos os momentos (reuniões, matérias de jornais, campanhas de arrecadação) que a proposta original de se construir um hospital psiquiátrico continua pulsando nos membros do Lions Clube e, de certa forma, essa idéia se fortalece na medida em que as iniciativas de arrecadação de fundos prosperam. Tais evidências abarcam desde a insistência em denominar o projeto de hospital psiquiátrico até a intenção de se continuar as obras do hospital depois da conclusão do ambulatório. Assim, para os idealizadores, a segunda etapa seria a construção alas das enfermarias psiquiátricas de modo que o município seria contemplado com um ambulatório e um grande hospital para o tratamento dos doentes mentais.

Na fase final das obras, as relações entre a comissão do Lions Clube e a comissão técnica já estavam precárias. Os laços frágeis que as mantinham foram se desfazendo silenciosamente, a partir do distanciamento e enfraquecimento das reuniões conjuntas, decorrentes das divergências ali explicitadas, ou seja, da insistência da comissão técnica em viabilizar o Ambulatório de Saúde Mental, em substituição ao hospital e, do outro lado, da obstinação da equipe de obras em continuar construindo um hospital psiquiátrico. Após 1983, ficam claramente localizadas as divergências existentes entre as duas comissões. O Lions Clube continua seu projeto, buscando outros interlocutores técnicos dentro de seus associados. Em setembro de 1984, são concluídas as obras do ambulatório e inaugurado sob o nome de Hospital Psiquiátrico Ambulatorial.

Tal denominação explicita mais uma vez e claramente a situação paradoxal em que a construção do ambulatório se encontrava desde seu início. O próprio nome aponta uma espécie de solução de compromisso entre os dois projetos bem distintos de assistência em nessa área defendidos pelos grupos envolvidos no projeto. De maneira geral, tal denominação representa o imaginário social dominante na cidade acerca do tratamento em Saúde Mental⁸¹.

⁸¹ Durante muito tempo as placas indicativas da cidade denominavam o Ambulatório de Saúde Mental, localizado em uma parte do prédio do antigo HP, como hospital psiquiátrico.

O ambulatório de Saúde Mental conta no início com equipe mínima. Suas atividades centram-se na consulta psiquiátrica e na psicoterapia individual. Até final de 1987, é administrado por uma comissão nomeada pela entidade filantrópica e mantido com pequenas verbas oriundas da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria do Estado da Saúde, do poder público municipal, da cobrança de carnês junto à sociedade civil, bem como de uma pequena taxa da sua clientela (FRANCISCO, 1990).

O curso de psicologia deixa de participar na comissão técnica e procura articular-se com a política de Saúde Mental do novo governo estadual, cuja proposta é a ampliação da rede extra-hospitalar, a implantação de equipes multiprofissionais, a recuperação dos leitos próprios e a promoção de melhor qualidade de assistência dos hospitais-asilos psiquiátricos. Um grupo de professores-supervisores do Departamento de Psicologia Clínica constitui núcleo de estágio curricular junto ao Centro de Saúde I, com objetivo de favorecer a implantação de serviços de Saúde Mental naquela unidade, contribuindo para a criação da equipe mínima para área naquela instituição em 1986.

Se por um lado o grupo do curso de psicologia estimula-se com a perspectiva da implantação de seu projeto de Saúde Mental, de fato consoante com a política do novo governo estadual, por outro, os representantes do hospital psiquiátrico ambulatorial também alimentam expectativas de poderem concluir o hospital psiquiátrico, pois acreditam que essa nova política não seria implantada e ficaria apenas no papel. Eles de fato acreditavam ser impossível haver tratamento para a doença mental fora do hospital psiquiátrico.

Esse antagonismo alcança seu mais alto ponto de tensão durante a visita do Coordenador de Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde à cidade. Em reunião realizada na Câmara Municipal, com os representantes dos diversos segmentos da sociedade, o Coordenador reafirma a disposição do governo estadual implantar sua política de saúde e de Saúde Mental, cuja meta é o não credenciamento de novos leitos psiquiátricos, conforme matéria publicada na época:

[...] Durante a reunião o presidente do Hospital Psiquiátrico [...] procurou saber “em que pé ficariam as obras do psiquiátrico, onde a comunidade e o Estado já investiram cerca de 500 milhões de cruzeiros” [...] o presidente do Psiquiátrico procurou saber se esse trabalho estaria perdido e se a comissão deveria interromper o termino do projeto do hospital.

“O Estado tem profundo respeito pelas iniciativas dos órgãos de promoção social e clube de serviços na área filantrópica” disse o coordenador da Saúde Mental. “Qualquer decisão sobre os destinos das obras do hospital psiquiátrico deveria ser tomada pela comunidade” (JORNAL VOZ DA TERRA, 1983, p. 3)

A matéria não inclui toda a fala do coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo, pois, no encontro ele, ao referir-se à autonomia da comunidade para decidir sobre os destinos das obras do hospital psiquiátrico, destaca que o Estado não tem interesse de que novos leitos fossem construídos. Nesse sentido, o coordenador concorda com a proposta do então Prefeito, de se instalar uma ala de leitos psiquiátricos no Hospital Distrital, após o término das suas obras⁸², de acordo com uma outra matéria publica na mesma edição:

[...] A idéia do prefeito [...] de aproveitar as instalações do Hospital Distrital para abrigar também os serviços de Saúde Mental do município, foi considerada “uma das realizações mais avançadas na área da saúde pública” pelo coordenador da Saúde Mental no Estado de São Paulo, [...] (JORNAL VOZ DA TERRA, 1983, p. 1).

Essa reunião provoca diferentes reações. Os defensores, da construção do hospital psiquiátrico, fazem severas críticas ao desinteresse do governo estadual em investir em leitos psiquiátricos, quanto à negativa de contribuir para a conclusão do hospital de Assis e ao fato de propor incluir leitos psiquiátricos no hospital geral. Esse fato repercutiu na imprensa, mas logo foi esquecido, assim como também foi deixado de lado a construção do hospital psiquiátrico. Já os setores comprometidos com a nova política estadual para a área da Saúde Mental consideram a referida reunião fundamental para inviabilizar a conclusão e o funcionamento do HP na cidade.

Vale ressaltar que nesse momento ocorre a implantação do projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS). A partir desse fato e, conseqüentemente, da regionalização da saúde, são criados, em 1986, os Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs), cuja responsabilidade é gerenciar recursos financeiros, materiais e técnicos, além de planejar ações e definir objetivos e metas de saúde no âmbito regional, incluindo as ações de saúde

⁸² Ainda nessa reunião o Prefeito aponta a possibilidade de o Estado assumir a conclusão das obras do referido hospital.

nas de vigilância sanitária e integrando as ações de saúde individuais e coletivas (FRANÇA, 1994).

O antigo ERSA-20, sediado no município B e composto por treze municípios, procura viabilizar as novas diretrizes de saúde do Estado. Alguns equipamentos e serviços da rede básica de saúde passam ser centros de referências para os demais municípios da região. Os vários programas desenvolvidos no Centro de Saúde I, entre eles o da Saúde Mental, também tornam-se referências regionais.

Os atendimentos realizados no Centro de Saúde I (CS-I) e no CPA (Centro de Psicologia Aplicada da UNESP) apontam a necessidade de criação de uma Unidade Ambulatorial Regional de Saúde Mental na rede pública de Saúde. Em 1987, inicia-se a elaboração do projeto de Assistência em Saúde Mental para a região, a partir da integração de recursos materiais e humanos já existentes da Secretaria do Estado de Saúde, por intermédio do ERSA-20 e na Universidade Estadual Paulista, através do Centro de Psicologia Aplicada (unidade auxiliar do curso de psicologia).

As justificativas apresentadas na introdução do projeto assim como na minuta de convênio permitem destacar alguns aspectos importantes. O projeto apontava a necessidade de se organizar a assistência em Saúde Mental para região priorizando o atendimento extra-hospitalar relacionado à família e à comunidade do paciente, atendimento este integrado e articulado, eficiente, com uma gerencia única. Explicitava também a preocupação de que essa assistência fosse compromissada com as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e com a política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, bem como que, de fato, substituísse a cronificação dos usuários provocada pela internação psiquiátrica e pelo atendimento ambulatorial. Ainda contemplava a necessidade de se adequar à formação do psicólogo à nova realidade social da profissão, por intermédio do estágio curricular, no sentido de permitir a construção de novas formas de intervenção na área da psicologia clínica, consideradas na perspectiva da saúde pública; implantar na UNESP cursos de aprimoramento para os trabalhadores que atuavam na rede de serviços de Saúde Mental; desenvolver linhas de pesquisa voltadas para a formulação de novos modelos assistenciais e avaliação dos resultados dos programas assistenciais. Finalmente, propõe construir mecanismos de participação popular na definição e no desenvolvimento dos programas de Saúde Mental.

Para viabilizar suas propostas, o referido projeto prevê a criação de Centro de Atenção Médico-Psico Social – CAMPS, nas dependências do CPA e com a integração da sua equipe de profissionais com a do CS-I. O CAMPS deveria ser a sede da Comissão Interinstitucional da Saúde Mental, cujo papel seria de “um centro aglutinador e integrador dos diversos de Saúde Mental, regionalizado e hierarquizado, articulando os níveis de complexidade dos atendimentos com os aspectos físicos e psíquicos da região” (UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, 1987, p. 7).

Pode-se observar que a denominação do centro manteve os termos: 'médico' e 'psico'. Eles aparecem separados por um hífen, formando um termo composto, cujo significado apontaria apenas para agregação de duas profissões, dois saberes e de dois serviços. Já o termo social adjetivaria os termos que o precedem. Nessa perspectiva, essa denominação indicaria apenas a aproximação e não a integração proposta no título do projeto.

Em termos de propostas de intervenção, o projeto reproduz as orientações da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde para o trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de Saúde Mental.

Esse projeto é construído por uma comissão composta por representantes dos órgãos e serviços envolvidos, após ampla discussão pelos profissionais, professores e dirigentes envolvidos nos dois serviços. Muitas dificuldades são enfrentadas, principalmente no que se refere à localização do CAMPS dentro da universidade. De um lado, professores e técnicos do CPA se preocupam com o aumento e alteração do perfil da demanda de pacientes da clínica –escola, em especial os pacientes considerados psicóticos. Por outro, os profissionais do Centro de Saúde temem a mudança, pois ela supõe uma nova estrutura de poder, um novo volume e fluxo de trabalho. Os profissionais médicos diante da possibilidade da implantação do projeto resistem à idéia de atuarem em uma clínica-escola-psicológica.

O projeto é concluído ainda em 1987, chegando mesmo a ser encaminhado para a reitoria da UNESP. Embora conhecesse todo o processo para o estabelecimento do convênio entre a Secretaria do Estado de Saúde e a UNESP para a instalação do CAMPS, no final desse ano a Prefeitura Municipal, encampa o Ambulatório do Hospital Psiquiátrico,

sem nenhuma discussão prévia com os segmentos envolvidos com a Saúde Mental. O processo de doação do ambulatório para a Prefeitura Municipal é divulgado no último dia do ano de 1987:

A partir da próxima segunda-feira todos os casos de tratamento mental da municipalidade serão atendidos no ambulatório do Hospital Psiquiátrico, [...] A alteração no atendimento de Saúde Mental na cidade só foi possível após a doação de toda a área do Hospital psiquiátrico à Prefeitura Municipal, pelo Lions e através de um acordo firmado recentemente entre a administração e a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo.

[...] O atendimento será inteiramente gratuito, segundo [...] (chefe do Departamento de Saúde e Promoção Social), o que não ocorria quando o ambulatório era mantido pelo Lions. Ela admite que a população [...] irá estranhar a alteração do local, mas ela afirma “que a mudança é para melhor”.

[...] M.A.C. afirmou que se pretende dar no ambulatório um novo tipo de atendimento [...], por exemplo, “reduzir ao máximo o número de internações, trabalhando com o paciente que apresenta sinais primários e secundários de doença em poucos meses” (VOZ DA TERRA, 1987, n. 6002, p. 3).

Essa situação interrompe e inviabiliza o processo de instalação do CAMPS, uma vez que o município assume em parte sua execução⁸³. Também, no início de 1988 o atendimento em Saúde Mental do Centro de Saúde I começa a se deslocar para o ambulatório de Saúde Mental.

Um acordo entre os gestores de saúde do município e do antigo ERSA-20 viabiliza a transferência do psiquiatra que compunha a equipe de Saúde Mental da unidade de saúde para o ambulatório. O setor de Saúde Mental do CS-I fica sob a responsabilidade da psicóloga e da assistente social, sem a presença do psiquiatra. Esse fato desestrutura o serviço de Saúde Mental uma vez que ocasiona o seu esvaziamento e também a

⁸³ Logo após a doação do ambulatório de Saúde Mental para a prefeitura municipal o restante do prédio foi sendo cedido em regime de comodato a diferentes instituições e entidades para finalidades diversas (escola e entidade filantrópica, sede de associação de classe).

transferência desordenada dos usuários para o ambulatório.

Essa determinação política de remanejar o Setor de Saúde Mental do Centro de Saúde para o Ambulatório acabou servindo para “expurgar” do Centro de Saúde o perturbado transitar da loucura no dia-a-dia desse espaço, acostumado com as “doenças do corpo” e com dificuldades de se adaptar com os “doentes da mente” (FRANSCISCO, 1990, p.48).

Uma vez engavetado mais um projeto, os professores e alunos da UNESP envolvidos com a assistência em Saúde Mental recuam para tentar, em outro momento, mais uma vez reinventar a roda e recomeçar. Esse momento ocorre também no início de 1988.

Naquele ano, o diretor ERSA-20, cria o Grupo de Estudo e Programas de Saúde Mental (GEPRO-SM)⁸⁴ para elaborar um programa de ações nessa área região.

A proposta elaborada pelo GEPRO também é orientada pelas mesmas diretrizes do projeto do CAMPS. Seu objetivo é organizar as ações de Saúde Mental e integrar os serviços da região de modo a garantir à população o acesso ao nível de atenção primária, secundária, terciária e de retaguarda psicossocial (GREPRO, 1988).

Após cumprir suas atribuições e entregar o projeto à direção do ERSA-20, o GEPRO-SM deixa de existir, o projeto não chega a ser implantado e a assistência em Saúde Mental no município e região fica sob a égide da inércia do instituído, mesmo quando ocorre o início do processo de municipalização da saúde em 1989, quando os equipamentos de saúde estaduais e federais começaram ser gerenciados pelo poder público municipal. Nesse processo, a assistência em Saúde Mental tem um gerenciamento híbrido, pois a Prefeitura Municipal e o ERSA-20 ficam responsáveis pelas ações de Saúde Mental para o município e também para a região (FRANÇA, 1994).

Todos os acontecimentos ocorridos no âmbito do Movimento Sanitário, Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Assembléia Constituinte têm ressonâncias imediatas no município B. No entanto, essa repercussão é coordenada pelo Governo do Estado, uma vez que os governos municipais da região são alinhados aos governantes

⁸⁴ O GEPRO-SM foi composto, de forma paritária, por representantes do Curso de Psicologia/UNESP, do próprio ERSA-20 e da Prefeitura Municipal, sendo que vários alguns de seus membros haviam participado da elaboração do projeto do CAMPS. Esses segmentos são naquele momento responsáveis pela elaboração de um projeto assistencial em Saúde Mental tanto para o município como para a região.

estadual e federal.

Nesse contexto, os profissionais vinculados à assistência em Saúde Mental ficam surpresos com os movimentos de mudanças ocorridos naquela época. Pouca ou nenhuma informação chega até eles e muito menos aos usuários. Isto gera muitas dúvidas e intranqüilidade, principalmente no que se refere à situação funcional das várias categorias profissionais.

Em decorrência, alguns profissionais dos serviços de Saúde Mental e professores da UNESP procuram a antiga Delegacia local do Conselho Regional de Psicologia da 6ª região (CRP-6)⁸⁵ e criam uma comissão de saúde para desencadear processo de discussão e de proposição de ações acerca da nova política de Saúde Mental em construção no país. Essa comissão promove ações para aproximar os profissionais das novas experiências desenvolvidas em outros municípios, notadamente em Santos e com os avanços das Reformas Psiquiátrica e Sanitária. Também participa, em conjunto com outras entidades e sindicatos de trabalhadores, do processo de discussão do projeto da Lei Orgânica do Município e da reformulação do Projeto do Poder Executivo sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde⁸⁶. Busca-se naquele momento articular as várias dimensões do processo de transformação da assistência em Saúde Mental, isto é, abordá-lo em seus aspectos políticos, ideológicos, teóricos e técnicos.

Naquele momento entende-se que é necessário viabilizar o SUS no município para de fato se garantir uma assistência em Saúde Mental comprometida com as novas diretrizes e propostas. Deve-se ressaltar que no município B e na região, os gestores municipais, apesar de demonstrarem compromissados com o processo de democratização do país, não rompem com o modelo de gestão centrado apenas na conservação, na limpeza e em pequenas intervenções no espaço urbano, além de algumas ações em saúde, educação e assistência social.

⁸⁵ Em 1992, o CRP-6 extingue as suas delegacias regionais e cria as subseções, com objetivo de ampliar suas atribuições até então meramente burocráticas e fiscalizadoras da profissão de psicólogo. Assim as subseções passam a priorizar os projetos de caráter político e profissional de modo a propiciar um espaço de participação e de discussão para os psicólogos de cada região, voltados para o desenvolvimento profissional e político da Psicologia e comprometido com a construção de uma nova ordem social no país (CRP-6, 1993).

⁸⁶ O Projeto de Lei sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde encaminhado pelo poder executivo em 1991 para a Câmara Municipal de Assis não observava a Lei nº 8.142. O referido Projeto, entre outros aspectos, não contemplava a exigência de paridade entre os representantes dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Dessa maneira, os governos municipais dessa região não podem ser considerados de fato governos locais, autônomos e comprometidos os todos segmentos sociais. Um outro fato marcante é que o município, no período de 1982 a 2000, esteve sob o comando, em mandatos alternados, de dois políticos de grupos rivais, mas oriundos do mesmo partido⁸⁷. Assim a alternância no comando do município, entre um e outro, sempre ocorreu com muitas turbulências e até mesmo com muita truculência orientada por divergências pessoais, rixas políticas e interesses fisiológicos.

Essa situação se configura de maneira bastante marcante em 1989. O novo governo municipal, dissidente do governo anterior, promove um desmonte dos projetos e ações comprometidos com os movimentos de transformação social do país, iniciados no país desde o início da década de 1990.

A partir de 1989, na área da saúde, o governo municipal continua o processo de municipalização, visando a implantação do SUS. Porém, a condução desse processo é pautada apenas por medidas comprometidas mais com interesses corporativistas de algumas categorias profissionais da saúde e de alguns políticos locais e regionais.

No período de 1989-92 vários problemas da saúde fazem parte das pautas de discussão das entidades e sindicatos de trabalhadores e de outros segmentos sociais. Entre eles destacam-se: a ineficácia da campanha de nebulização das ruas das cidades para combater o *Aedes aegypti*, o descaso com outros problemas de saúde pública relevantes para o município como a Aids e o tracoma, as filas intermináveis nas unidades básicas de saúde e nos ambulatórios, falta de médicos nos atendimentos, as dificuldades financeiras do Pronto Socorro (PS) da Santa Casa e a o não funcionamento do Hospital Regional (HR) depois de sua inauguração (LUZIO E GARCIA, 1991).

A área da Saúde Mental não é municipalizada. O ambulatório de Saúde Mental fica sob a responsabilidade do Estado, por intermédio do ERSA-20. A Prefeitura Municipal somente disponibiliza os psicólogos para atuarem no equipamento (FRANCISCO, 1990).

⁸⁷ No período de 1982-88 o prefeito do município B é José Santilli Filho eleito pelo PMDB e um dos fundadores do PSDB. No mandato seguinte, de 1989-92 o prefeito é José Romeu Bolfarini, vereador na gestão anterior, também filiado no PMDB, ex-aliado do prefeito anterior. De 1992-96, José Santilli Filho é novamente prefeito pelo PSDB. José Romeu Bolfarini, naquele momento filiado ao PTB, volta novamente a governar o município de 1997-2000, sendo que em 2002 assume o comando do município o prefeito Carlos Nóbile, um novo quadro do PSDB

Assim, em 1989 o atendimento público em Saúde Mental sofre refluxo.

[...] os serviços no Posto de Atendimento em saúde da vila [...] foi desativado; o Setor de Saúde Mental do Centro de saúde desapareceu em meados do ano e apesar da contratação de um psicólogo nessa unidade não existe a reativação desse Setor; a Clínica de Psicologia Aplicada da UNESP continua prestando serviços à comunidade, porém com a particularidade de ser uma clínica-escola e tendo por isso objetivos próprios; o Ambulatório teve em julho ampliação do quadro de recursos humanos através de concurso público [...] (FRANCISCO, 1990, p. 49).

Nesse sentido pode-se considerar que apenas na gestão municipal de 1993-96 a assistência em Saúde Mental passa a integrar o SUS. Dessa forma o sistema de saúde municipal passa a ser formado por Pronto Socorro, Ambulatório de Especialidades, Ambulatório de Saúde Mental e Unidades Básicas de Saúde (CAPS), sob o gerenciamento da Secretaria Municipal de Saúde e com o regime de gestão semiplena. No total são sete CAPS, distribuídos pela cidade. Na Saúde Mental, as ações de atenção primária são desenvolvidas nas Unidades Básicas. O Ambulatório é responsável pelo atendimento dos usuários em atividades medicamentosas, psicoterápicas (individuais e em grupo), de oficinas terapêuticas, além do encaminhamento para internações. As referências hospitalares nessa área para a população do município B são Hospital Regional e o Hospital Psiquiátrico de Ourinhos.

Após a municipalização do Ambulatório de Saúde Mental em 1993 os usuários de outros municípios da região são reencaminhados para suas cidades de origem, na medida que estas oferecem serviços na área.

Atualmente, atenção em Saúde Mental no município B, continua sendo organizada em uma rede regionalizada e hierarquizada em níveis de atenção primária, secundária e terciária. Dessa forma, os serviços funcionam em vários locais, de acordo um sistema de referência e contrarreferência. Nas UBSs a atenção primária é realizada por um psicólogo em quatro UBSs e no COAS, sendo que nas outras unidades contam com dois

destes profissionais. O ambulatório de Saúde Mental e CAPS⁸⁸ funcionam em um bairro distante do centro da cidade e das UBS, em um mesmo prédio.

Em 2003, a equipe profissional do ambulatório de Saúde Mental e do PAI/CAPS é formada pelo gerente (psicólogo), 2 psiquiatras, 1 médico clínico, 1 assistente social, 1 TO, 1 enfermeira, 1 farmacêutica, 4 psicólogos, 3 aprimorandos (psicólogos com cargas horárias de 8 hs e 20 hs semanais). Esse serviço também conta com 19 estagiários de psicologia (4 horas semanais), que coordenam as oficinas terapêuticas. A equipe de apoio é constituída- 3 auxiliares de enfermagem, 2 agentes administrativos, 1 técnico administrativo.

Concluindo, pode-se afirmar que o município B, uma cidade de médio porte inicia, na década de 1980, a implantação da proposta de Saúde Mental baseada nos princípios da desospitalização, no trabalho de equipe multiprofissional, bem como nos fundamentos de universalidade do atendimento, da descentralização das decisões, da regionalização da assistência, da integração e hierarquização dos serviços de atenção primária, secundária e terciária, a exemplo do que ocorre em muitos municípios do Estado de São Paulo.

4.3.2- Consolidação do SUS e as ressonâncias da Reforma Psiquiátrica

A análise das práticas discursivas, com objetivo de conhecer as ressonâncias da reforma psiquiátrica no município B, também foram destacadas de textos, documentos produzidos pelas equipes do serviço de Saúde Mental e da Secretaria Municipal de Saúde e das entrevistas realizadas com atores sociais dos segmentos de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde e de Saúde mental.

Os documentos disponíveis foram os Planos de Saúde do Município das gestões (1998; 2001), os Relatórios das Conferências Municipais (1995; 1997; 1999; 2001), Projetos do Centro Integrado de Atenção Psicossocial (1997; 2002) , a Agenda Municipal

⁸⁸ O CAPS foi cadastrado no MS apenas em 2003. Até essa data funcionava no ambulatório o Programa de Atenção Intensiva (PAI). Assim, na análise do município B poderão ser encontradas ambas as denominações referindo-se ao um mesmo serviço. Também é necessário destacar que no local funcionam, além dos serviços de Saúde Mental (ambulatório e PAI/CAPS), um outro serviço de saúde. Esse equipamento é denominado CIAPS .

de Saúde (2001). Os textos foram produzidos pelos monitores das oficinas e apresentados: Relatos da Construção da Atenção Psicossocial em Assis: A Oficina de Sexualidade Produzindo Sentidos e Singularidades (2002), Acendendo sonhos: na produção de velas, a potencialidade dos sujeitos (2002); Corpo em Movimento (2002). Houve também consulta aos arquivos de dois jornais diários do município (2001;2003).

As entrevistas foram realizadas com o secretário municipal de saúde, articulador de Saúde Mental da DIR-VIII, os coordenadores de Saúde Mental do município e do serviço (G1,G2, G3 e G4), um membro da equipe de apoio, um assistente social, um terapeuta ocupacional e um psiquiatra (T1, T2, T3, T4), um usuário com assiduidade nas atividades do programa; um familiar; e representante dos usuários do CMS (U1, U2 e U3), respectivamente.

4.3.2.1- Campo teórico-conceitual

◆ **Concepção de doença/saúde mental**

Nos documentos, evidencia-se maior preocupação em definir a organização dos serviços e ações de saúde Mental no sistema de saúde municipal do que explicitar as concepções de saúde/doença mental. No entanto, a Secretaria Municipal parece se comprometer com a conceituação de saúde como processo, ao conceber o sistema de saúde como uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada que requer a definição de uma base territorial para identificar os problemas de saúde de uma dada população. Na Agenda Municipal de Saúde, a SMS assume:

[...] responsabilidades por uma área geográfica definida e sua população, desenvolve ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos e da família [...] de forma integral e contínua. [...] entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, que possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e o levantamento de seus problemas de saúde mais expressivos, buscando-se soluções, seja na rede de serviços de saúde, seja na sociedade em geral. Trata-se de um atendimento humanizado, resolutivo e de qualidade (PMA/SMS, 2001, p.12).

O Relatório Final da Comissão de Saúde Mental do CMS (1996/97), que analisa a assistência em Saúde Mental no município, propõe-se uma política de Saúde Mental, destacando dois pontos conceituais básicos: atenção integral do indivíduo e o respeito à sua cidadania. Nesse sentido ressalta a orientação da II CNSM, sobre a necessidade de se romper com a concepção do sujeito dualista, produtora de dissociações como mente/corpo, trabalho/prazer (CMS,1997). O referido relatório ainda ressalta em sua conclusão que, quanto à atenção em Saúde Mental aos adolescentes:

Os dados existentes demonstram a emergência de sintomas que revelam o aprofundamento da crise social com diversas seqüelas – desemprego, deterioração das condições de vida – afetando o estado de saúde mental dos jovens e atirando-os na indigência e na marginalidade. Sendo essa fase da vida tão importante para a formação da identidade e da personalidade [...] (PMA/CMS, 1997, p. 9).

Ao relacionarem os sintomas psíquicos ao aprofundamento da crise social, aponta-se a importância das ações preventivas na área da Saúde Mental, em especial, para as crianças e adolescentes. Nesse contexto, há um deslocamento do objeto original da psiquiatria (a doença) para um outro, a saúde, como aparece no município A.

No município B, a prevenção da doença mental e a promoção da Saúde Mental da população são vistas como um processo vinculado às condições de vida da população de um dado território de abrangência. Essa visão norteia as discussões acerca dos problemas relacionados ao baixo rendimento e ao alto índice de evasão escolar, desajuste social e uso de drogas.

Observa-se que os conceitos e práticas acerca da prevenção em saúde são transpostos para a Saúde Mental, como é proposto pela psiquiatria preventivo-comunitária, sem a preocupação de distinguir suas especificidades. As ações ampliam-se e deixam de ser exclusividade do médico. Elas passam a ser executadas por uma equipe multiprofissional. Também há uma expansão do espaço de execução das ações, sendo a comunidade o novo *locus* de tratamento e intervenção.

Nesse contexto, a Saúde Mental estaria vinculada ao bem estar da população. Tal conceito subtende a noção de sujeito como unidade bio-psico-social, em que o indivíduo deixa de ser essencialmente biológico. É importante destacar que a psiquiatria

prevenção-comunitária compartilha da crítica à visão mecanicista e organicista da doença mental, orientadora da psiquiatria moderna desde o final do século XIX, e busca ampliar a noção de saúde/doença mental em teorias e disciplinas das ciências humanas e sociais.

Para COSTA (1989), o conceito do sujeito como uma unidade bio-psico-social, em que interação entre si os vários níveis, não se configura uma síntese, mas sim uma justaposição. A noção de unidade é aparente, pois esconde uma multiplicidade de noções. Portanto, pensar o indivíduo como unidade bio-psico-social é uma justaposição de diversos conceitos, sem elaboração aprofundada que contribua para a compreensão do psiquismo humano.

De fato, observa-se nas práticas discursivas encontradas no município a utilização de termos sem estar explicitada qualquer fundamentação teórica, como, por exemplo: “prevenção da doença mental”; “promoção da Saúde Mental”, “proteção e recuperação da vida”; “atenção integral da saúde”; “respeito à cidadania”; “deterioração das condições de vida”; “intervenções educativas, assistenciais e de reabilitação”; “educação continuada para AIDS”; “grupos de diabético e de hipertensão arterial”, “orientação sobre alcoolismo, drogas e prostituição”; “educação sexual”.

Essa visão de saúde/doença como um processo social e histórico, no entanto, não aparece nos documentos, ao abordarem a atenção em Saúde Mental dos adultos. A análise desse tópico apenas contempla as incidências do sofrimento psíquico prevalentes na população adulta, a partir dos quadros psicopatológicos já consagrados pela psiquiatria como psicose, neurose, alcoolismo e drogadição.

As entrevistas realizadas com os atores sociais do município B também destacam a concepção organicista de doença mental.

[...] Eu a concebo como sendo duas coisas: uma doença mental orgânica, incluindo a produzida por substâncias psicoativas e um subgrupo das esquizofrenias, que engloba a esquizofrenia paranóide. É muito claro que tem uma etiologia decorrente das arquiteturas cerebrais porque nós temos algumas evidências clássicas [...] (T4).

A concepção acima explicitada aponta para uma outra idéia. Ela não parece como doença do sistema nervoso, mas sim como doença cerebral. A doença mental, a partir de observações clínicas, notadamente dos sinais, sintomas, comportamentos e

manifestações fisiológicas evidenciadas pelos indivíduos, tem uma etiologia centrada nas “arquiteturas cerebrais”. Essas alterações por sua vez poderiam estar relacionadas à atuação de algum vírus.

[...] A esquizofrenia paranóide ocorre em 1% da população do mundo inteiro sempre associada a algumas alterações do cromossomo 6 e a algumas alterações de arquitetura cerebral pois há uma simetria dos hemisférios que não existe nos esquizofrênicos. Parece haver uma dificuldade devido a um hemisfério sobressair ao outro. Conseqüentemente isso nos dá indícios bastante claros de que esse deve ser um vírus de ação lenta. [...] (T4).

[...] Segundo o médico o problema dele é esquizofrenia [...] Eu perguntei a ele se isso era perigoso e ele falou que sim e que é preciso tratar a vida inteira, então durante a vida inteira ele terá que tomar remédio [...] (U2).

[...] Alguns pacientes, principalmente os psicóticos graves e demenciados, a gente tem dificuldade de oferecer uma vida digna a eles. Porque nem sempre, há condições orgânicas e mentais que permitam isso.[...] (T4).

As concepções acerca do sofrimento psíquico, identificadas nas entrevistas dos atores sociais (gestores, trabalhadores e usuários) do município B, embora mantenham semelhanças com aquelas encontradas nas entrevistas dos atores sociais do município A, apresentam diferenças significativas. Em ambos prevalece a concepção da doença mental como perturbação, desordem ou transtorno mental, associados com desequilíbrio, agressividade, imprevisibilidade e estranhamento .

Eu achava que loucura era agressividade. A pessoa perdia o controle, podendo me enforcar na sala, me dar uma facada ou quebrar um vaso na cabeça. Eu morava em Lins e lá na minha vila tinha o Bezerra de Menezes, que era um caos. Então, quando eu era criança, a gente passava em frete e via aqueles loucos, [...] A loucura e o louco para mim eram uma coisa terrível, mas eu nunca tive contato com ela quando era pequena.[...] (T2).

[...] Ela voltou da internação e teve um surto horrível, então eles sedaram [...] E por que é que ela teve um surto? Ela foi para casa e a

... madrastra não gostou disso pois não gostava dela. Então o pai a devolveu para instituição e aí ela surtou, ou seja teve uma atitude violenta. [...] (G2).

Não fica muito claro [...] E é pré-histórico até, ultrapassar aquilo que você não consegue compreender e até ter medo, pois a loucura é uma coisa que você não consegue. [...] E aí depois você não sabe qual vai ser a reação da pessoa que está com este problema. [...] A gente tem a tendência de não conseguir conviver com ela e acreditar que isso é um problema primeiro da família [...] (U3).

Nesse sentido, os sintomas mentais supõem a existência de desvios, sinais de doença do comportamento, Como tais são considerados sinais de doença cerebral, do sistema nervoso ou de distúrbio de personalidade do indivíduo, de acordo com o modelo médico tradicional. Porém, no município B, as visões encontradas nas práticas discursivas são mais elaboradas e explicitadas.

Se, por um lado, a doença mental, em especial, no subgrupo de esquizofrenia, aparece associada ao modelo biomédico, sendo que suas causas podem ser identificadas detalhadas e compreendidas de modo a permitir uma terapêutica adequada, de outro, observa-se que essa forte adesão à concepção organicista não é extensiva a qualquer surto psicótico.

[...] Fora isso nós temos as síndromes que é um conjunto de sintomas. Mas é importante porque geralmente englobava-se, no conceito de esquizofrenia, todo e qualquer surto psicótico. A grande maioria deles é de psicose reativa e vai-se perder tempo dando remédio...Por isso, a noção de síndrome engloba esse conjunto de sintomas (T4)

As síndromes, não se constituindo doenças, comportariam uma visão multicausal, o que restringiria a eficiência do modelo biológico.

[...] Eu acho que ela é uma doença social, cultural e não é só física e emocional. É por isso que eu digo que a abordagem é ampla, multidisciplinar, multiprofissional e multifatorial (G3).

A percepção do sofrimento psíquico como multideterminado parece não romper com o modelo hegemônico da psiquiatria moderna. Possibilitaria novos rótulos, novas roupagens para velhos males, mas todos continuam tratando os sintomas e não a pessoa que

sofre. Essa visão divide o sofrimento psíquico em pelos menos dois grandes grupos: um de doenças orgânicas, em que se situariam as esquizofrenias, e um outro de estados mórbidos diversos, considerados distúrbios ou síndromes.

O tipo do desequilíbrio mental de uma pessoa e o grau de sua intensidade supõe a existência de pelo menos duas categorias de usuários de Saúde Mental. Uma, constituída de indivíduos comuns com sintomas de ansiedade, considerados neuróticos, doentes leves, ou portadores de transtornos psíquicos. Outra categoria seria de usuários mais graves, comprometidos, considerados doentes crônicos, como é o caso dos esquizofrênicos.

A gente não entende muito o quê é isso. Dentro da minha pouca experiência acho que o psicólogo vai atender uma pessoa que precisa de uma ajuda consciente. E no caso da loucura mesmo é para o psiquiatra. [...] (U3).

As síndromes ou distúrbios têm múltiplas determinações, estando em consonância com o modelo da multicausalidade proposto pela psiquiatria preventivo-comunitária, inclusive adotado pela OMS na década de 1980, a partir do Congresso Internacional de Saúde. No entanto, a compreensão do sofrimento mental, a partir de uma gama de fatores (econômicos, políticos, sociais, culturais, biológicos, entre outros) não basta para romper com o modelo hegemônico da psiquiatria moderna. Enfim, pode-se ter novos rótulos, novas roupagens para velhos males, mas todos continuam tratando os sintomas e não a pessoa.

O modelo da multicausalidade permite abordar os fatores envolvidos da doença de forma isolada e sem perceber a interação entre eles, considerar as interações existentes entre os diversos fatores determinantes, mas intervir apenas naquele avaliado mais frágil. Em ambas abordagens, a doença/saúde aparece vinculada à noção de desequilíbrio/equilíbrio identificados na dimensão individual da pessoa. Portanto, observa-se a redução ou a biologização dos demais fatores determinantes (GUTIERREZ e OBERDIEK, 2001).

Os transtornos psíquicos mais graves são considerados doenças mentais. São concebidos em analogia com as demais doenças orgânicas, isto é, como uma entidade natural que se manifesta por sintomas e sinais. A observação clínica permite identificar

todas as manifestações da subjetividade como possíveis sintomas, bem como nomeá-las e classificá-las segundo os quadros psicopatológicos advindos da psiquiatria moderna, da psiquiatria biológica, da neurociência e de outras modalidades explicativas encontradas no DSM-IV e CID-10⁸⁹.

A importância do diagnóstico dá formatação ao contato entre o profissional e o usuário. Sua queixa é considerada apenas na perspectiva da operação diagnóstica e na definição da medicação necessária para regularizar o equilíbrio mental do doente. Nessa situação, o olhar e a observação dos sintomas são recursos fundamentais para se adotar a melhor conduta na assistência individual do paciente, a partir da melhor informação disponível e na evidência mais atualizada. A escuta dos sintomas do usuário, considerados componentes de sua história existencial não é valorizada como recurso indispensável para a definição das terapêuticas necessárias para a pessoa que busca o serviço de Saúde Mental. Os sintomas não são abordados em sua positividade, ficando reduzidos à sua negatividade absoluta (BIRMAN, 2001).

A concepção organicista de doença mental, mesmo quando associada à diversos fatores, remete a uma outra questão: a cura. Nessa perspectiva é possível encontrar em algumas entrevistas a idéia do sofrimento psíquico orientada pela idéia da doença-cura. O sofrimento mental, como uma doença orgânica, seria tratado a partir de seus sintomas por intermédio da clínica da observação e medicamentosa de modo a permitir a retomada do estado anterior à crise ou a conquista de melhores condições de vida, apesar das limitações.

[...] Eu fazia comparação com quem tem uma diabete. O diabético é uma pessoa que tem uma limitação específica. Ele precisa se cuidar a vida toda e estar atento a algumas questões [...] Ele terá limites diferentes das pessoas que não são diabéticas, mas é alguém capaz, desde que respeite e invista naquilo que precisa [...] Eu fazia esse paralelo com o diabético, porque eu acho que o usuário da SM precisa ter respaldos de alguns lugares, seja da medicação ou da terapia. Há uma necessidade de que ele possa aprender a conquistar um espaço. [...] Não é uma questão só de doença, por que se fosse só isso o tratamento bastava, mas não é só isso, pois existem aspectos de limitações de ordem orgânica e emocionais [...] (G3).

⁸⁹ Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças - CID-10

O reconhecimento das sobre-determinações do sofrimento psíquico, mesmo quando a concepção organicista é predominante, permite, pelo menos em parte, entrar em contato com a pessoa que sofre em sua existência-sofrimento. Além disso, pode-se observar que essa abertura permite identificar outras percepções do sofrimento psíquico. Estas apontam uma tentativa de se romper com a existência dos dois grupos: de doenças e de síndromes, na medida em que coloca a indissociabilidade entre as várias modalidades de sofrimento psíquico, entre as neuroses e as psicoses.

[...] Por mais que eu estudasse, que eu soubesse que Bion fantásticamente, coloca que não existe o psicótico e o neurótico, porque dentro de cada um de nós existe a parte psicótica e a parte neurótica e uma não existe sem a outra. [...] Na hora de atender as pessoas no consultório a gente nunca fala que esse é psicótico e aquele é neurótico. A gente procura entendê-los em termos de estrutura maior. [...] (G4).

De maneira geral, as concepções destacadas nas entrevistas reconhecem que a loucura, a doença mental ou o sofrimento psíquico produzem limitações na vida do usuário. Estas limitações são percebidas como contornáveis.

[...] Isso é uma realidade. A gente tem dificuldade de oferecer uma vida digna para alguns pacientes, principalmente os psicóticos graves e demenciados. [...] Mas, a imensa maioria dos pacientes experimenta um a melhora importante. (T4)

[...] Às vezes ele fala de namorar [...] Também tem vontade de ser pastor e eu falo pra ele “[...] para que voce seja pastor é necessário ter algum trabalho!” Mas na mente dele, ele acredita ter essa capacidade.[...] (U2).

De tudo que ele traz de limitação. Porque, normalmente devido à toda a história e ao lugar que ele ocupa, tanto no social como no familiar, o usuário é alguém que foi se limitando. [...] Eu acredito seja necessário ouvi-lo a partir disso e ajudá-lo a ampliar suas possibilidades. [...] (G3).

Mesmo sofrendo vários tipos de limitações, o usuário dos serviços de Saúde Mental do município B é visto como uma pessoa diferenciada. Como tal ela produz divergências, desvios, mas também novos caminhos.

O usuário tem um padrão de funcionamento diferenciado [...] uma limitação num aspecto e uma melhoria num outro. [...] Quando ele é respeitado e cuidado naquilo que ele precisa, ele vai conseguir de alguma forma, ter um funcionamento específico e particular. [...] Nós temos experiências com alguns usuários, que têm umas sacadas que você fica espantada [...] Então, eu acho que eles são pessoas que, em determinadas situações têm habilidades fantásticas em outras áreas. [...] (G3).

Essa possibilidade de conviver de fato com os usuários em sua existência sofrimento e não apenas com sua doença ou sintomas permite reconhecer algumas características que não retiram os usuários da condição de sujeito. Tais características aparecem centradas no reconhecimento de suas necessidades afetivas, de proteção e de ideais, mesmo quando estão despotencializados ou até mesmo são desconhecidos.

Eu acho que foi no o dia-a-dia. Eu comecei a ter muito contato com eles, indo nas casas deles, tendo contato com suas famílias e conversando muito com eles. [...] Não foi uma coisa que aconteceu logo de início. Eu fui aprendendo, fui observando [...] cada um dos pacientes que começava o tratamento aqui. Hoje, eu os conheço de longe! Quando eu chego com o carro e ele está ali, eu falo: “aquele paciente não está bem hoje” Hoje eu não tenho mais medo, porque mudou a minha cabeça (T2).

Eu acho que isso é algo que afeta a pessoa em determinado momento. A pessoa apresenta alguma dificuldade de conseguir se encontrar e pensar nos seus ideais. Eu acho que ela perde os ideais de vida. No início ela não perde tanta coisa, mas depois ela acaba perdendo mais coisas. Eu acho que a sociedade acaba olhando mais para aquilo que ela não tem.. (T3)

As práticas discursivas encontradas no município B, parecem indicar algumas aberturas para a compreensão do sofrimento psíquico como fenômeno histórico-social e peculiar, ao colocar a doença mental entre parênteses e destacar a necessidade de se entrar em contato com a existência-sofrimento do sujeito.

◆ **Objetivos e meios de tratamento**

No município B, os documentos investigados apontam que os objetivos do tratamento são: promover e recuperar a saúde da pessoa com sofrimento psíquico, principalmente aquelas com graves dificuldades de relacionamentos e convivência social (PMA, 1997); humanizar a assistência em Saúde Mental, com base em ações psicossociais, por intermédio de um sistema de atenção diária, e no território, reduzindo a internação psiquiátrica (PMA, 2001).

Os depoimentos dos gestores e de trabalhadores indicam como objetivo a diminuição da internação, sob a justificativa de oferecer melhor atendimento para o usuário, tal como foi constatado no outro município e também para diminuir os gastos com as internações.

Tentava-se evitar o sofrimento da internação, porque a gente sentia que eles não os valorizavam com seres humanos. Eles eram enxotados de casa porque davam trabalho. Então, quando eles andavam pela rua, eles se sentiam realmente excluídos pela sociedade. [...] Quer dizer, eles vinham aqui, eram internados e depois voltavam. (T2).

Na nossa região, a maior causa das internações ainda é psiquiatria. Pelo menos era assim até dois anos atrás; e [...] (G1).

A preocupação com a diminuição dos gastos com a internação psiquiátrica é fundamental para a reforma psiquiátrica, mas ela precisa estar orientada para a melhor utilização dos recursos financeiros na Saúde Mental e desvinculada da idéia de economia na destinação de tais recursos.

A construção de serviços substitutivos tem possibilitado captação de recursos financeiros, extra-teto⁹⁰, sem destinação pré-estabelecida (verba carimbada), mas a mudança do modelo assistencial na Saúde Mental exige também investimentos do gestor municipal, tanto em termos monetários (infra-estrutura, recursos humanos e materiais), como teórico-técnicos, sociais, políticos e jurídicos.

O CAPS, um dispositivo importante para uma rede substitutiva em Saúde Mental, está sendo valorizado pelos municípios. Nesse sentido, foi grande o empenho dos gestores da DIR-VIII em divulgar a Portaria 336 para os gestores municipais, assim como

⁹⁰ Recurso financeiro não contabilizado na verba de cobertura total do município estabelecido nas Comissões Bipartite e Tripartite e repassado diretamente do MS para o Fundo Municipal de Saúde.

estimular a criação desse serviço em diversas cidades da região. Muitos gestores ficaram interessados, mas tal interesse não estava relacionado apenas com a melhoria da atenção em Saúde Mental, mas também com a possibilidade de recursos financeiros.

Tem alguns municípios querendo muito. Municípios, como o B, que o CAPS já estava funcionando, queriam apenas regularizar a situação para poder receber. Mas outros estão querendo muito e tem até o envolvimento para pedir. Alguns estão querendo isso pra melhorar o serviço e outros, estão querendo para ter a possibilidade de receber o dinheiro (G2).

Outro objetivo desse serviço de Saúde Mental é a construção de espaço de acolhimento e continência, para que os usuários possam receber escuta diferenciada e ampliada, ativadora de suas potencialidades

Mas a [medicação] sozinha não dá conta se você não tiver um acolhimento, uma escuta diferenciada e se essa pessoa não for ajudada para que ela possa descobrir a potencialidade que ela tem. [...] (G3).

Sobre o tratamento do paciente? [...] Aqui é um lugar que eles podem estar trazendo seus problemas e tentar ter um vínculo. (T1)

[...] Eu entendo que continência adequada seja voce poder ter tempo, uma equipe suficiente, um serviço com qualidade, que pudesse dar conta daquilo que está gritante ali em termos da doença, mas que ajudasse esse usuário a fazer um resgate da vida dele.[...] (G3)

Quando essa possibilidade se concretiza por intermédio de ações terapêuticas voltadas para o cotidiano dos usuários, no serviço e no seu território, é possível observar transformações, mesmo que pequenas, em vários aspectos. A reinserção social facilitaria a convivência familiar, e cidadania a partir do restabelecimento de certa autonomia ao usuário. Esse processo deve, contemplar uma abordagem compreensiva e interativa do indivíduo, por intermédio de ações recreativas, educativas, vocacionais, sociais.

[...] o papel é você tentar descobrir o que a pessoa quer. O que ela pretende para vida dela e quais são os objetivos que ela tem. [...] E tentar ajudá-la encontrar um caminho através de uma atividade [...] Há, por exemplo, pessoas aqui que não conseguem se reintegrar dentro da casa novamente, porque têm que ficar o dia todo dentro de

casa e não conseguem sequer ligar um fogão para poder esquentar a comida (T3).

[...] Hoje mesmo eu estava comentando sobre um paciente e alguém falou: “o paciente quando chegou aqui você perguntava as coisas ele nunca respondia”, [...]. Então, ontem perguntaram por perguntar alguma coisa para ele, achando que ele não fosse responder, mas ele respondeu tudo belezinha e tal! Aí essa pessoa falou: “está vendo, acho que ele está melhorando a vida dele” (T1).

A implementação desse tipo de serviço encontra dificuldades. Diante delas muitas vezes as pessoas envolvidas, usuário, familiares, profissionais, voltam-se para as melhoras sintomatológicas imediatas.

Na maior parte das vezes a gente fica fazendo ações curativas, para dar conta da loucura, para fazer com ele fique menos agitado e melhorar. Como se ele não precisasse trabalhar, não precisasse passear, não precisasse namorar [...] (G3)

Em síntese, a reabilitação social busca superar a conceituação de doença mental centrada no paradigma médico-psiquiátrico, mas sua proposta não consegue romper com a concepção de doença como problema, desvio e anormalidade, cuja cura é vista como solução, adequação e retomada da normalidade. Nessa perspectiva a remissão dos sintomas do usuário é um outro objetivo almejado pelos gestores e trabalhadores do município B.

Além disso, pode-se observar que, diferentemente do município A, nas entrevistas de alguns gestores da cidade de médio porte, é ressaltado o objetivo da prevenção da doença mental, junto aos programas desenvolvidos nas UBS.

[...] Então, a idéia é de que os psicólogos dos postos deveriam investir em prevenção, em orientação e até em psicoterapia. Poder participar em todos grupos multiprofissionais dali. Porque todos os postos têm grupos de hipertensos, de diabéticos, de gestantes. [...] A gente poderia prevenir muitos problemas que acabam futuramente estourando [...] Poder-se-ia pensar em ações nas escolas ou em instituições que estão ao redor ou no próprio PSF (G3).

[...] Você pode tentar fazer a prevenção lá no bairro: trabalhar com o aluno na escola, com a mãe e com a gestante. Isso é o que eu considero como saúde mental preventiva. Mas, ao mesmo tempo, você

tem algumas já tem doenças instaladas ou alguns agravos da saúde mental que precisam ter um fluxo [de atendimento] para esses pacientes. Esse fluxo é que precisa ser muito bem determinado para saber quando é que ele [paciente] deve passar para uma outra instância. [...] (G1).

Diminuir, evitar a internação, buscar a remissão dos sintomas, fazer reinserção social e prevenção em Saúde Mental aparecem como objetivos preponderantes nas práticas discursivas dos atores sociais entrevistados do município B.

Os meios propostos para alcançar tais objetivos, verificados nos vários documentos, estão centrados em ações multiprofissionais, desenvolvidas em uma rede territorial extra-hospitalar, articuladas com os setores público, filantrópico ou privado. Esses meios seriam:

- estimular a participação dos usuários em atividades produtivas, seja em oficinas abrigadas, seja criando convênios ou outras formas de participação em empresas públicas, privadas ou filantrópicas;
- estimular formas alternativas e cooperadas de moradia aos usuários que necessitam;
- estimular e promover eventos culturais e/ou recreativos próprios ou em articulação com outras organizações sociais, que proporcionem intercâmbios entre usuários, famílias e comunidade [...] (PMA, 1997, p. 8).
- implementar, reorganizar e capacitar a rede de equipamentos extra-hospitalares de Saúde Mental;
- implementar a atenção, acompanhamento e encaminhamento ao núcleo especializado dos portadores de doenças mentais, no PSF [...] (PMA, 2001, p. 20).

Observa-se que tais objetivos, de certa maneira, estão em consonância com a concepção do sofrimento psíquico como fenômeno histórico-social e peculiar. É possível também apreender que o município tem acesso, conhece as diretrizes da política nacional de Saúde Mental e as propostas da Reforma Psiquiátrica, bem como se compromete com elas em seus projetos, planos e agendas.

Também aparecem destacadas nesses documentos as ações tradicionalmente desenvolvidas em ambulatório, tais como pronto atendimento (triagem), avaliação psicológica, acompanhamento psicoterápico (individual e grupal), avaliação psiquiátrica (primeira consulta), acompanhamento psiquiátrico (consultas agendas e intercorrências) (PMA, 2002).

Nas práticas discursivas assinaladas nos depoimentos dos atores sociais do município de médio porte tais objetivos são viabilizados por intermédio da equipe multiprofissional e de diversas ações, embora a medicação seja considerada o pilar do tratamento, assim como no município A.

[...]Ele tem que tomar remédio durante a vida inteira. E tomar remédio faz muito bem a ele. E ele está comportado, mas a doutora achou que ele está meio confuso ao conversar. Até andou trocando o medicamento, dele (U2).

A utilização da medicação em grande escala reafirmaria a idéia de que o objetivo central do tratamento é a supressão dos sintomas do usuário e o restabelecimento de um suposto equilíbrio mental.

[...] Tudo que gente tem de tratamento para psiquiatria na parte farmacológica é tratamento de sintomas. Não se trata nenhuma doença. [...] Isso é uma coisa que tem que ficar bem claro para o profissional, porque se ele não pensar assim ele vai incorrer em erros graves, até de conduta terapêutica (T4).

O médico ao diagnosticar e tratar os sintomas do usuário como uma doença, corre o risco de considerá-la crônica o que exigiria um tratamento medicamentoso durante toda a vida. Para a psiquiatria atual, baseada em evidências clínicas, essa conduta não é adequada.

Se você tem uma idéia de que vai estar tratando sintomas, e não uma doença crônica. O que modifica? Primeiro, diante de um surto psicótico, não vai ser usado antipsicótico para a vida inteira. Ele vai usar somente um tempo e depois ele vai parar. [...] (T4).

A importância da medicação aparece nas entrevistas de maneira tênue, notadamente no município B, no entanto, pode-se observar que a medicação é muito utilizada nos serviços de Saúde Mental da região. A pouca referência a valorização da

medicação nas práticas discursivas estaria subsumida no destaque que o médico ocupa no tratamento.

A DIR percebeu isso, tem se preocupado e tentado conversar. É o que tem ocorrido em diversas reuniões, nas quais refletimos se há medicalização, [...] Parece que nós somos a segunda DIR do Estado com maior consumo de medicamento de Saúde Mental de alto custo. Só perdemos para a grande São Paulo (G2).

Um aspecto pouco abordado nas entrevistas é a existência ou não de indicadores que possam verificar se os usuários de fato tomam a medicação prescrita e seguem as orientações acerca das doses e de sua frequência. A indicação do uso continuado de medicação nem sempre é seguida à risca, mesmo quando se recebe a medicação no ato da consulta.

[...] A primeira coisa que eu levo em consideração se uma pessoa não melhorou quando eu achava que ela melhoraria com a medicação, eu pergunto sobre os efeitos colaterais do medicamento, porque a primeira coisa que a gente imagina é que eles não tomam o remédio corretamente. Tanto é que o paciente quando está em surto psicótico, eu o interno na enfermaria e mantenho a mesma medicação e em 80% dos casos eles melhoram. (T4)

É grande utilização da medicação nos serviços públicos de Saúde Mental⁹¹. Essa prescrição generalizada não deve ser imputada apenas ao profissional do serviço público, posto que a questão da medicalização da população tem determinantes mais amplos e a pressão da indústria farmacêutica sobre o médico e sobre toda a sociedade é muito forte. A maciça propaganda acaba por incutir na maioria das pessoas a idéia de que tratar é sinônimo de medicar e, portanto, o bom médico é aquele medica. Por isso, a demanda por medicamentos não pode ser entendida como natural e espontânea, e muito menos como sinônimo de eficácia.

Associada à medicação, a psicoterapia é um outro recurso terapêutico considerado importante nas práticas discursivas. Os objetivos seriam:

Desenvolver o potencial criativo; facilitar o desenvolvimento da autonomia; incentivar a descoberta de suas potencialidades ressaltadas

⁹¹ É importante reafirmar que a descoberta dos psicofármacos, entre eles os neurolépticos, foi de fundamental importância para o tratamento dos distúrbios psíquicos. Porém, é problemático e muito preocupante quando se utiliza indiscriminada e maciçamente a prescrição de psicofármacos à clientela dos serviços de Saúde Mental.

a partir das diferenças; valorizar as vivências do cotidiano, produzindo novos sentidos para este, através das atividades realizadas; estimular a troca de experiências; aprimorar a coordenação motora; trabalhar noções de lateralidade, noções espaciais, concentração e atenção, raciocínio e memória, seqüência lógica; estimular o uso da imaginação e criatividade; proporcionar a elevação da auto-estima; estimular a comunicação; colocar conceitos de disciplina e responsabilidade; desenvolver interesse pelo trabalho; promover o exercício de sua singularidade assim como de sua cidadania (PMA, 2002, p. 55-6).

A psicoterapia aparece validada notadamente nos depoimentos dos trabalhadores:

[...] A imensa maioria dos pacientes do ambulatório experimenta uma melhora importante com a associação de psicofarmacoterapia e psicoterapia breve. Isso é uma realidade. [...] (T4)

Eu acho que é o acolhimento, a psicoterapia, É você colocar a pessoa numa sala e conversar um tempinho com ela. Porque, às vezes, ela chega angustiada, triste, mal e meio delirante e quando você a coloca na sala e você conversa, você fala, você ouve, olha nos olhos dele, voce a coloca para cima e ele sai bem melhor. Muito melhor! [...] (T2).

Contudo, essa forma de tratamento também é criticada:

Uma das discussões que a gente tem investido mais com o pessoal, os psicólogos das UBSs é para que eles também quebrem com esse modelo psicoterápico, quadradinho e bonitinho.. A demanda também está crescendo [...] (G3)

A maior parte dos psicóticos eles hoje...[...] não vale a pena usar o que a gente tem de estrutura de psicoterapia, porque são pessoas que estão, do ponto de vista de seus conflitos emocionais, e de sua situação afetiva, razoavelmente bem. Eles têm uma doença que está sendo tratada, mas também está equilibrada, normalmente com baixa dose de medicação. Eles poderiam ser beneficiados pelas oficinas. [...] Lá nós não temos oficinas reais, temos alguns grupos operativos [...] (T4).

Além das limitações apontadas, ressalta-se que a eficácia do tratamento depende de um encaminhamento adequado, com o qual se possa construir a implicação subjetiva do usuário necessária para ocorrer o processo terapêutico.

Até porque também não existe um estímulo para que se faça terapia. Quando médicos dizem aos usuários que eles precisam fazer terapia, o usuário diz assim “eu não”, Então, os médicos dizem: “você quem sabe”. [...] É preciso ter tempo para explicar para o usuário porque que eu acho que ele precisa de terapia e para que serve. Dá trabalho. [...] É um investimento na relação com o usuário. [...] (G4).

Outro objetivo do tratamento é destacado: a reinserção social. Associada à medicação, à psicoterapia também aparece a importância da terapia ocupacional.

Psicoterapia e terapia ocupacional. (T4, sobre outros recursos terapêuticos)

Lá nos não temos oficinas reais. Temos alguns grupos operativos, mas não temos oficinas. Uma oficina que fosse profissionalizante. [...] Uma coisa que possibilitasse o usuário ter algum ofício (T4).

Finalmente, no município B, a internação aparece como meio recomendado. Se, por um lado os atores sociais apontam a não internação como um dos objetivos do serviço, por outro, pode-se verificar que a internação continua sendo ainda valorizada, principalmente pela equipe:

[...] Por incrível que pareça tem profissionais da equipe que prioriza a internação ainda. Mesmo os psicólogos priorizam a internação [...] (G2).

A internação é justificada especialmente nas situações em que o usuário é avaliado como descontrolado, com atitudes anti-sociais ou com comportamento agressivo contra o meio e contra si mesmo. Nessas situações, tem sido comum a família, às vezes orientada por alguém do próprio serviço, acionar o Poder Judiciário para garantir uma internação prolongada. As autoridades da justiça continuam orientadas pelos preceitos da incapacidade, inimizabilidade e periculosidade, presentes na legislação brasileira.

A percepção da internação como recurso terapêutico necessário aparece relacionada ao desconhecimento de outras formas de tratamento.

Ainda acham que a internação é a solução, porque faltam outros caminhos, falta conhecer outros caminhos. (G2)

Elas não sabem fazer de outro jeito. Acho que a angústia pega. Algumas pessoas lidam com mais tranquilidade com as situações de agressividade de pacientes em surto.[...] Elas não se angustiam, elas vão pensando e vão ficando. Já outras sim. Não que elas acreditam que a internação seja o melhor caminho, mas elas sentem falta de recurso mesmo para lidar com isso (G3).

A internação também seria também utilizada devido às próprias concepções teórico-conceituais de quem solicita ou interna o usuário.

Eu acho que existem alguns trabalhadores, nos quais voce vê que nitidamente eles têm um perfil manicomial e na hora em que eles não dão conta de atender o usuário, eles os encaminham para internação. Talvez se essas pessoas fossem capacitadas e recebessem um grande investimento, isso venha mudar, ou não. [...] Mas é comum acontecer divergências entre a equipe [...] (G3).

A internação de curta duração em hospital geral tem sido prioridade da equipe do serviço de Saúde Mental. No Hospital Regional do município existe enfermaria psiquiátrica com leito para internações de curta permanência (uma das referências de internação para a região da DIR-VIII). No entanto, o funcionamento dessa enfermaria e sua articulação com os demais serviços de Saúde Mental da região são cercadas de controvérsias, informações desencontradas e constantes reclamações. É difícil entender, por exemplo, os critérios utilizados pelo HR para disponibilizar as vagas para os serviços.

CIAPS/CAPS ainda não dispõe de uma retaguarda suficiente para poder assumir uma postura melhor. Uma conduta mais ética, de não hospitalização, principalmente com pacientes psicóticos. [...]. A gente está fazendo no HR um esforço para tentar aumentar a enfermaria, e vamos conseguir isso, com a possibilidade de fazer leito-noite ou internações que variam entre 48 a 72 horas, para conter surto psicótico e evitar que esse paciente seja hospitalizado direto em um HP.[...] (T4).

Mas, se, para os serviços de Saúde Mental do município B, a internação é considerada um recurso terapêutico, para os usuários essa visão não se confirma. É possível que a internação seja percebida como medida disciplinar, uma tentativa de fazê-lo obedecer às orientações e prescrições médicas. Para o médico, o usuário ao tomar toda a medicação,

de uma única vez, era um ato de desobediência e de rebeldia em relação ao tratamento prescrito. Mesmo que esse ato tivesse sido considerado como tentativa de suicídio, a terapêutica, segundo aquele médico, deveria ser o castigo.

[...] Eu não estava conseguindo mais exercer minha atividade, então a psiquiatra me mandou para o hospital. [...] e ela me ameaçou, dizendo que se eu não parasse de querer tomar tudo de uma vez, ela iria me mandar para o hospital. E ela me mandou mesmo! (U1)

O objetivo do castigo seria suprimir ou conter as manifestações psicopatológicas, uma vez que o hospital não estaria conseguindo eliminá-las pelos recursos médicos atuais. Assim, a internação tende a representar a melhor solução para os sintomas dos usuários e não para ele.

Então, às vezes, a gente percebe que alguns usuários são internados, não porque eles não demandassem isso ou que não precisasse de uma contenção, mas porque talvez não se tenham tantos recursos...[...] Às vezes, as pessoas não tem perna e a solução imediata é: “internar que para que se resolva isso” (G3).

A vivência da internação confirma seu caráter punitivo e explicita seu aspecto prisional e segregador. A internação como solução para o problema do usuário de Saúde Mental, traz marcas e seqüelas muitas vezes intransponíveis para a existência do sujeito, e cujos efeitos não são valorizados pelo serviço, pela equipe e pelos familiares. Os problemas decorrentes da internação passam a ser avaliados como manifestações psicopatológicas do usuário, originadas por sua própria patologia.

Não, da experiência, pois a experiência não é marca, é uma seqüela que fica. Tem muitos que acham que o hospital psiquiátrico é um lugar no qual se deve ir para ser tratado. Mas ele não funciona exatamente assim. [...] O que é pior? Ficar amarrado! O amarrar é uma coisa pior ainda! Sem contar a falta de ar. [...] E a idéia de estar preso (U1).

A intervenção nas famílias dos usuários também é sublinhada como muito importante, pois os entrevistados entendem que os familiares ou grupo de referência dos usuários podem contribuir para a adesão ao tratamento, para a não internação, para

ministrar a medicação. Porém ressaltam que essa colaboração precisa ser construída. Nenhum dos municípios realiza ações contínuas com os familiares.

A internação, como recurso terapêutico, embora seja criticada e superada, é muito utilizada pelos municípios. Sua utilização decorre da falta de outros recursos que atendam o usuário e de acolhimento e contenção do usuário, compondo a lógica de um sistema de saúde organizado a partir de uma rede de serviços hierarquizada com ações desde a prevenção até a reabilitação. A internação é vista como uma etapa do processo de tratamento e deve ser feita em leitos de Hospitais Gerais.

Finalmente verifica-se mais um objetivo, ou seja, a construção de um espaço de acolhimento e contenção ao usuário, de maneira a que ele tenha a possibilidade de expressão de sua singularidade. Os serviços dos municípios reconhecem como meta do tratamento a dimensão clínica do sofrimento psíquico do usuário, colocando entre parênteses a doença mental e buscar conhecer o sujeito em sua experiência-sofrimento.

Sintetizando, é possível verificar que todas as práticas discursivas analisadas apontam comprometimento dos municípios com a política nacional de saúde Mental e com as propostas da Reforma Psiquiátrica. No entanto, nos textos e documentos esse compromisso é menos explícito, pois neles, a área de Saúde Mental é pouco abordado.

◆ Finalidade do tratamento e seus efeitos terapêuticos e éticos

De maneira geral, as referências às finalidades do tratamento, em termos de seus efeitos terapêuticos e éticos encontrados estão em consonância com os objetivos e meios acima abordados. Verifica-se que os documentos e textos apontam a importância de um tratamento mais humano e digno ao usuário, capaz de produzir ressocialização e reabilitação psicossocial, por intermédio da garantia do direito ao trabalho e à cidadania.

[...] garantiram um atendimento que respeita o direito à cidadania, ao trabalho e à convivência familiar (DIÁRIO DE ASSIS, 2002, p 7).

[...] o resgate de sua cidadania, dado que entendemos como um sujeito da sua ação, e não mais como um mero objeto da mesma. (PMA, 2002, p. 12)

[...] eles tinham muitas dificuldades em sair daqui. Aqui nós não temos muros e no final do dia eles vão para casa. Mas no que se refere ao atendimento psicossocial, de se sentir cidadão, isso era uma coisa que eu não sentia que existia. [...] (G4).

[...] A gente deveria ter um trabalho que fosse a mesma coisa que desmamá-los, ou seja, que eles viessem aqui mamar na hora certa, que fossem amamentados e cuidados e depois eles pudessem voar (T2).

Além de o tratamento ter como finalidade terapêutica o resgate ou a construção da cidadania, aponta-se outra vertente ética, notadamente nas atividades de oficina terapêutica, em textos produzidos monitores das oficinas terapêuticas realizadas no CAPS:

Quanto à ética, esta deve pautar-se no compromisso social, ou seja, o sujeito ético é aquele capaz de reconhecer os conflitos ou contradições que o implicam estar no mundo. [...] uma ética da singularidade, que nos concerne a inclusão do compromisso social contra todas as práticas ativas de exclusão e de produção de alteridade radical, em acolher a pulsação criadora da diferença, visando sua afirmação assim como sua singularização (GANZAROLLI, C.; ALBUQUERQUE, S.; YASUI, S. , 2002, p. 295).

Dessa forma, as oficinas promovem a reinserção social e a cidadania aos usuários:

[...] processos de subjetivação que tornam viáveis a construção de sonhos e projetos outros, num coletivo que não se limita ao interior da instituição. [...] Neste construir, o sujeito psicótico vai criando modos de desobstruir canais tão impregnados de Haldol, preconceitos, assistencialismos, valores e julgamento morais incapacitantes e assim, se repotencializando, afirmando singularidades, inventando e reinventando formas de (com)viver (RODRIGUES, A. e GALIEGO, A . 2000, p. 177)

[...] quebrando muros para que possamos transformar o sofrimento psíquico no lugar de habitação de um sujeito e a oficina entra neste espaço com a perspectiva ética de criação de mundos, onde o desejo se coloca como os pés que a vida tem para caminhar. Tentamos sempre fazer com que os usuários descubram seus potenciais de invenção e

expressão da sexualidade, melhorando assim a qualidade de vida e exercendo a cidadania. (PENA, R.e FIRMINO, 2002, p. 145).

Também pode-se constatar que os diversos atores situam suas práticas discursivas sobre o tema no campo denominado psicossocial. Assim como em outros lugares, o conceito de psicossocial aparece associado aos conceitos de reinserção e atenção. Tais composições num primeiro momento parecem equivalentes. No entanto, embora elas sejam apresentadas para nomear o mesmo referente, este não é necessariamente concebido da mesma maneira.

Os entrevistados não demonstram ter clareza sobre o conceito de reinserção social. Para eles, o sentido do termo reinserção estaria muito próximo do sentido atribuído à reabilitação⁹² social. Nessa perspectiva, a expressão *reabilitação social*, apesar das tentativas de diversos autores, como SARACENO, (2001) e PITTA, (2001), de dissociar seus sentidos comprometidos com a reprodução dos valores pré-estabelecidos, ainda é marcada pela idéia do retorno, da reversão, da volta a estados já habitados anteriormente. A finalidade do tratamento seria facilitar o restabelecimento do usuário a partir da remissão dos seus sintomas, de modo que ele alcance o reequilíbrio, o controle de si mesmo e a sua adaptação social (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003)

[...] Torna-se uma coisa bem coerente se a gente pensar que todo o trabalho de Saúde Mental visa o investimento na reinserção e na própria dificuldade de fazer isso. [...] (G3)

[...] Aqui tem o CIAPS/CAPS que desenvolve ações de atenção psicossocial. Nós temos vários movimentos e eles estão cada vez mais claros, pois quando eu entrei aqui, eu não tinha clareza do que era atenção psicossocial [...] (G4).

[...] A gente tem que dar incentivos. Quando uma pessoa vem falar que não quer vir, a gente tenta falar assim: "Então, venha pelo menos para tomar a medicação e depois você vai para seu trabalho" (T2).

[...] O que ela precisa aprender na cozinha para que ela se vire fora daqui, na casa dela e nos momentos em que ela ficar sozinha. [...] (T3).

⁹² A palavra *reabilitação* significa: restituir ao estado anterior os primeiros direitos e prerrogativas. Restituir à estima pública ou particular; regenerar. Restituir à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais. Readquirir estima pública ou particular (FERREIRA, 1999).

Como reabilitação psicossocial, o tratamento possibilitaria ao usuário aprender coisas novas, utilizando-se de metodologia pedagógica. Para isso, a terapia ocupacional seria o meio mais eficaz.

T.O. não tem! Os pacientes reclamaram disso. Quando tinha era muito bom! Eles sempre falavam assim “ah, eu aprendi fazer não sei o quê!” [...] Agora eles se interessam quando aprendem uma coisa nova com os estagiários e eles vão lá falar para gente, [...] Eu acho que essa é uma forma de ocupar espaço que eles têm aqui e que está livre [...] (T1).

Para os entrevistados, o processo de reinserção social dos usuários é uma meta difícil de se alcançar, em razão de vários fatores. Um deles é que este é um processo que requer investimento de todos os envolvidos.

[...] Eu diria que essa reinserção ainda é micro mesmo, porque você começa a ter uma pessoa ou outra que começa participar. Eu acho que é algo que a gente tem de investir, mas esse investimento tem sido minúsculo. (G3)

Outro aspecto está relacionado às possíveis divergências entre a equipe quanto à finalidade da reinserção social. Para alguns entrevistados o serviço não estaria propiciando a autonomia do usuário, mas sim uma proteção exagerada..

[...] Eu acho que não é a gente que tem que reintegrá-los e sim dar condições para que eles se reintegrem. [...] Dar condições para que ajam por eles mesmos, porque a gente os protege muito. [...] (T3).

[...] A gente está aprendendo muito ainda. [...] Eu acho que tem paciente que poderia já não estar mais aqui [...] A maioria das pessoas que estão aqui, são pessoas que estão meio fragilizadas e que tem um pouco de medo da vida. Por isso eles se apegam aqui [...] (T2).

A exigência da implicação da equipe no processo da reinserção social, as dificuldades em se propiciar autonomia ao usuário apontam para a necessidade de se romper com os núcleos de saber instituídos da equipe e de se dialogar com outros campos

de conhecimentos, sem perder a especificidade da saúde Mental. Essa ruptura teórico-conceitual supõe a capacidade dos serviços desenvolver uma base territorial.

Têm psicólogos que já tem um perfil melhor, que estão se articulando com o PSF e que estão saindo do posto, indo às escolas, formando um trabalho mais amplo. Podendo assim pensar em questões além campo da psicologia e do atendimento dentro de uma sala. Mas outros que não conseguem sair da UBS e nem fazer os grupos tidos como esperados (G3).

Os usuários apontam outras finalidades que, embora não sejam nomeadas como psicossociais, mantêm identificação com o campo. Entre elas destacam-se as seguintes:

[...] Nós, os ditos normais temos a possibilidade de querer e até poder, Partindo dessa vontade, mudar a maneira de ver as coisas. Eu acredito que nós todos temos um dever como seres humanos. Porque, senão nós vamos ser adequados em categorias de animais. Ou seja, aqueles que podem acompanhar, acompanham. [...] Aqueles que não podem, vão ficando (U3).

O que me ajudou? Foi voltar a conviver com a sociedade. (U1)

Sim, porque são pessoas, são seres humanos [...] Eu acho que tudo que for feito nessa linha, seria para promover, a auto-estima, promover a criatividade, dando espaço para as pessoas que tenha essa dificuldade em se adaptar. (U3).

Eu acho que eu estou mais lúcido e é melhor assim. (U1).

Finalmente, outra finalidade do tratamento pode ser observada: a estabilidade do surto, dos sintomas, principalmente do usuário considerado esquizofrênico. A estabilidade da doença, alcançada pela medicação, manteria o usuário em condições de viver, mesmo que ele não tenha recebido alta, enfim alcançado a cura.

[...] Num surto tem que ter alguém que vá “abafar” a situação, ou estabilizá-la (U3).

Na maior parte, se eu for estar pensando o sofrimento mental enquanto uma psicose, uma esquizofrenia ou um quadro mais intenso. Via de regra esse usuário precisa manter uma medicação. Acho que são poucos os que conseguem ter alta disso, para não dizer raros [...] (G3).

Em síntese, a análise das entrevistas permite afirmar que no serviço de Saúde Mental do município de B existe mais do que um esboço. Tem-se um compromisso claro com a construção de ações terapêuticas comprometidas com a atenção psicossocial centrada na recuperação dos direitos de cidadania, do poder de contratualidade social e da capacidade do sujeito de se posicionar ativamente frente aos seus conflitos e contradições, conforme explicitam os trechos abaixo relacionados:

[...] Ajudá-lo a estabelecer relações diferenciadas com sua família, a pensar na possibilidade de criação, seja ela no trabalho, na diversão, no lazer, ajudando esse usuário a criar recursos e condições de se reinserir com aquela diferença que ele tem. Ele é diferente, mas ele também tem direitos, deveres e desejos. E que ele pudesse se constituir como cidadão. (G3).

Mas por exemplo ontem a gente discutiu sobre a usuária fica sentada na calçada da confecção municipal, tirando os alinhavos das roupas e que quando as pessoas passam, ela dá tchau, conversa e para o seu trabalho. Nós dissemos: “pode parar, não é isso que a gente quer.” [...] Porque ela precisa estar integrada no trabalho, senão é melhor que ela não fique lá. Não tem que agüentá-la porque ela é portadora de doença mental como dizem por aí (G4).

Apesar das dificuldades, desencontros, divergências, é possível constatar os efeitos terapêuticos almejados e às vezes não quantificáveis. Mas a percepção de sua ocorrência é gratificante:

Eu nunca tinha pintado na minha vida! [...] Mas foi uma coisa gostosa. É muito bom mexer com tinta! [...] Deram a idéia de fazer um curso particular, porque eu gosto muito de pintar [...] Foi aqui dentro. [o usuário quando fala da pintura fica até emocionado] [...] Porque isso era uma coisa que estava adormecida, que eu não sabia que podia. [...] Diziam-me: “quando você estiver nervoso, pinte. Tenta passar a raiva para a tinta, para o pincel, para o quadro”. Então, quando eu pinto, eu chamo meus quadros de desabafos de problemas. [...] (U1)

O usuário ao encontrar um caminho para se expressar parece despertar para vida que estava adormecida e ensandecendo-o. A pintura permitiu a expressão de seus conflitos e emoções, sendo que seus quadros representam partes de sua vida. Talvez seja por isso que o usuário tenha dificuldade em comercializá-los.

Eu já cheguei a vender alguns quadros [...] Eu já vendi quadro para um dentista, mas também já dei bastante quadro. [...] Eu não gosto muito, porque eu me apego muito neles. [...] Eu quero ficar com eles e pelo menos com a foto deles eu fico. Eu tenho que olhá-las sempre (U1).

A pintura tem contribuído para sua reinserção social de outra maneira. Durante seis meses, ele participou do Projeto Sentinela, desenvolvido pela Secretaria da Assistência Social, como monitor de uma oficina de pintura com meninas consideradas em 'situação de risco' para a prostituição. Assim sua reinserção social, em termos de trabalho, foi contribuir para o despertar de outras vidas com os pincéis e as tintas.

Eu fiz, uma oficina lá, com as crianças, com as meninas. [...] foi maravilhoso! [volta se emocionar] Informaram-me que com as mudanças na Secretaria se desfez todo o projeto. Acho que lá havia umas setenta meninas. [...] Eu me sentia útil, tentando ajudar o próximo. Porque têm muitas meninas que se tivessem continuado nesse projeto teriam condições de estarem pintando muito bem. [...] Eu fiquei seis meses lá, Era muito bom! (U1)

Em síntese, os municípios ainda têm como finalidade a estabilidade do surto, a remissão dos sintomas, principalmente do usuário considerado esquizofrênico. No entanto, as entrevistas permitem afirmar que nos serviços de Saúde Mental dos dois municípios explicitam a intenção de se construir ações terapêuticas comprometidas com a atenção psicossocial. Também fica explícito que a atenção psicossocial engloba tanto as ações de apoio e de reabilitação, bem como uma clínica orientada para o reposicionamento singular do usuário na sociedade. No município B esse compromisso tem se transformado em atos, mesmo que de maneira lenta, gradativa e à custa de significativos esforços da equipe.

◆ Referencial teórico e formação profissional

Nos documentos e textos analisados pode-se identificar indicativos dos referenciais teóricos que permeiam as concepções teórico-conceitual e técnico-assistencial do projeto de serviços de Saúde Mental do município B. Tais referenciais são inspirados

principalmente na psiquiatria preventivo-comunitária, na psicanálise e na psiquiatria clínica.

Os atores sociais entrevistados dos municípios A e B demonstraram certa dificuldade de explicitar os referenciais teóricos que subsidiam as ações e os serviços de Saúde Mental.

Eu venho de uma formação psicanalítica [...] Eu gosto muito do Jurandir Freire e eu leio algumas mais atualizadas. Também há o trabalho [textos] da Regina Benevides. [...] Então, é lógico que eu parto de um referencial que é psicanalítico, mas que tem uma maior abrangência e um olhar contemporâneo (G3).

[...] As profissionais que foram embora também tinham um trabalho de envolvimento com a psicanálise. Uma delas, tinha a sua terapia, sua análise nessa linha. [...] Os cursos e a supervisão também seguiam essa linha. Eu sei que tinha uma outra que fazia psicodrama. [...] Eu acho que a maioria dos psicólogos tem trabalhos de investimento na psicanálise [...] (G4).

O meu referencial teórico é psicanalítico. Eu estudo psicanálise até hoje e é ela quem me ajuda na minha escuta. [...] (G4)

Psicofarmacologia [...] A linha que eu uso é uma coisa complicada. Eu fui aprender psiquiatria na Universidade Federal, na UFRJ, do Rio de Janeiro. Lá tem um pessoal que usa um paradigma de baixa medicação e isso não se encontra em outro lugar. Hoje tem medicamentos mais avançados e não precisa medicar muito o paciente. [...] (T4).

Os psiquiatras, no meu entendimento, têm cursos de psiquiatria clínica. Aqui tinha um profissional que trabalhava com psicanálise e ele foi embora (G4).

Em geral, os referenciais teóricos destacados estão voltados às formações profissionais específicas, algumas delas realizadas para o exercício profissional privado, em consultório.

[...] Eu tenho estudado muitas coisas sobre saúde pública [...] Eu participei de estudos sobre grupos, com a Isabel Marazina [psicanalista argentina]. [...] Depois que eu fiquei só no consultório, o meu investimento foi na área psicanalítica e agora eu estudo alguns textos sozinha. Mas sinto falta de ter alguma coisa mais sistematizada. Torço para que essa capacitação saia. [...] (G4).

A formação voltada para a Saúde Coletiva, é tímida e pouco estimulada, ocorrendo, na maioria das vezes, por iniciativa pessoal. A administração pública municipal praticamente não oferece possibilidade de formação ou qualificação profissional. As poucas iniciativas, quando ocorrem, não são reconhecidas como importantes, pois os profissionais não se sentem contemplado em seus interesses, apesar de serem centrados em temas essenciais para o serviço.

Nós chegamos a ter um curso sobre drogas com um médico de Marília. Mas na realidade ele não acrescentou muita coisa. [...] (T2).

O que a gente vê é que alguns profissionais buscam por conta própria esse crescimento, esse investimento enquanto outros ficaram parados no tempo. Se você dá, é feito se você não dá...[...] Existem profissionais da rede pública que tiveram oferta até de cursos gratuitos, mas não se disponibilizaram a participar. (G3)

Na maioria das vezes, a demanda dos profissionais está centrada na capacitação em técnicas de atendimento, como, por exemplo, psicoterapia de grupo.

A gente sempre solicita um curso de atendimento em grupo. Nós chegamos a fazer um curso lá em Marília com um psicanalista; [...] Mas nada era facilitado Não pagavam gasolina, só davam o curso. Então, a gente que tinha que rachar gasolina. [...] (T2).

Eu penso que eles solicitam especificamente um treinamento de grupo [...] Eles alegam que não fazem grupos porque não sabem. [...] Essa é uma solicitação dos profissionais. (G3)

No entanto, a formação dos profissionais que atuam na saúde e, especial, na Saúde Mental é considerada deficitária pelo gestor público para dar conta da demanda da saúde pública.

A gente vê também a equipe de Saúde Mental com imensa dificuldade em trabalhar com Saúde Coletiva. Ao sair da universidade eles estão preparados para trabalhar num consultório, numa conversa a dois. [...] Mas sem nenhuma visão de Saúde Coletiva e de como o usuário se insere no social. [...] (G2)

Não se têm profissionais voltados pra área de saúde pública [...] Eu acho que o SUS não vai dar certo enquanto a gente não tiver as unidades formadoras voltadas para a saúde pública. Isso na área de psicologia, na medicina, na enfermagem, no serviço social (G1).

Também fica evidente a indefinição de um referencial teórico por parte do profissional e até mesmo a ausência de qualquer formação posterior à conclusão do curso de graduação.

Na verdade foi baseado na faculdade mesmo. Eu nunca procurei me reciclar na psiquiatria [na área de Saúde Mental] porque eu não pretendia segui-la. Nunca foi meu projeto de vida trabalhar na psiquiatria. Minha formação se deu a partir da experiência de trabalho, do que deu certo e do que não deu [...] (T3).

Mas em todos os documentos e textos é bastante clara a necessidade de desenvolver e capacitar continuamente os trabalhadores da Saúde Mental:

Para se pensar um programa de qualidade na área da Saúde Mental é imprescindível o planejamento e a execução de programas sistematizados de capacitação profissional, pois os órgãos formadores das mais diversas áreas não têm contribuído com eficácia na formação de profissionais conhecedores da realidade em que irão atuar, podendo resultar em práticas desastrosas. Os referidos programas poderão ser viabilizados através da celebração de convênios com universidades e entidades especializadas, que tenham demonstrado contribuições significativas na área [...] (PMA/CMS, 1997, p. 4).

Garantir a qualificação e treinamento para os profissionais que trabalham com pacientes de Saúde Mental (PMA, 1999, p. 4).

[...] Pretende investir na capacitação dos recursos humanos aprimorando a qualidade dos serviços prestados à população. (PMA, 2001, p.12).

Entretanto, se, por um lado, existe, por parte da gestão, o reconhecimento da necessidade de qualificação profissional para Saúde Mental e Saúde Coletiva, por outro, o gestor público considera oneroso esse tipo de investimento.

[...] O gasto que se tem para manter uma equipe com essa visão. [...] É necessário ter um profissional com outro tipo de formação, com uma visão diferenciada, mas esse profissional custa caro. Manter a equipe toda e a sua estrutura custa caro. [...] (G1).

Várias críticas são feitas à formação recebidas nos cursos de graduação. Com certeza elas são procedentes. A formação dos profissionais da saúde na universidade não tem contribuído para a superação do modelo assistencial predominante na saúde e na Saúde Mental coletiva.

Por falta de opção. Ou, às vezes porque se quer ter um emprego ou alguma outra coisa. Então existe pouca formação, pouca ligação com isso. Dentro disso, eu entendo que na maior parte dos profissionais de curso superior encontra-se esse viés. [...] (G1).

4.3.2.2- Campo técnico-assistencial

◆ **Modo de organização dos serviços**

No município B, saúde e de Saúde Mental organizam-se em uma rede regionalizada e hierarquizada em níveis de atenção primária, secundária e terciária, sendo que os serviços funcionam em vários locais, de acordo um sistema de referência e contra-referência. Os documentos e textos elaborados de 1998 a 2003, em termos de organização dos serviços, contemplam esse modelo de atenção.

[...] montar equipes multiprofissionais, para atendimentos periódicos no CAPS [UBS]: fonoaudiologia, otorrinolaringologia, psicoterapia, oftalmologia, fisioterapia e outras, conforme demanda e programação [...] (CMS/PMA, 1995, p. 2).

[...] agilização para internação, através da criação da Central de Vagas [...] (CMS/PMA, 1995, p. 2).

Em 1997, a SMS do município B elabora um projeto de NAPS/CAPS com vistas a estabelecer convênio com o MS. O projeto refere-se à organização, junto ao ambulatório de Saúde Mental, de um Programa de Atenção Intensiva (PAI) para atender pessoas com intenso sofrimento psíquico e, portanto, com dificuldades de contato pessoal e inserção social, a partir de:

uma abordagem multiprofissional tanto da clínica dos casos quanto das ações de intervenção terapêutica; [...] (PMA, 1997, p. 6).

Segundo o projeto, o PAI deveria funcionar:

[...] de segunda a sexta-feira em período de oito horas e conta com quarenta e cinco vagas diárias quinze para o período matutino quinze para o período vespertino e quinze vagas de turno integral (PMA, 1997, p. 6).

Também aponta que o cotidiano do serviço deveria contemplar:

[...] um pronto-atendimento, com um profissional de plantão, dos casos novos que são encaminhados dos equipamentos de saúde municipais. Os critérios para admissão ao programa de atenção intensiva são: atendimento preferencial a pacientes psicóticos e neuróticos graves, alcoolista e drogaditos com dificuldades de inserção social e que necessitem e/ou demande cuidados frequentes; pacientes com idade superior a quinze anos; pacientes que tenham um mínimo de suporte familiar [...] (PMA, 1997, p. 6-7).

[...] Os usuários são atendidos a partir de encaminhamentos feitos por outras unidades; profissional da Saúde Mental dos postos de saúde, pronto socorro, enfermagem psiquiátrica do Hospital Regional, hospital psiquiátrico, Conselho Tutelar, Poder Judiciário, ONGs e demanda espontânea [...] (PMS, 1997, p. 5).

Concomitantemente ao encaminhamento desse projeto, a III Conferência Municipal de Saúde aprova a proposta do Programa de Saúde Mental elaborada pela comissão técnica indicada pelo Conselho Municipal de Saúde, de acordo com deliberação da II Conferência. No Relatório da III Conferência, no que se refere ao campo técnico assistencial e, à organização dos serviços, aprova-se que:

[...] Definir melhor o fluxo de atendimento entre os diversos equipamentos e programas de Saúde Mental do município. [...] (III CMS/PMA, p. 42)

Naquele momento, o CAPS não foi cadastrado pelo MS, mas o município implantou o Projeto de Atenção Intensiva (PAI), cujas atividades eram desenvolvidas no ambulatório de Saúde Mental, em um programa denominado de PAI (Programa de Atenção Intensiva).

Quando eu entrei aqui não existia o CAPS. Então eu participei da organização do primeiro grupo para deixar o paciente ficar aqui

mesmo [...] Por isso, nós montamos o grupo de música e eu montei o da escolinha. Depois foram outros dois grupos. Mais tarde vieram os estagiários da Unesp para ajudar [...] Hoje, com a atual administração está bem melhor, porque estão tentando-se coisas novas. [...] E isso é um respeito pelo nosso trabalho. (T2)

O relatório da III Conferência também destaca, mais uma vez, a necessidade de ações de atenção primária, de caráter preventivo.

[...] O programa destinado ao controle da mortalidade infantil no município deve ter um acompanhamento psicológico do desenvolvimento infantil, pois é nessa fase que muitos casos de doença mental se instalam, sendo possível já uma intervenção com a mãe ou familiares; [...] (CMS, p. 41)

Uma outra providência a ser tomada é o aperfeiçoamento do atendimento às gestantes, buscando intervir na dimensão psicológica da gravidez, do parto e puerpério; [...] (CMS/PMA, p. 41-2)

Os demais documentos reafirmam as propostas destacadas, principalmente no que se refere ao Programa de Atenção Intensiva, à necessidade de transporte dos usuários desse programa, à reforma do prédio do ambulatório de Saúde Mental. Aparece ainda ressaltado no Plano Plurianual do município (1998 a 2001) e no relatório da V Conferência de Saúde (2001), a necessidade de se organizar um serviço para o atendimento de usuários, considerados dependentes de álcool e drogas.

Também as entrevistas ressaltam essa organização dos serviços de Saúde Mental no município B.

Na realidade a gente tem um psicólogo em cada posto. [...] Então a idéia de se ter os psicólogos nos postos seria um investindo em prevenção, em orientação, até em psicoterapia. A idéia seria r estar participando de todos grupos multiprofissionais que tem nas UBSs. [...] Poderíamos prevenir um monte de coisa que acabam estourando futuramente, como por exemplo, a neuroses mais agravadas e mais complexas e que fatalmente vão cair na mão do psiquiatra. [...] Além disso, eu coloco a importância de que a gente comece ampliar as ações junto à comunidade. [...] A idéia é que se possa fazer um trabalho enquanto multiplicadores, enquanto orientadores para ajudar esse

indivíduo de modo que ele busque recursos junto a sua vida na comunidade. Poder pensar em ações, sejam elas dentro das escolas, ou em instituições que estão ao redor. Tem o próprio PSF.[...] (G3).

Os usuários que precisam de atendimento intensivo são encaminhados para o ambulatório de Saúde Mental, onde ele será reavaliado e indicado à terapêutica necessária ou disponível: medicamentosa, psicoterápica, visita familiar, atividades no CAPS ou internação, entre outras. Apenas a demanda de usuários de álcool e drogas tem como porta de entrada o ambulatório de Saúde Mental.

De uma forma geral, para alcoolismo e drogas a porta de entrada é o CAPS (G3).

O ambulatório de Saúde Mental e o CAPS funcionam em bairro distante do centro e das UBS, em um mesmo prédio, que até 2002 estava em precárias condições físicas, o que gerava muitas reclamações dos trabalhadores e resistência dos usuários. A reforma e o cadastramento do CAPS pelo MS parecem ter fortalecido o serviço, pois, embora bom espaço arquitetônico não garanta a qualidade, as más condições podem torná-lo um espaço segregador e produtor de exclusão.

O fluxo esperado entre os serviços (UBSs/ambulatório/CAPS), de acordo com os gestores, é de que cada UBS atenda com resolutividade à demanda menos complexa em Saúde Mental de sua região, desenvolva ações de prevenção, triagem e encaminhamento para o ambulatório/CAPS quando os recursos terapêuticos disponíveis na unidade se esgotarem.

Responsáveis pelas ações denominadas intensiva, semi-intensiva, o CAPS e o ambulatório não têm a atribuição de atender as situações de emergências. O CAPS atende apenas as intercorrências de seus usuários. As situações de urgência e emergência da Saúde Mental são encaminhadas para internação nos hospitais de referência ou são atendidas no PS municipal, que reencaminham o usuário para o ambulatório/CAPS para tratamento ou para viabilizar a sua internação.

[...] O esperado é, já que se tem um psicólogo em cada unidade, que ele pudesse fazer essa triagem. A idéia não é que ele cumpra só um papel burocrático, o que às vezes acontece. Na realidade, a idéia é que ele possa segurar, conter e até dar uma resolutividade ali no posto

mesmo, das questões menos complexas. Isso seria mais fácil para o usuário. [...] Caso esgotassem os recursos para o atendimento naquele local, esse profissional faria um encaminhamento e mandaria para o CAPS (G3).

Com o nosso fluxo atualmente a situação está assim: para se chegar até aqui, tem-se que vir encaminhado pelos postos, pronto socorro, ou demanda espontânea no caso do usuário de álcool e drogas. Se o usuário vem do posto, é porque ele já passou por um atendimento com um psicólogo e normalmente ele deveria ficar sendo atendido lá. Se ele vem para cá. [...] Aí o psicólogo liga para marca consulta com o médico. A gente faz o que deveria se fazer: atender e fazer uma contra-referência, informando para o psicólogo da UBS que a pessoa passou aqui, que a medicação é tal e o retorno é tal dia. A terapia o usuário faz lá. [...] (G4).

As situações que não se enquadram nesse fluxograma ou são consideradas como emergências têm um outro tipo de encaminhamento.

A gente tem até uma combinação em função de dificuldades de agenda: quando houver uma necessidade urgente de uma avaliação psiquiátrica, que além do papel de encaminhamento, ele também desse uma ligadinha dizendo: “olha priorize, Passe na frente”. [...] Ou então que ele dissesse: “Eu estou em dúvida e preciso só que vocês avaliem essa pessoa, mas ela pode esperar”. [...] Para que com essa sinalização, a gente possa priorizar o que for mais urgente. Isso seria o esperado. [...] (G3).

Entretanto, essa proposta de funcionamento e de integração dos serviços nem sempre ocorre, a exemplo do que acontece com todos os demais sistemas de referência-contrareferência do modelo de atenção hierarquizada.

Isso nem sempre acontece. Às vezes, por conta, ora do próprio profissional-psicólogo, ora dos próprios médicos...[...] Então, é muito comum que os médicos das UBSs encaminhem direto. E, às vezes, os casos que são nitidamente para o posto, que poderiam tranquilamente ser resolvido por lá. [...] Então os furos acontecem quando os casos vão para lá. Quais são as medidas o CAPS toma? A gente discute com todos, as nossas dificuldades. Procura-se mostrar que a gente não pode por um papel na frente do ser humano. [...] mesmo quando os

pacientes são encaminhados erroneamente se houver condições ele deve ser atendido. [...] Então a gente contra-referencia para a unidade de origem. (G3).

[...] Muitos dizem assim: “nossa, o médico do posto me mandou vir aqui. Eu acho que eu estou ficando louca”. O que os usuários querem é ‘diazepam’, o médico da UBS fala ao usuário que precisa vir aqui pegar o remédio [...] Às vezes existem queixas do mal funcionamento do agendamento. Observa-se que ao pegar o prontuário, eles já encaminharam o paciente para terapia no ambulatório faz tempo. [...] Eu acho que eles até esquecem que esses casos deveriam ser contra-referenciados para as UBSs. [...] (G4).

Também aparecem destacados os problemas entre os serviços de atenção secundária e terciária, conforme os trechos relacionados abaixo:

Eu me lembro de um município que colocou que o hospital não interna pessoas acima de sessenta e cinco anos. Esse é um critério do hospital. Mas o município questionou, porque não concordava com isso. [...] Uma outra dificuldade é a exigência de ir um familiar. Caso ele não vá, alguém do serviço de saúde tem que acompanhar o usuário [...] (G2).

[...] Uma das queixas do município é que a contra-referência não está boa. [...] A alta está vindo sem o seu relatório. [...] Não se pode vir sem a contra-referência, sem estar agendada uma consulta no serviço, no ambulatório. [...] (G2).

Ainda em relação ao funcionamento desse sistema hierarquizado e integral de Saúde Mental no município B, pode-se observar que os serviços encontram dificuldades de acolher à demanda espontânea, principalmente às situações consideradas de urgência e de emergência psiquiátrica. Estas se constituem em outro problema para todos os segmentos envolvidos, principalmente para os usuários. O ambulatório/CAPS não tem a atribuição de receber os usuários em crise. Sua estrutura e, em especial, sua organização ainda não está preparada para tal missão.

Na verdade a gente não tem estrutura de PS. A gente tem, por exemplo, como identificar um surto psicótico agudo com agressividade, que vai ter que internar. Só que em vez de internar o paciente ele num HP onde ele fica um mês, ele vai vir para o HR e em

48 ou 72 horas, nós vamos devolvê-lo sem agressividade para continuar o tratamento no CAPS. Então, a idéia do CAPS é ser o ponto final do atendimento para conter e resolver os problemas e hoje, nós não temos condições de fazer isso lá (T4).

Quando ocorrem situações de emergência, principalmente de urgência durante o período de funcionamento do ambulatório/CAPS, a equipe procura, apesar das dificuldades, acolher, encaminhar e até mesmo acompanhar o usuário. Para realizar essa tarefa o serviço muitas vezes aciona a polícia militar.

[...] É por isso que quando se tem um paciente agitado a gente chama-se a polícia militar pra levar no pronto socorro. Porque a gente não tem nada injetável e nem atendimento emergencial aqui . [...] (G4).

Nesse sentido, a policia militar constitui-se recurso utilizado no atendimento das situações de urgência e emergência em Saúde Mental do município de B. Os policiais já compõem o cenário da assistência em Saúde Mental local, uma vez que sempre são acionados pelos familiares ou mesmo pelos serviços de atenção primária e secundária.

O PS municipal também teria a responsabilidade de atender essas situações. No entanto, o atendimento da urgência e emergência psiquiátrica realizada no PS é motivo de muitas reclamações. Geralmente estão voltadas para a inadequação do atendimento oferecido ao usuário, falta de preparo da equipe do PS, o incômodo que a crise psiquiátrica do usuário gera nos demais usuários. Também é destacada a ausência de retaguarda da equipe de psiquiatria do HR para o PS⁹³, a exemplo do que ocorre para outras especialidades médicas.

Deveria existir no hospital geral e no pronto-socorro um profissional preparado para essa situação [...] Porque não pode ocorrer de chega um acidentado e um ensurtado e os dois ficarem na maca deitados e de repente dar um treco no paciente e ele sair chutando a maca, cortar tudo e ir embora. Isso não vai ajudar nem o paciente e nem quem está ao lado dele. [...] Alguém me disse que existe um suporte psiquiátrico no Hospital Regional, que deveria funcionar como retaguarda. (U3).

⁹³ O PS municipal funciona no prédio do HR e conta com retaguarda das equipes de algumas especialidades do referido hospital.

Além disso, o PS, fiel à lógica do próprio modelo de sistema integrado e hierarquizado, às vezes, resiste ou reclama de atender muitas das situações da demanda espontânea da assistência, notadamente no horário diurno. No caso das situações identificadas como demanda psiquiátrica essa resistência se potencializa ainda mais.

No caso de um surto, o caso precisa ser resolvido. A pessoa está lá, tem que ser resolvido. O Departamento [CAPS] deveria ter um plantão nessa área. Para o atendimento psiquiátrico e psicológico. [...] Porque senão a polícia leva o usuário para o pronto-socorro onde ele vai ser despejado. Literalmente despejado! E o que a pessoa vai poder fazer lá? (U3).

Os municípios A e B não têm estruturado nenhum Serviço de Atendimento Médico de Urgência. As situações de emergência e urgência em saúde e Saúde Mental, na maioria das vezes, são atendidas pela Polícia Militar, Corpo de Bombeiro, pois o serviço de ambulância é precário.

O CAPS tem procurado aproximar-se da PM com objetivo de discutir algumas ocorrências atendidas pela polícia envolvendo pessoas com sofrimento psíquico intenso. Algumas vezes a PM, ao ser chamada pela família ou vizinhos, percebe que é situação requer atendimento em Saúde Mental, procura o coordenador do CAPS para abordar a pessoa que se encontra em crise. Nessas situações, a PM intervém de acordo com as orientações do profissional da Saúde Mental.

Tanto o município A e B ainda não dispõem de um espaço que possibilite um distanciamento adequado das condições de vida dos usuários, em situações em que ele necessite de proteção ou continência. Em decorrência dessa situação muitas vezes a internação integral do usuário acaba acontecendo por falta de serviços de cuidado continuado e intensivo para tratar a situação de crise.

Para evitar a internação em hospital psiquiátrico, considerado um mal maior para a pessoa, os municípios preferem encaminhar seus usuários da Saúde mental para enfermaria psiquiátrica do Hospital Regional, garantindo uma permanência mais curta e em consonância como as necessidades de tratamento. No entanto, são constantes as dificuldades para se conseguir a liberação de vagas na enfermaria psiquiátrica do HR e,

conseqüentemente, são muitas as reclamações dos serviços de Saúde Mental dos municípios⁹⁴.

Recentemente, foi constituída a Central de Vagas na DIR-VIII para internações psiquiátricas do município B e região. Seu funcionamento vem sendo acompanhado com expectativa, principalmente, dos gestores municipais e estaduais e profissionais, principalmente em relação ao acesso às vagas da enfermaria psiquiátrica do HR.

Existe sim uma dificuldade. E é em função dessa dificuldade que a gente está para implantar a Central de Vagas. [...] Vamos tentar fazer a regulação dessas vagas. [...] Todas as vagas ficariam aqui na DIR; na Central de Regulação. Os médicos reguladores já foram treinados. [...] Os demais profissionais que possuem nível superior vão começar o treinamento agora. Existem critérios. [...] O que não tiver dentro desses critérios não vai poder internar. [...] Vai ser preciso receber um fax com a assinatura do médico explicando o porquê da internação. [...] (G2).

A proposta de internar o usuário de Saúde Mental em enfermaria psiquiátrica de hospital geral foi difundida nas décadas de 1970/80. Acreditava-se que a internação de curta duração em hospital geral trazia menos prejuízos para o usuário que precisava de cuidados intensivos e facilitaria a integralidade do atendimento ambulatorial e hospitalar. No entanto, a internação no hospital geral, ao continuar sendo uma etapa do tratamento organizado em níveis de atenção, manteria os desencontros constantes entre os serviços e as equipes de profissionais que compõem o sistema de referência-contrareferência.

Verifica-se que a preocupação de se evitar a segregação e o estigma do usuário que é internado no hospital psiquiátrico, não se concretiza. O usuário internado na enfermaria psiquiátrica do hospital geral também sofre tais prejuízos, embora com menor intensidade devido à curta duração de sua internação. Os demais profissionais, trabalhadores e usuários do hospital temem e rejeitam os usuários da Saúde Mental. Além disso, as especificidades do hospital geral, como um local de tratamento eminentemente

⁹⁴ Há muito tempo os municípios da região desse serviço, em especial A e B, vêm solicitando uma maior transparência e controle na liberação das vagas de internações dos hospitais psiquiátricos de referência, notadamente as vagas da enfermaria psiquiátrica do Hospital Regional

médico, cujos recursos terapêuticos são centrados no cuidado das ‘doenças do corpo’, reafirmariam o status do sofrimento psíquico como mais uma doença orgânica.

Um estudo realizado por CAMPOS e SOARES (2003) aponta que os trabalhadores da enfermagem de psiquiatria de um hospital geral compreendem o processo de saúde/doença mental como biológico, centrado no modelo hospitalar, supondo atendimento especializado, individualizado e curativo.

A integralidade das ações oferecidas pelos serviços é outro aspecto destacado. A implantação de novos serviços é percebida como possibilidade de resolver as dificuldades para a integralidade do sistema. Um exemplo dessa expectativa aparece em relação ao PSF, conforme é possível identificar abaixo:

Eu sinto que os laços estão sendo estreitados. Outro dia a gente recebeu a visita de uma médica que veio aqui, porque não entendia direito o que ela tinha que fazer. Então ela veio aqui saber o que é para ser feito. Eu mostrei tudo a ela. Ela queria saber sobre o tratamento de alcoolismo, sobre o grupo de acolhimento de alcoolismo e sobre o grupo de atendimento dos drogaditos [...] (G4).

[...] A gente mandava a medicação, da semana toda, de uma usuária para a unidade do PSF próxima da sua casa. Tudo começou, conversando com o médico sobre o que fazer lá na unidade do PSF [...] A psicóloga foi ver lá conversou com a médica, conversou com o agente comunitário e conversou com a enfermeira sobre a usuária, pois ela dava muito trabalho aqui e também lá. Então, a gente começou a mandar o remédio e o agente ia todo dia na casa dela para dar a medicação. [...]. A usuária estabilizou e hoje, ela vem aqui e abraça todo mundo, [...] É disso que a gente precisa. E esse não é o único caso. (G4).

Para conseguir integralidade das ações, a SMS realiza reuniões mensais com todos os profissionais dos serviços de Saúde Mental do município B. A DIR-VIII também discute e realiza, com os municípios, ações para garantir atendimento do usuário em suas necessidades individuais, principalmente através da integralidade das ações oferecidas pelos municípios e os hospitais psiquiátricos.

Embora, essa prática seja uma tentativa válida para resolver os problemas de integração entre os serviços, tal integração nem sempre ocorre, a exemplo do que acontece com todos os demais sistemas de referência-contrareferência. Os procedimentos de referência e contrareferência na Saúde Mental, através de protocolos de encaminhamentos previamente elaborados pelos serviços, com objetivo de garantir seu funcionamento e a sua integração no sistema de saúde, acabam se sobrepondo o atendimento do usuário e seu projeto terapêutico.

A responsabilidade dos problemas identificados no sistema municipal de referência-contrareferência sempre recai no funcionamento das equipes e serviços envolvidos. Em nenhum momento foi possível constatar crítica à lógica do próprio modelo assistencial adotado.

É possível constatar que as expressões “rede de serviços” e “rede de assistência” são utilizadas para nomear a organização da atenção em Saúde Mental. Entretanto, essas denominações trazem implícita a noção de um funcionamento harmonioso entre todos serviços existentes, a partir de um conjunto de normatizações pautadas por uma única racionalidade institucional, que não reconhecem a existência de várias lógicas de funcionamento, de múltiplos atravessamentos provocados por diversos fluxos dos usuários, em termos de necessidades, interesses e sentidos (CECÍLIO e MERHY, 2003).

Uma atenção psicossocial requer a construção de rede de ações entrelaçadas e ramificadas em dado território. É necessário que esses serviços tenham flexibilidade, plasticidade, para receber e trabalhar com a demanda dos usuários.

É preciso criar canais de 'escuta' e acolhimento das necessidades das pessoas, suas vontades e desejos. Acolher essas demandas não significa oferecer o que o usuário pede, pois seu pedido é determinado por vários fatores sócio-econômico-culturais que, necessariamente, não irão propiciar a ele o cuidado enquanto ser humano. Esse cuidado significa oferecer atenção diferenciada de acordo com a situação do usuário.

Os serviços de saúde, ao 'acolherem o usuário', funcionariam como instância transferencial, na qual a dimensão subjetiva do profissional-usuário pode ser tomada em consideração. O que o usuário deseja do serviço está presente desde a sua forma de aproximar-se. Ele chega com sua versão da sua história e de seu sofrimento. Essa versão,

mesmo sendo construída pelo sujeito, é parcial. Nela são priorizados alguns acontecimentos de maneira positiva ou negativa, bem como elege algumas relações de causa-efeito. Essa história, embora não revele a situação real e nem possibilite seu conhecimento total, permite entender algo sobre sua forma de ser no mundo e aponta possibilidades pelas quais ele pode ser cuidado. O profissional que recebe esse usuário é alguém que está sujeito às contingências e limitações próprias de todo o ser humano. Sua maneira de ser, sua relação com a profissão e com a instituição, estão presentes e interferindo no acolhimento ofertado ao usuário. Finalmente, as possibilidades terapêuticas ofertadas pelo serviço, associadas a outros dispositivos existentes no território, permitem delinear um projeto terapêutico para usuário.

◆ Organização das ações

Os documento e textos, em especial o Projeto de NAPS/CAPS (1997), os Relatórios da III Conferência Municipal de Saúde (1997) e da V Conferência Municipal de Saúde (2001), além do Projeto do Centro de Atenção Psicossocial (2002) destacam a importância das ações de atenção primária, de prevenção em associação com os demais programas de saúde das UBS, bem como o atendimento psicológico de criança e adolescente.

Porém, nesses documentos a ênfase está nas ações desenvolvidas em nível secundário, no ambulatório de Saúde Mental e no PAI/CAPS que , além do pronto atendimento (triagem), avaliação psicológica, acompanhamento psicoterápico (individual ou em grupos), avaliação psiquiátrica (primeira consulta), acompanhamento psiquiátrico (consultas agendadas e intercorrências), também estão voltadas para:

- o acompanhamento do serviço social (orientações aos usuários e familiares, visitas domiciliares).
- Encaminhamento de usuários a outros serviços que porventura não sejam prestados na unidade.
- Atendimento psicológico aos familiares dos pacientes.
- Orientação dos profissionais da atenção primária quanto aos procedimentos para avaliação e encaminhamentos para o programa.[...]

- Oferecimento de medicamentos utilizados pelos usuários.
- Implantação do atendimento intensivo aos pacientes com intenso sofrimento psíquico, nos moldes do NAPS/CAPS (em operação desde agosto/97)
- Implantação de Oficinas Terapêuticas visando ações de reabilitação e ressocialização (em operação desde outubro/95) [...] (PMS, 1997, p. 4).

O usuário, ao chegar no PAI/CAPS, é recebido no pronto-atendimento e depois encaminhado para os encaminhamentos necessários.

Uma vez admitido, um profissional passa a ser referência para o paciente e estabelece com ele um contrato que abrange: a frequência de comparecimento, participação nas atividades, a participação da família no tratamento, o atendimento psicoterapêutico, o atendimento psiquiátrico e qualquer outro item que assuma relevância na relação entre o paciente, o programa e seu tratamento. As relações entre as partes são mantidas e sustentadas pelo contrato que será reatualizado sempre que um acontecer qualquer se impor e justificar a alteração (PMS, 1997, p. 7).

A partir da entrada no programa de atenção intensiva, o usuário:

[...] ao longo da semana, [...] participa das atividades que acontecem no período: culinária, expressão corporal, música, fotografia, grupo de final de semana e qualquer outra atividade que a equipe e os pacientes avaliarem necessária e importante. [...] (PMS, 1997, p. 7).

As ações devem ser desenvolvidas prioritariamente em grupo e centradas em atividades expressivas

[...] Deve-se dar preferência para trabalhos em grupos, respeitando-se as indicações técnicas para tal. [...] (CMS/PMA, 1997, p. 40)

[...] Criação e consolidação dos programas de assistência ao adolescente que contemplem atividades lúdicas, esportivas, artísticas, culturais, sócio-educativas e profissionalizantes; [...] (CMS/PMA, 1997, p. 42)

Nas UBS, esse fluxo é organizado em torno das ações desenvolvidas pelos psicólogos de cada unidade. De maneira geral, o usuário é atendido pelo profissional de Saúde Mental na UBS a partir da busca espontânea ou do encaminhamento de seus outros programas e profissionais, de entidades e serviços localizados na região. Esses atendimentos consistem em avaliações psicológicas, orientações e atendimento psicoterápico. As atividades denominadas de prevenção, embora sejam muito valorizadas pelos gestores e pelos profissionais, não são desenvolvidas de forma sistemática e constante. Não existe uma articulação entre as ações de prevenção e de tratamento. A maior alegação é a falta de tempo, de disponibilidade ou despreparo dos profissionais. Porém, parece que o maior problema é a falta de compreensão construída pelo coletivo *do que é prevenção em Saúde Mental, para que e como deve ser realizada.*

Os encaminhamentos para o serviço de atenção secundária, de acordo com as orientações da SMS, devem ser para a psiquiatria, sendo que o usuário realizaria outros tipos de tratamento na própria unidade de origem. Entretanto, não existe nenhum tipo de estratégia definida para articular ações transversais, envolvendo dois ou mais serviços, mesmo que sejam de uma mesma área.

[...] Esse paciente não é da Saúde Mental, do CAPS. Esse paciente é do bairro [...] Então o pessoal que está atendendo naquele bairro, tem que entender que aquele paciente é dele. O paciente tem que ter uma referência lá de Saúde Mental. E o profissional tem que saber está indo o paciente e sua família. O paciente não pode ser tratado no CAPS, enquanto a UBS trata a família? [...] Acho que no dia em que a gente chegar a um nível desse, a gente estará bem! (G1).

O cadastramento do CIAPS/PAI como CAPS não provocou alteração significativa na maneira em que se organizam as ações.

O PAI é o Programa de Atenção Intensiva. Nós temos aqui dois programas: o ambulatório, onde os usuários passam por atendimentos e depois voltam para casa e o PAI, [...] onde eles passam o dia inteiro aqui: recebem o café da manhã, a medicação, o almoço, o lanche da tarde, a medicação da tarde e participam das atividades, das oficinas terapêuticas durante o dia. Isso faz tempo que existe.(G4)

A rotina das atividades do ambulatório e do CAPS é distinta. Em ambos, as ações são organizadas em equipe. No ambulatório, o fluxo das ações é mais definido. O usuário é inicialmente recebido no pronto atendimento (PA), por um profissional não médico da equipe. Após uma avaliação em que se define a urgência ou não da avaliação psiquiátrica, o usuário é agendado para um dos psiquiatras, encaminhado para internação, tratamento medicamentoso e psicoterapia individual ou grupal.

A gente tem uma idéia de como o CAPS deve funcionar. Mas ele funciona muito mal, por falta de pessoal. A gente tem que ter lá dentro um sistema de Pronto Atendimento (PA), não um PS para as pessoas que nunca foram atendidas e um dia, tem um surto. Nesses casos elas têm que ir para o PS mesmo. Mas os nossos pacientes precisam ter uma estrutura de contenção de crise no CAPS [...]. E para isso a gente precisa ter um PA para cuidar dos nossos pacientes no momento em que eles estão precisando mais e no ambulatório atender em psiquiatria mesmo e em psicoterapia também, porque a gente precisa oferecer psicoterapia para esse pessoal [...] (T4).

Aparece com frequência a avaliação de que no ambulatório/CAPS, as ações são desorganizadas, não sendo norteadas por metodologia de gestão que possibilite a integralidade do cuidado oferecido pelo próprio serviço e por aquele realizado pelas UBS.

Quando a gente chegou, tinha um monte de gente em atendimento médico, mas sem atendimento psicoterápico. Eles vinham aqui só para buscar a medicação. [...] A nossa idéia era de que se pudesse fazer uma grande anamnese aqui do CIAPS [ambulatório/CAPS], no sentido de encaminhar para terapia, revendo assim, a necessidade de a pessoa ficar aqui [...] Então, dar uma mexida. [...] Fazer terapia nos postos e aqui com a medicação (G4).

A organização das ações do CAPS parece também enfrentar dificuldades. A multiplicidade das ações, a diversidade de concepções e os conflitos existentes entre os vários profissionais que compõem a equipe geram uma situação considerada como caótica.

Houve a discussão e criamos as referências [...] Porque os estagiários vinham realizar as oficinas. Isto foi um trabalho difícil de lidar. [...] Porque era tudo separado. [...] Os estagiários eram mais um pedaço daqui. Tinha também o pedaço da equipe técnica, o da equipe de

apoio, o do pessoal da limpeza e agora chegava o pedaço dos estagiários. Estava tudo despedaçado. Até hoje ainda é um pouco, mas eu sinto que a gente já fez movimentos. Então começaram-se as oficinas. Até que um dia fomos sentar para entender o que era isso. E isso é algo de extrema importância para o funcionamento.... (G4)

A desorganização do CAPS é percebida como uma situação fragmentada e despedaçada, tal como freqüentemente relatam os usuários com intenso sofrimento psíquico. O ‘surto’ nesses momentos está deslocado para o serviço, para a equipe e até mesmo para a coordenação. Porém, a intervenção é diferente do que habitualmente ocorre com os usuários, pois os métodos utilizados na situação não são o tamponamento e nem a segregação dos elementos desestabilizadores, como a medicação e a internação, mas sim a escuta, o acolhimento, o questionamento, o fazer coletivo e a resignificação das diferentes visões da equipe.

Quais usuários encaminhar para o CAPS, as dúvidas ou divergências sobre como fazer o PA, parecem apontar que estão mais relacionadas às dificuldades em compreender as novas concepções teórico-técnicas da atenção psicossocial.

[...] Eu não sabia, por exemplo [...] que oficina terapêutica é uma coisa e terapia ocupacional é outra. Eu queria encaixar a oficina de vela dentro de uma atividade manual, como se fosse apenas isso. [...] Então, eu tirei um xerox de um texto que se chama “Oficina terapêutica para que?” e coloquei na caixa de cada profissional, junto de um texto do Abílio [Costa-Rosa] que fala da atenção psicossocial.[...] (G4).

A gente ainda discute tanto que tipo de paciente deve ir para o PAI/CAPS. Eu acho que isso já deveria estar super claro! Isso tinha que ser abolido de pauta de reunião. [...] (T3).

Mesmo assim, as oficinas terapêuticas estão consolidadas, coordenadas por estagiários de psicologia, tendo como referência os membros da equipe. As oficinas terapêuticas no município B buscam propiciar ao usuário o exercício de sua singularidade e de cidadania. Ao almejar a produção de desvios no sentido de mudança, de qualidade de vida e de reposicionamento do sujeito no mundo, pretende-se resgatar a dimensão clínica

nas ações de reinserção social. Oficina terapêutica teria como aspiração superar a concepção teórica-prática da reinserção social centrada apenas no exercício da cidadania.

No referente aos encaminhamentos para terapêutica medicamentosa, para psicoterapia individual ou grupal ou mesmo para a internação psiquiátrica, aparecem destacados poucos questionamentos por parte da equipe. A utilização da medicação é considerada, por todos os entrevistados, uma terapêutica imprescindível, embora haja críticas a este procedimento quando utilizado exclusiva e intensivamente.

Ah, eu acho que tomando a medicação eles ficam tão bem. Eles têm casa, e as pessoas que mais gostam deles, estão em casa.(T1).

Eu estava tão dopado de remédio que não percebia. Eu vinha aqui e dormia o dia inteiro. [...] Isso aconteceu até acharmos um medicamento que me mantinha em pé e que eu não dormisse. Então eu fui melhorando. E comecei a me interessar por alguma coisa, a fazer alguma coisa e não ficar ali o tempo todo dormindo. (U1)

Eu acho que têm alguns que, às vezes, tomam muita medicação. Mas quem sou eu, na ordem do dia? Às vezes eu chego a falar: "acho que com menos medicação esse paciente ficaria bem". Eu tento discutir isso com o médico, eu não tenho muito melindre com isso não [...] (T2).

A gente tentou, há um tempo atrás tirar receituário das mãos dos clínicos para impedir que eles receitassem medicação psiquiátrica. Porque os clínicos “drogavam” os usuários e não faz acompanhamento. Então aquilo fica fora do serviço de SM. A gente tentou amarrar esse fluxo, fazendo com que o usuário tivesse que passar pelo ambulatório. Mas com isso, a gente drenou uma demanda monstruosa para lá [...] Também compramos uma briga do tamanho do mundo com os médicos das UBSs. Então isso não funcionou, porque foi uma coisa de cima para baixo, burocrática e protocolar. [...] (G3).

A preocupação com medicalização da demanda também preocupa a DIR-VIII. Aparece destacada a importância do Programa de Assistência Farmacêutica na Área de Saúde Mental – Dose Certa implantado pela SES/SP.

O programa? O município para entrar no programa precisa ter o psiquiatra e o farmacêutico, além da equipe mínima formada ainda

pelo psicólogo e assistente social. Então quem recebeu, cumpriu isso. Agora o que eu ainda estou tentando discutir é a necessidade de se exigir além dos profissionais, também a qualidade de suas ações (G2).

O atendimento individual e grupal já é reconhecido como necessário para o tratamento do usuário em Saúde Mental. No entanto, pode-se verificar resistência em utilizar o grupo como dispositivo, principalmente entre os psiquiatras.

[...] Quando a gente propôs atendimento grupal de medicação e o médico fez isso junto com outro profissional disponível, o grupo aconteceu [...] Porque o médico não sabe o que é grupo. Grupo não é um montuado de pessoas. Você não põe dez usuários numa sala e vai de um por um perguntando sobre como ele está passando e revendo a medicação. [...] O médico não sabe, não quer aprender ou tem limitações [...] (G3).

[...] A gente começou dar importância ao atendimento medicamentoso em grupo. [...] Hoje, algumas pessoas são atendidas individualmente e outras pessoas são atendidas em grupo. Eu sinto que a qualidade caiu. [...] Por quê? Porque eu acho que para você fazer um atendimento em grupo; mesmo que seja um GRM, não é apenas fazer pequenos atendimentos individuais com um monte de gente junta (G4).

A internação psiquiátrica é outro procedimento terapêutico que apesar das críticas também é utilizado pelo ambulatório/CAPS.

Em vez de internar um mês, estou internando por uma semana. [...] Acho que isso se mantém, mas também aumentou muito o número de pacientes que eu atendo. (T4)

O usuário ou a família pede internação e agente explica que não é só internar, porque o caso tem que ser avaliado. [...] Alguns ficam bravos e dizem: “É na minha casa eu que agüento!” Na realidade, você não sabe o que está acontecendo em casa, mas não são todos. Tem uns que até aceitam participam do tratamento, tomam a medicação e melhoram [...] Eu acho que é uma dificuldade para família também internar uma paciente. (T1).

Não houve muita diminuição da internação, porque a demanda aumentou demais. [...] O número de internações oscila muito e isso eu tenho pronto em estatísticas. Diminuiu um pouco a internação, mas

poderia ter diminuído ainda mais. Se a gente pensar o número que procuravam aqui há dois anos atrás, a internação diminuiu muito. [...] (G4).

A internação nem sempre é utilizada para atender à necessidade de acolhimento e cuidado do usuário em situação de crise. A internação integral do usuário da Saúde Mental tende a ocorrer por falta de outros recursos terapêuticos. Isso não significa que os membros das equipes não realizam intervenções frente aos momentos de crises dos usuários. É comum ter-se profissionais utilizando veículo próprio para tentar atender algum usuário em crise na rua ou em casa. Tais iniciativas pessoais, contudo, contam com pouco envolvimento da equipe e do serviço.

Em geral, as dificuldades encontradas na organização do próprio trabalho da equipe parecem permear todas as demais identificadas na definição e operacionalização das ações.

◆ O trabalho em equipe multiprofissional

Os documentos, textos e entrevistas dos gestores e trabalhadores, analisados do município B, tal como no outro município, estão em consonância com a premissa de que o trabalho em equipe é um eixo fundante de todo o processo de construção e de execução de um projeto terapêutico. As reuniões de equipes constituem-se o melhor dispositivo para viabilizá-lo. A relevância do trabalho em equipe aparece explicitada de várias maneiras e em diversas situações.

As ações dos serviços são planejadas e executadas pela equipe multiprofissional, por intermédio de reuniões de equipe e assembléias. Essa maneira de organizar e fazer funcionar o cotidiano do serviço aparece descrito também nos documentos elaborados, notadamente, nos Projetos do Centro de Atenção Psicossocial (1997; 2002) e nas entrevistas.

Uma vez por semana, os pacientes e profissionais envolvidos no programa, realizam uma reunião para discutir o cotidiano [...] tudo que é importante na rotina e nas relações interpessoais que envolvem a todos. É o foro mais importante de discussão do programa [...]. E

neste momento que o tratamento paciente é avaliado, as condutas são definidas, os encaminhamentos são propostos e o projeto técnico é avaliado. É o foro de decisão técnica e teórica (PMA, 1997, p.7).

[...] Apesar das dificuldades e do caos que se instalou no CAPS, existe a perseverança da equipe. E isso é fundamental, pois existe uma capacidade de um ajudar o outro. [...] Então isso acontece porque todo mundo vê que todos estão trabalhando e ajudando. E isso é muito legal. [...] (T4).

[PAUSA] Eu acho que um dos pontos positivos é a disponibilidade de cada um. Eu acho que está todo mundo disponível e muito integrado [...] E o que dificulta é a política mesmo! O que atrapalha a gente é a máquina administrativa, porque, às vezes, você está fazendo um trabalho, mas falta isso e aquilo (T2).

Para viabilizar o trabalho em equipe, o ambulatório/CAPS realiza reuniões para construir seu projeto. Nessas reuniões decidem, a partir da “clínica do caso”, o encaminhamento do usuário para o CAPS, a sua frequência no serviço, a organização das atividades, a definição do profissional de referência para cada usuário e para as oficinas, bem como os problemas e dificuldades encontradas no dia-a-dia do serviço.

[...] A gente decidiu que isso seria visto em equipe. [...] Isto quer dizer que nós vamos ver com o usuário e também, a partir do entendimento que a gente tem de sua situação, quais as oficinas ele vai poder participar e quantas vezes na semana ele precisa vir aqui. [...] Então o que nós propusemos no final do ano passado? Que nós fizéssemos juntos às oficinas. [...] Então sentou todo mundo: os estagiários, o supervisor e nós..., menos a equipe de apoio. Então a gente foi fazendo os encaixes. [...] Hoje estamos entendendo melhor as coisas e, conseqüentemente, a integração foi melhorando. [...] (G4).

As equipes de Saúde Mental do município realizam várias reuniões. Pelo menos uma delas é mensal, com todos os psicólogos das UBS, a coordenação do ambulatório/CAPS e a coordenação de Saúde Mental, para discussão dos problemas e das dificuldades de integralizar as ações dos vários serviços.

[...] Na rede a gente tem uma vez por mês uma reunião com todos os profissionais, nas quais a gente tenta discutir em cima dos casos concretos, dos encaminhamentos e dos problemas trazidos (G3).

No ambulatório de Saúde Mental e no CAPS há duas reuniões semanais: uma com os estagiários e a equipe técnica, menos os médicos; outra com a equipe técnica, incluindo os médicos e a equipe de apoio. Antigamente havia uma apenas, com a equipe de apoio.

No começo tinham 3 [reuniões], sendo uma só de apoio [...] Hoje, de 15 em 15 dias, às sextas-feiras, a gente tem uma reunião com a equipe toda médicos, demais técnicos e a equipe de apoio, sem os estagiários. [...] E toda 3ª feira, a gente tem uma reunião da equipe técnica com os estagiários, menos os médicos. Quando algum médico pode, ele vai.[...] O objetivo é conversar sobre as questões da instituição. Na 3ª feira discute-se mais sobre o PAI/CAPS. E essas reuniões têm sido muito interessantes. [...] (G4)

A gente está participando. [...] Antes, era uma reunião com o pessoal de apoio e uma outra só com os técnicos. Agora parece que isso vai mudar. Todo mundo vai participar junto. [...] Eu acho que é bom! [...] Porque às vezes resolve-se alguma coisa na área técnica que o pessoal do apoio não fica sabendo [...] Alguns não gostam quando falamos alguma coisa. A gente também não gosta. Bom, a crítica é dura! [...] (T1).

As percepções dos entrevistados sobre essas reuniões são diferentes.

[...] na imensa maioria das vezes, nós chegamos ao consenso sobre o que vamos fazer. Todos ali pactuam, mais ou menos, da idéia de qual seria o modelo para que aquilo funcionasse. [...] (T4).

[...] Às vezes, eu acho que eles têm encontros interessantes e outras, as pessoas se trombam e se agridem. Às vezes, uma acha que está certa e a outra errada. Você sente que tem coisas que são polarizadas.[...] (G3)

Tais percepções, principalmente aquelas que destacam as divergências e conflitos, indicam várias ordens de problemas nas reuniões de equipe. A primeira é a relação do serviço e da equipe com os psiquiatras

Quando eu aqui cheguei os médicos nunca iam às reuniões. Então eu fiz um levantamento de qual seria o melhor horário e o melhor dia para que todas as pessoas pudessem ir. [...] A gente marcava às 10:30hs da manhã e isso foi outro parto. Até que eu cheguei um dia e

disse: "O que precisa acontecer aqui dentro para que vocês [médico-psiquiatras] venham nas reuniões?" [...] E eles responderam que tinham muita gente para atender e isso é verdade! [...] Então, nós fomos de vagarinho, modificando a agenda de 6ª feira [...] A reunião de 6ªf. está podendo acontecer. [...] (G4).

As dificuldades do serviço com os psiquiatras não se restringem apenas à não participação deles nas reuniões. Elas também englobam a própria concepção teórica-técnica sobre doença/saúde mental e seu tratamento.

Hoje a gente tem naquela unidade 4 médicos, dos quais dois que são pessoas extremamente próximas que constróem junto, que discutem juntos [...] À vezes, esses médicos ouvem muito opinião do psicólogo e atendem juntos. [...] Nós temos uma profissional, que está muito distante dessa proposta nova que a gente tem. [...] Porque ela quer exercer o lugar do médico mesmo. [...] Ou seja, ela trata o sintoma, dá o remédio e pronto (G3).

[...] Eles trabalham aqui em torno duas horas e meia. [...] Mesmo assim eles não tinham horário um horário disponível para irem às reunião [...]. Mas não é só por falta de horário e sim porque não havia valorização. Não se tinha equipe, porque fazer reunião? Eu também não sei se eu posso te dizer se os médicos, atualmente, vão à reunião porque sentem que ela é importante ou se vão só por ir, porque para mim isso é uma coisa indiscutível (G4).

Também representa um obstáculo a forma de contrato que os serviços fazem com os médicos. Eles são contratados com carga de 20 horas semanais em psiquiatria clínica. Essa carga horária é transformada em número de consultas diárias e com isso o tempo de permanência do médico no serviço acaba sendo definido pelo tempo em que ele utiliza para atender sua cota de consultas. A responsabilidade desse tipo de contrato é do gestor, mas parece que ele tem dificuldades para encontrar psiquiatras que aceitem ou consigam cumprir uma outra forma de trabalho.

A contratação, muitas vezes, é uma coisa muito antiga, retrógrada e feita por produção [...] "Quanto mais eu atender mais eu ganho" [...] Eu já vivi uma experiência de tentar um outro caminho. Eu chamei uma pessoa e falei: "quanto você quer, eu não quero que você fique aqui tantas horas eu quero que você faça atenção psicossocial!" Esse

psiquiatra fez a sua proposta e eu consegui o mais difícil: convencer o prefeito a pagar diferenciado somente para ele . Depois ele entrou, mas não fez.[...] (G2)

A própria equipe reconhece a necessidade de outro tipo de contrato, que contemple a permanência do psiquiatra no serviço .

Eu acho que o psiquiatra tem que fazer o seguimento dos pacientes do PAI/CAPS que estão usando medicamentos ou que precisam dele e que ainda estão usando. [...] Você tinha que ter um profissional que não tivesse consulta e que estaria lá só para isso. Isso é fundamental. Um só não consegue fazer as duas coisas (T4).

Também é destacada a necessidade da equipe, especialmente dos psiquiatras, de assumir toda a demanda do ambulatório de Saúde Mental e do CAPS.

[...] Esses três serviços, o PA, o ambulatório e o PAI/CAPS, funcionam hoje atropeladamente, ou seja, um atropela o outro hoje. [...] Mas eu acho melhor um estar atropelando o outro, do que ter as portas fechadas, como, por exemplo, ocorrem nos postos de saúde. O usuário está com uma crise e a pressão dele aumentou, mas ele não será atendido, a não ser que ele vá no PS (T4).

Um segundo grupo de dificuldades está centrado nas divergências de concepções acerca de como deve ser organizado o serviço. O procedimento utilizado nem sempre é reconhecido como método de gestão eficaz.

Não se organiza, eu acho! [...] Cada um organiza a sua agenda. [...] O paciente geralmente passa por um psicólogo ou por alguém da equipe, Se é um caso que tem indicação para vir para TO ou para vir para o PAI, ele é levado pra reunião e lá é apresentada a clínica do caso [...] Se a equipe achar que ele tem alguma indicação para ele vir, ele vem está vindo, ele vem e fica durante uma semana participando de todas as oficinas para que se possa ver onde ele se encaixa e o que ele gosta. Só então, ele faz um contrato com um profissional de referência. [...] .(T3)

A resistência quanto à aceitar a forma de organizar um serviço de Saúde Mental decorre de muitas razões, pois esse processo exige mais do que estabelecer um rol de atividades norteado por diferentes técnicas, por minuciosos critérios de encaminhamento e definido de acordo as suas especialidades profissionais da própria equipe.

Na equipe a gente fez no ano passado um estudo de cada usuário para ver quantos dias ele necessitava.[...] Fizemos um estudo de caso por caso, junto com o técnico de referência, médico e definimos o projeto de cada um e distribuimos por atividades. [...] (T2).

Ao contrário, a construção de um projeto terapêutico coletivo requer disposição para a produção de rupturas nos saberes e técnicas instituídas no serviço. Ele exige a capacidade de análise e de intervenção da equipe e da população atendida, a construção de novas parcerias e práticas, exige disposição para o novo, para a mudança e até mesmo para com a desestabilização do serviço e das especialidades profissionais.

[...] Porque os estagiários vieram e eles são muitos. São três em cada grupo, [...] está equipe muito defasada. Porque a gente tem dois programas e não só o CAPS. [...] A gente tem também o ambulatório. [...] O psicólogo fica o mesmo tempo num grupo ou numa oficina e tem que atender um monte de gente [...] (T2).

Também aparece um terceiro grupo, em que se localizariam as dificuldades pessoais dos profissionais e a falta de perfil para trabalhar no serviço.

[...] Nós temos uma profissional mais antiga, com a qual é difícil de se trabalhar. [...]. Acho que é uma profissional com muita limitação pessoal. [...] É alguém que está muito distante dessa proposta nova que a gente tem. É alguém que eu não acredito que algum dia ela venha com tranquilidade e com eficácia exercer seu trabalho nesse lugar [...] (G3).

É possível identificar também um quarto grupo de dificuldades. Nele estariam situados os conflitos entre a equipe nova e a velha, entre a equipe técnica e os estagiários, a equipe técnica e a coordenação.

Junto comigo, vieram alguns profissionais novos. Então, ficou um ranço entre a equipe velha e equipe nova e isso foi muito desgastante.[...]. Porque era verdade mesmo: tinha uma equipe nova e uma equipe velha. [...] A equipe nova estava fresca. [...] Uma das profissionais era recém-formada, tinha especialização em alcoolismo e droga e estava cheia de idéias novas na cabeça. A outra tinha especialização e experiência em saúde pública [...] Ela coordenou

durante 7 anos um programa de Saúde Mental pública. [...] Então, essa época foi muito difícil [...] (G4).

A cisão na equipe gerou conflitos. Nas reuniões, essa situação foi por vezes explicitada sem ser trabalhada o suficiente para deixar de produzir outros desdobramentos prejudiciais aos envolvidos. Várias tentativas foram realizadas.

[...] Até que um dia resolvemos falar assim: “Como esse PAI começou?” [...] Então, retomamos a história daqui. [...] Eu acho que ficou um respeito por conta de quem estava chegando, por toda a luta de quem já estava aqui faz tempo. Nesse momento, houve uma troca boa. Devagarzinho nós fomos podendo ocupar nossos espaços o que facilitou muito. [...] É de um valor imenso, um passo de formiga. Por isso que eu falei no começo que não basta ter o CAPS constituído formalmente, porque as pessoas precisam saber quais as ações terapêuticas que devem ser feitas num Centro de Atenção Psicossocial (G4).

Esse momento foi importante. Os profissionais antigos sentiram-se valorizados e reconhecidos como sujeitos da história. Mas, mesmo assim, a divisão continuou. Esse trabalho de construção coletiva parece ocorrer somente nos momentos de crises e de conflitos, quando após longas discussões beirando questões pessoais, a equipe consegue momentaneamente explicitar suas divergências e antagonismos e recompor-se como coletivo. Contudo, a divisão diminuiu quando os “profissionais novos” foram dispensados em função do vencimento dos contratos de trabalho, que foram feitos em caráter emergencial, em 2001, no início do mandato da nova administração, para resolver os problemas da falta de profissionais para atender a demanda. No segundo ano do mandato, em 2002, o gestor municipal sob alegação de atender as exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal, dispensou a maioria dos funcionários contratados.

Com a saída dos novos, continuaram os conflitos entre os estagiários e a equipe técnica. Os profissionais, principalmente aqueles considerados da “equipe antiga” sentiam-se preteridos e desvalorizados pelos novos gestores. Também achavam as ações que desenvolviam e as condutas que tomavam frente às situações com os usuários eram criticadas pelos novos componentes e pelos estagiários.

Parece que quando você avalia que algum paciente não tem condições pra participar de uma determinada oficina, parece que acabou

encurtando o trabalho do estagiário, sabe? E tudo vira discussão, tudo vira briga e acaba virando uma coisa pessoal. Porque a maioria das pessoas que trabalha aqui é psicólogo. (Eu não sou psicóloga nem assistente social). Então tudo que a gente fala eles já vêm com uma teoria, já vem com uma interpretação em cima daquilo e parece que você está falando besteira. [...] Fica muito difícil, fica muito difícil de se trabalhar dessa maneira! (T3).

Os conflitos entre os estagiários e equipe técnica manifestam-se de várias maneiras, algo que aparece de forma mais velada:

Geralmente as oficinas são todas fechadas. A maioria delas é fechada. E a maioria dessas oficinas é feita por estagiários [...] Eles já tem as propostas e então eles avaliam para ver cabe e se eles se identificam! (T3)

Os estagiários de psicologia atualmente são os monitores das oficinas terapêuticas realizadas no CAPS. Eles trabalham em duplas e cada oficina tem como referência um profissional da equipe. No início do Programa de Atenção Intensiva as oficinas eram realizadas em conjunto pelos profissionais e estagiários. Depois, os profissionais foram se deslocando para o atendimento usuários do ambulatório e deixaram as oficinas. A saída dos profissionais é justificada por diversos motivos, como o desinteresse dos mesmos pelas oficinas em função das dificuldades da SMS fornecer o material necessário ou então as divergências entre profissionais e os estagiários quanto aos objetivos das oficinas terapêuticas. Estas divergências não foram trabalhadas suficientemente e se transformaram em antagonismos.

Porque quando eles saem da faculdade saem muito com a teoria. Então eles vêm com tudo embasados na teoria [...] Mas só que na prática é diferente. Tudo bem que nós temos um monte de falhas. Não estou falando que nós somos perfeitos, porque nós temos muito o que aprender. Mas a gente sempre fez aqui muita coisa, mas só que, às vezes, não é reconhecido.[...] (T2).

As reuniões deveriam ser discutidas. Já foi tentado, várias vezes, mas também não deu. O supervisor dos estagiários tem todo controle sobre as atividades desenvolvidas com os estagiários. E a coordenação estava indo muito pela onda dele, pelo que ele pensa, pelo que ele acha. Só que

eu acho que ela se esquece um pouco que tem uma equipe que trabalha com isso diretamente. [...] Então tudo que você faz ou fala acaba virando briga, acaba virando discussão. [...] (T3).

O conflito entre estagiário e equipe é estendido para a atual coordenação do serviço.

Com essa mudança de Gestão e com essa mudança de coordenação, [...] eu acho que a equipe se afastou da pior maneira que poderia se afastar. E eu já falei para a coordenação, que para ela ver essa equipe envolvida do jeito que era antes, ela vai ter que pedir mesmo, porque ninguém mais vai voltar espontaneamente. Porque ninguém mais quer voltar àquela etapa. No meu caso, por exemplo, eu estou conseguindo trabalhar aqui muito mais tranqüila (T3).

Quando eu vim para cá os estagiários já tinham uma importância aqui dentro. Eles representam algo que vem tirar você do lugar. Porque eles falavam assim: “tem-se que ver a singularidade, a clínica do caso, o diferente”. (G4).

A partir de 2003 esses conflitos diminuíram. Uma das profissionais mudou de cidade e desligou-se da equipe. Outra, que estava afastada, voltou. Houve mudança no grupo de estagiários, o prédio do ambulatório/CAPS foi reformado para melhor atender os usuários e também para adequar-se às exigências legais (para conseguir o cadastramento do CAPS junto ao MS).

[...] Nesse ano eu estou sentindo as coisas de forma diferente.[...] Porque, eu acho que a partir do momento em que o estagiário vem, ele faz parte da equipe, [...] Tanto ele tem que me respeitar como eu também tenho que respeitá-lo, não porque ele é estagiário que ele sabe menos do que eu. O estagiário vem de fora e quando alguém vem de fora ele consegue ver defeitos que a gente, às vezes, não consegue.[...] É um ângulo diferente. Às vezes, a gente passa a conviver naquele cotidiano e todo passa a ser normal, então chega alguém para dar uma opinião. Eu acho isso muito válido e muito legal. [...] (T2).

Em todo começo de ano eu fico muito resistente com as mudanças Então eu digo: “Ah! meu Deus vai começar aquela bagunça tudo de novo”. Não é bem bagunça. É que eles ainda não conhecem a instituição, porque eles estão chegando naquele momento. Então, eles

não têm noção nem de onde devem ficar os prontuários. [...] Os estagiários do ano passado era uma turminha muito legal! Essa que está começando agora também. [...] Mas já teve turminha muito difícil! Teve até aprimorando difícil. (T1).

Além dos estagiários, também atuam no ambulatório/CAPS três psicólogos do Programa de Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Coletiva da DIR-VIII, que permanecem no serviço durante um ano. A presença deles, mesmo que provisória, não provoca muitos conflitos na equipe.

[...] O aprimoramento eu acho bom tanto para eles como para nós. Os estagiários eu também os acho muito bons, mas eu acho que [...] nós somos deixados muito para trás. [...] (T2).

Os conflitos entre os estagiários e a equipe podem ter vários significados e diversos desdobramentos. Observa-se que as diferenças existentes entre esses dois grupos poderiam não apenas desestabilizar a equipe e o serviço, mas principalmente contribuir para a construção de um coletivo organizado capaz de elaborar um projeto e realizar a co-gestão. A capacidade da equipe de colocar-se em análise e agir de acordo com projetos ou em co-gestão exige reconhecer as limitações do contexto e as exigências do interesse alheio, assim como encontrar mecanismos para se satisfazer as necessidades e desejos. Para isso, é preciso lidar com os conflitos existentes na equipe, e possibilitar espaços para a expressão e reconstrução de interesses e desejos de seus membros. (CAMPOS, 2000).

Nas equipes multiprofissionais dos serviços de Saúde Mental dos dois municípios, a maioria dos profissionais é psicólogo. No entanto, observa-se que o saber psiquiátrico subsidia a maioria das ações cotidianas dos serviços e das atribuições específicas dos demais profissionais. O percurso do usuário nos serviços é orientado pela psiquiatria, mesmo os psiquiatras não desenvolvendo atividades no PA.

Na região em que se situam os municípios, é pequena a oferta de psiquiatras para atuar no serviço público. No entanto, essa situação não tem possibilitado a ruptura do modelo psiquiátrico, cujo atendimento é centrado essencialmente na figura do médico. Ao contrário essa ausência propicia até mesmo certo enaltecimento dos procedimentos psiquiátricos ou enaltecimento da figura do psiquiatra.

Costa-Rosa (1987) aponta que na atenção psicossocial é preciso romper com o relacionamento da equipe multiprofissional denominado “linha de montagem”⁹⁵ e produzir outro modo que suponha a integração em profundidade. A integração em profundidade da equipe possibilita o trabalho coletivo por intermédio da elaboração das tensões existentes entre os espaços em comum e os espaços da especificidade profissional.

A dificuldade para promover integração em profundidade na equipe representa obstáculo importante na construção de uma atenção psicossocial. A complexidade e amplitude das demandas dos usuários requerem ações de intervenção que superem as fronteiras dos núcleos de competência e responsabilidade profissionais e abarquem as atribuições, em termos de competência e responsabilidade, do campo psicossocial (CAMPOS, 2000).

A partir da definição da importância de espaço coletivo para a construção das práticas cotidianas do serviço prioriza-se o trabalho em equipe não apenas voltado para a execução das ações, mas para todo o processo de definição, de organização e de funcionamento das ações.

Esse processo deve estar comprometido com a responsabilização real do serviço pelo cuidado do usuário de modo a considerá-lo em sua singularidade, valorizar as terapias grupais e projetos de natureza coletiva, reconhecer a doença e o tratamento como processos de transformação a longo prazo, conceber a instituição como referência da vida dos usuários e envolver a participação dos pacientes nos projetos. Isso tudo supõe a superação da lógica atual, exigindo mais do que estabelecer um rol de atividades norteado por diferentes técnicas, por minuciosos critérios de encaminhamento e definido de acordo as suas especialidades profissionais da própria equipe.

⁹⁵ Taylor (1990), no início do século XX, construiu um método de administração baseado na disciplina e no controle do poder com objetivo de impedir que os trabalhadores tivessem o controle do processo de produção e com isso distanciá-los de sua produção e de seu valor e, conseqüentemente, facilitar o aumento do lucro. Assim, o método proposto pelo autor, supõe a divisão dos processos de trabalho onde existiria a separação entre o trabalho de planejamento, concepção e direção e as tarefas de execução. O grupo de trabalho intelectual seria formado pelos dirigentes. Estes deveriam ter iniciativa, criatividade e capacidade de comandar. O grupo de execução seria composto pelos trabalhadores, cujos atributos essenciais seriam a ordem, a habilidade e a obediência na realização de tarefas fracionadas e pré-estabelecidas. A divisão do processo de trabalho, pela qual se dificultava a percepção do produto total pelos trabalhadores, foi denominada linha de montagem

Para BRAGA CAMPOS (2001), a equipe multiprofissional do serviço de Saúde Mental é responsável pelo cuidado do usuário. As ações devem ser voltadas para o usuário a partir da elaboração de projeto terapêutico específico, flexível, que respeite a singularidade do usuário, e a ação terapêutica decidida coletivamente (mas com realização singular).

ONOCKO CAMPOS (2001) também propõe aportes importantes. Para a autora, a equipe multiprofissional do serviço de Saúde Mental precisa ter um projeto claro de trabalho. Isso supõe que a equipe deva desenvolver inicialmente um reconhecimento como grupo. Depois, é necessário conhecer “as capacidades técnicas e organizativas do grupo”, analisar os saberes em disputa e compor um referencial para agir. Finalmente, o grupo identifica os recursos (saberes, poder, legitimidade, tempo, ousadia, paixão, entre outros) que possui para realizar seu projeto.

A presença de profissionais do curso de aprimoramento em Saúde Mental e de estagiários do curso de psicologia produz movimentos constantes na equipe. Esses movimentos fazem emergir conflitos entre os membros ou ‘subgrupos’, como já foi analisado. Mas, com frequência, revelam contradições entre o modelo psiquiátrico e o da atenção psicossocial. Nessa perspectiva, os conflitos expressos nas polarizações coordenação *versus* equipe, profissionais *versus* estagiários, profissionais antigos *versus* novos, equipe *versus* médicos, práticos *versus* teóricos, equipe administrativa *versus* equipe técnica, podem permitir o reconhecimento da equipe como um grupo. Como tal, é possível produzir o fazer coletivo e a descoberta de novas entradas para recompor o projeto de atenção psicossocial, embora os conflitos apareçam como divergências e brigas pessoais (COSTA-ROSA, 1987).

Enfim, os profissionais da equipe do ambulatório/CAPS do município B reconhecem e aceitam a importância do trabalho em equipe para efetivar a atenção psicossocial. Porém, fica explícita a dificuldade para se concretizar o trabalho coletivo. Assim, pode-se pensar que a equipe necessita algum tipo de supervisão de apoio institucional para ampliar a capacidade das pessoas se relacionar com poder, com os afetos e com o conhecimento.

◆ Fluxo do poder decisório e de execução do serviço

O fluxo do poder decisório e de execução dos serviços de Saúde Mental no município B, reproduz o modelo adotado em toda secretaria de saúde e é semelhante ao encontrado no município A. Esse modelo ainda está centrado em um fluxo do poder hierárquico piramidal em que há uma separação entre o trabalho de execução e o trabalho decisão.

Essa situação parece diferenciar-se apenas no ambulatório/CAPS, onde essa divisão aparece diluída, a ponto de ser identificado como local em que a equipe tem liberdade de ação, como sugere o trecho abaixo transcrito:

Eu acho que o CAPS sempre teve e continua tendo muita liberdade de ação lá dentro. A gente não tem investimento. Nunca teve! Isso não é coisa desse governo, foi do outro também. Precisamos de mais gente e de material também. Só com o que a gente tem, a gente faz o que bem entende, no bom sentido, é claro! (T4).

[...] A coordenadora sempre fala para mim: “Eu sei que você está certa, eu sei que é isso mesmo, mas não dá”. [...] Eu não estou falando que eu quero agora, mas se a gente não começar a caminhar já não vai dar nunca (T3).

O termo liberdade pode indicar autonomia, no sentido de promover o fortalecimento dos sujeitos e permitir o exercício de um poder compartilhado para ter-se acesso às informações, participar das discussões e das tomadas de decisão acerca do projeto do serviço. Porém, o termo liberdade também pode remeter à idéia de que cada pessoa pode agir segundo a própria determinação, sem considerar seu grupo de referência e pertinência. Assim, não é necessário construir espaços coletivos para se analisar, definir e executar as ações. A existência de um poder de coordenação é desnecessária. O coordenador não é reconhecido pelo grupo. Ele é considerado mais um membro do grupo.

As análises sobre o funcionamento da equipe, suas dificuldades e conflitos parecem apontar para uma crise da coordenação nos serviços dos dois municípios. Em ambos, as equipes e as coordenações dos serviços de Saúde Mental co-responsabilizam-se pelas dificuldades de se trabalhar em equipe de forma mais democrática. Analisam essas dificuldades exclusivamente na vertente individual de cada um dos componentes. Não

reconhecem os determinantes do modelo gerencial racionalista hegemônico. Portanto, não conseguem ainda aumentar a capacidade de direção do grupo. Essa situação pode estar relacionada à falta de um método capaz de ampliar a capacidade de análise e de intervenção do grupo. Isto é, um método que possa apoiar, “de modo simultâneo, a elaboração e implementação de Projetos e a construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados” (CAMPOS, 2000, p. 185).

◆ As ações territoriais

Nos dois municípios estudados, são incipientes as ações realizadas no território com objetivo de descobrir outros espaços que compõem a vida cotidiana dos usuários e que podem contribuir para a construção de outros recursos terapêuticos. Nesse sentido, é importante destacar que os documentos analisados não explicitam as ações desenvolvidas no território dos serviços e de referência aos usuários, com exceção das ações de vigilância nas escolas.

Inexistem ações que exigem uma intervenção na perspectiva de uma clínica ampliada, desenvolvida em determinado território geográfico, histórico, biográfico e subjetivo. Essa ausência aparece destacada apenas no trecho da entrevista abaixo:

[...] Mas esse paciente não é da Saúde Mental e do CAPS, esse paciente é do bairro [...] Então o pessoal que atende naquele bairro tem que entender que aquele paciente é dele e ele tem que ter referência lá para a Saúde Mental. [...] Por que não se tratar o paciente no CAPS e a unidade básica tratar a família? Vamos dizer assim, acompanhar essa família ver se o paciente está indo no CAPS. Acho que o dia que a gente chegar num nível desse, a gente estará bem! (G1).

Em 2003, a UNESP, através de um convênio para a realização de estágio curricular dos alunos do curso de psicologia, propõe à Secretaria de Saúde um projeto piloto de estágio em um núcleo do Programa da Saúde da Família do município.

Um curso de capacitação em Saúde da Família, com ênfase em Saúde Mental, está sendo ministrado [...] aos membros da equipe da Unidade da família [...] e tem por objetivo a capacitação dos funcionários no

atendimento de pessoas com doenças mentais [...] uma parceria entre a UNESP e a Secretaria Municipal de Saúde [...] (DIÁRIO DE ASSIS, 2003, p.3).

O projeto, como aparece destacado no trecho da matéria acima transcrito, consiste numa primeira etapa na realização de um curso de capacitação⁹⁶, com objetivo de qualificar a equipe da saúde da família para a organização do cuidado em Saúde Mental a partir do conhecimento do seu território de abrangência, do levantamento de problemas e da construção de projetos de intervenção. O grupo é composto de todos membros da equipe do PSF, coordenadores do PSF e da Saúde Mental do município e os estagiários de psicologia e coordenado pela supervisora de estágio. Esse projeto, embora tenha sido uma experiência piloto, constitui tentativa significativa de elaboração de projeto de intervenção em Saúde Mental num dado território.

Também, no CAPS existe uma oficina de passeio que promove algumas incursões pela cidade e pela região. Também ampliou-se a participação dos usuários em eventos realizados na cidade. A Banda 'Lokonaboa' composta de estagiários de psicologia e usuários já realizou apresentações no teatro municipal, na universidade, entre outros espaços. Também quadros e outras produções artesanais dos usuários são expostos na cidade.

Finalmente, os serviços de Saúde Mental de ambos municípios têm desenvolvido algumas ações culturais nos espaços públicos do território. Essas ações têm como objetivo de promover a inserção social do usuário e de incentivar o encontro e o diálogo com os diversos segmentos da população sobre o sofrimento psíquico e seu tratamento, buscando-se conseqüentemente, transformar o imaginário social dominante acerca da doença mental.

⁹⁶ Elaborado pelo Programa de desenvolvimento de RH da OPAS – Representação do Brasil e o MS, em parceria com o Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG. IN: PIANCASTELLI, C.H. et al. (org). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe da Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde - Pólo de capacitação em saúde da Família da UFMG: NESCON - Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem- OPAS/representação no Brasil, 2000

4.3.2.3- Campo político-jurídico

◆ **Percepção das políticas de Saúde Mental estadual e nacional**

No município B, as práticas discursivas destacadas nos documentos fazem pouca referência às políticas de Saúde Mental estadual e federal. Nas entrevistas pode-se observar que os gestores e alguns trabalhadores evidenciam percepção positiva de tais políticas.

Essa situação não representa necessariamente desconhecimento ou discordância em relação a elas, pois o município procura organizar seu sistema de saúde de acordo com as políticas estadual e federal. Na Saúde Mental essa situação não é diferente. Talvez o fato de a atenção em Saúde Mental não ser prioridade no município justifique não somente a pequena referência às políticas estadual e federal, e Leis, Portarias, normas e diretrizes acerca da atenção psicossocial, mas também a pouca produção de documentos sobre a área de Saúde Mental.

Os gestores e trabalhadores, de maneira geral, avaliam que atualmente as iniciativas do governo federal para se criar uma rede em Saúde Mental, substitutiva ao hospital psiquiátrico, têm sido mais consistentes e relevantes.

Historicamente, a SM é renegada. Ela é considerada uma da área da medicina que gera poucas conseqüências nas pessoas, as quais nem a família gosta. [...] O que está vindo razoavelmente bem, é a questão da orientação desta política da SM, voltada para a desospitalização, ta. Só terá investimento federal quem for montar um serviço de atenção psicossocial, mesmo que monte 'capengando', como a maioria dos municípios faz. Mas isso já é avanço, porque antes, a política era só de internar (T4).

Hoje, mais especificamente nos últimos anos, eu tenho uma visão um pouco melhor. [...] E hoje eu analiso que o Ministério e a Secretaria de Estado está dando uma atenção melhor e voltando-se para Saúde Mental. Porque até então, a minha impressão era de um descaso, por parte dele (G2).

Para esses atores sociais, a motivação para se investir em novos serviços e ações seria meramente financeira, uma vez que tem sido muito elevado o gasto com internações psiquiátricas.

Porque se você não pensar na parte social no que significa uma internação para o paciente e para a família dele, você só vai ver os gastos. Então, para o gestor municipal, o que se gasta com internação é uma coisa absurda. Porque tem que ter motorista para transportar o paciente, o combustível e mesmo as AIHs, as autorizações de internação as quais tem-se que disponibilizar (G1).

Eu diria que em termos de uma política mais ampla em nível de Ministério houve, de uns tempos para cá, um investimento maior. Não sei se isso aconteceu devido a um desejo de que a coisa necessariamente fique boa [...] Ou se percebeu que a SM gera um gasto excessivo. É uma das AIH mais cara que existem. [...] (G3).

Além da justificativa do gasto financeiro para a mudança da política nacional em Saúde Mental, também aparece destacada a importância dos movimentos sociais vinculados à Saúde Mental na luta por uma sociedade sem manicômio.

[...] Existia uma luta antimanicomial que eu acho que veio bem antes dessa política e que a gente conseguiu alguns avanços só depois de muita briga. Então para mim já está mais claro, que a gente precisava ter um outro tipo de trabalho [...] (G1).

◆ Leis, portarias, normas e diretrizes acerca da atenção psicossocial

Em termos das Portarias, observa-se que atualmente (2003) duas têm mobilizado a atenção dos gestores. Uma delas é a Portaria 336/2002, que reorganiza a rede de CAPS no país, de modo que esse dispositivo possa mudar o modelo assistencial em Saúde Mental. A outra é Portaria 251/2002 que reestrutura o sistema hospitalar psiquiátrico a partir do processo de avaliação (PNASH).

Como qualquer instrumento de avaliação o PNASH/Psiquiatria é reducionista. [...] Porque ele oferece questões prontas de múltipla escolha, um questionário fechado! E automaticamente, ele reduz. [...] Mas, por outro lado, eu acho que é muito importante a gente mostrar que a gente está presente, avaliando e que tem algumas coisas que nós estamos cobrando. Eu acho que PNASH oficializou esse papel: “Aquele hospital, naqueles moldes nós não queremos”. [...] (G2)

A Reforma Psiquiátrica obrigou as pessoas a repensarem a internação e conseqüentemente, os hospitais melhoraram. Mas isso é uma faca de dois gumes, porque eu não sei se é isso mesmo que a gente quer! Nós não queremos hospitais, ou não queremos certo tipo de hospital? Queremos credenciar bons hospitais psiquiátricos? Porque não dá para negar que eles melhoraram! Algumas coisas que a gente via antes na nossa região, a gente não vê mais. (G2).

De fato, a pressão dos custos dos serviços e das ações tem grande poder de convencimento para os gestores. Os governos, em todos os níveis, estão preocupados com os gastos elevados da administração pública. Os municípios, pressionados pela política econômica, estão buscando novos recursos financeiros para poder governar. Qualquer possibilidade de captar recursos é sempre bem-vinda.

Entretanto, os investimentos propostos pelo MS para a Saúde Mental nem sempre são considerados boas fontes de captação de recursos. As críticas referem-se à necessidade da contrapartida do município, à existência de verbas vinculadas a projetos. Essa situação acrescida das exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal, principalmente no tocante às limitações com despesas com recursos humanos, dificultam o interesse, dos municípios pelos recursos disponibilizados pelo MS para a Saúde Mental.

[...]. Mas a política federal, eu acho que ela ainda não está dando condições para os municípios. Estou falando isso enquanto gestor. Porque eu acho que o recurso que a gente recebe é muito pequeno [...] Quando o Ministério da saúde divulga e incentiva a criação do CAPS nos municípios, há sempre a promessa de que os recursos para esse serviço vão aumentar [...] Mas isso é muito perigo! [...] pois a contrapartida municipal é maior (G1).

o município sempre arca com a pior parte que é o pessoal. Mas tem uma lei de responsabilidade fiscal que te breca.[...] A impressão que eu tenho é que eles, do ministério, nunca trabalharam no município. Eles tão lá no mundo da fantasia, montam as portarias, mas uma secretaria não conversa com a outra... [...] Então a carga pior fica para o município: a contratação de pessoal e a folha de pagamento. No entanto, a Lei de Responsabilidade Fiscal, nos engessa em alguns pontos. Porque saúde, por exemplo, é prestação de serviço e não se

trabalha saúde sem pessoal e não se pode gastar mais de cinquenta e um por cento do município com folha de pagamento (G1).

Com a Lei de Responsabilidade Fiscal, o município reduz despesas da administração pública nos setores de prestação de serviço, em especial com recursos humanos. A atenção em Saúde Mental tem sofrido prejuízo com a dispensa de profissionais:

Eles foram dispensados. [...] Na minha opinião esse era um núcleo bastante importante no trabalho que a gente vinha desenvolvendo aqui.[...] A justificativa é a Lei de Responsabilidade Fiscal! [...] Porque, em função da folha estar muito inchada, eles dispensaram todos as pessoas contratadas emergencialmente. Então perdeu-se a médica clínica que fazia apoio ao atendimento ao alcoolismo, [...] um assistente de enfermagem que fazia apoio ao CAPS, um funcionário do prontuário e do agendamento. Perdi uma psicóloga que atendia toda a demanda de alcoolismo e droga e uma outra [...] que fazia o atendimento com psicóticos e que tinha uma experiência muito importante em saúde pública [...] (G4).

Como pode ser constatado, nos serviços de Saúde Mental ‘os acertos para poder fechar as contas’ trouxeram graves prejuízos. As ações de atenção psicossocial estão centradas no trabalho ‘vivo em ato’. Segundo MERHY (2002), tais ações envolvem tecnologias de relações⁹⁷. As tecnologias de relações são as primeiras a serem descartadas no momento que o município precisa cumprir a legislação, apesar de serem fundamentais para a atenção psicossocial e não terem custos elevados, comparativamente a outros procedimentos da saúde.

Se, de um lado, os gestores assumem conhecer as portarias o suficiente para criticá-las, de outro, os trabalhadores e os usuários evidenciam pouco conhecimento sobre elas.

[...] Eu fiz questão de falar que eles recebem; porque é preciso assinar uma relação de remessa. Eles dizem que nunca receberam uma portaria, então manda-se pela segunda vez, só para dizer que ela foi mandada. A gente manda, mas eles não sabem ou não se lembram.

⁹⁷ Classificadas como tecnologias leves, como por exemplo, “produção de vínculos autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho”. (MERHY, 2002, p. 49)

Então tem-se uma dificuldade de entender o texto da portaria. A sua leitura é chata o entendimento e é difícil. [...] (G2).

◆ **Direitos dos usuários**

O direito dos usuários é outro tema pouco abordado nos documentos existentes sobre a organização dos serviços em Saúde Mental. As poucas propostas encontradas são comuns em dois documentos elaborados em 1997 e 2002, respectivamente.

- [...] Estimular a participação dos usuários em atividades produtivas, seja em oficinas abrigadas, seja criando convênios ou outras formas de participação em empresas públicas, privadas ou filantrópicas;
- Estimular formas alternativas e cooperadas de moradia aos usuários que necessitam [...] (PMA, 1997, p.6 e PMA, 2002, p. 2-3).

Entre os entrevistados, a única legislação conhecida, além da Lei de Responsabilidade Fiscal, é a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que possibilita os benefícios da previdência social para os usuários.

depois o Governo lançou também a “LOAS” e melhorou bastante.
(T2)

[...] A família passou entender a necessidade da medicação, [...] E que uma internação faz mal para o paciente [...] O benefício ajudou esse paciente ser respeitado, porque ele participa de orçamento da casa. [...] Então, além dele não necessitar ficar lá no hospital para não ser uma boca a mais em casa, [...] ele está contribuindo. Dessa forma, ele se sente bem, ele tem o benefício. [...] (T2).

◆ **Política local para a Saúde Mental**

As Conferências Municipais de saúde têm sido espaços importantes de participação popular e de deliberações para a construção de uma política local para os vários setores da saúde. No entanto, elas ainda não conseguem desempenhar o seu papel de co-participante no processo de construção da atenção psicossocial.

Algumas de suas propostas estão alinhadas com a política estadual e federal. Embora elas possam contribuir na política local para a saúde e Saúde Mental, tais propostas não têm sido efetivadas, principalmente aquelas referentes a capacitação dos trabalhadores

da saúde e inclusão no orçamento do município a destinação de recursos financeiros necessários para se viabilizar as propostas das Conferências.

[...] Treinamento, capacitação e qualificação contínua de todos os profissionais da saúde, visando melhorar o atendimento aos usuários; [...] (CMS/PMA, 2001, p.3)

[...] Capacitar os profissionais do Pronto Socorro para atendimento de Saúde Mental, assim como a formação de socorrista; [...] (CMS/PMA, 2001, p.3)

[...] Incluir as propostas da Conferência que ainda não foram atendidas no orçamento de 2003 e que as próximas Conferências sejam realizadas no 1º semestre; [...] (CMS/PMA, 2001, p.5).

Alguns entrevistados apontam que os gestores têm demonstrado compromisso com a Saúde Mental, em especial com o CAPS.

[...] há algum tempo atrás era meio esquecido, agora acho que está recebendo mais atenção.[...] Agora a gente está vendo que as coisas estão vindo. [...] Agora o paciente chega ali e fala: “nossa, agora ficou bonito aqui!” Em todos os sentidos. [...] Então quando a gente vê tudo bonitinho, tudo limpinho. [...] Então eu acho que isso vai ajudar (T1).

Acredito que o município tem estado afinado com isso. [...] Hoje a gente tem uma Secretária de Saúde que tem r formação em assistência social. [...] Eu acho que ela valoriza sim. O prefeito também me parece que tem um interesse pela SM. Eu acho que esse é o primeiro prefeito que tem pensado em fazer um investimento no ambulatório, em termos de reforma do prédio. Ele é alguém que quando se justifica para ele a demanda e a necessidade, ele nos respalda naquilo que a gente solicita. [...] (G3).

No entanto, observa-se que nem todos concordam com essa posição ou reconhecem nem sempre essa atitude como prevalecente.

Eu acho que tem os fatos existem. Quais seriam os fatos? Existe uma política de incentivo do funcionamento do CAPS, para que as internações possam ser diminuídas. Então, existe um investimento no ambulatório. Esse é o fato. [...] Só que manter um CAPS é uma coisa extremamente complexa (G4).

Eu acho que é feita muita propaganda. Mas na verdade, falta, por exemplo, a medicação e tem-se que ficar pedindo. [...] Também falta material de limpeza, papel higiênico para os pacientes e os funcionários. [...] (T2).

[...] Poucos municípios priorizam a Saúde Mental. A grande dificuldade é de sensibilizar e convencer o Gestor a priorizar a Saúde Mental. (G2).

Um aspecto que aparece enfatizado nas práticas discursivas é a alternância do poder. A mudança de gestão é percebida como algo bastante desestabilizador para o serviço e para os profissionais, chegando ser até mesmo traumático.

[...] Eu sinto muito essa transição. Sai um prefeito, entra outro e então sai toda aquela equipe, ou mandam embora o coordenador, e logo vem outro, com uma filosofia diferente que quebra todo aquele esquema que existia. [...] É um desrespeito que se tem pelo usuário, [...] Pensa-se somente no projeto deles e em colocar as pessoas que lhes interessam, dando cargos para as pessoas que às vezes não estão envolvidas nesse trabalho. [...] Não se pergunta para a equipe, o que ela está achando daquilo, o que está faltando, o que precisa melhorar ou se estão satisfeitos ou não com a coordenação. [...] Parece que aqui é um lugar de castigo, isto é, vêm para cá os que são ruins. [...] Quem recebe um castigo é mandado para cá. [...] Na atual administração há uma certa diferença, porque eles não estão vindo aqui por castigo e sim porque são pessoas que gostam de trabalhar aqui. [...] (T2).

Então, o problema é que a gente vive num país que tem uma política de descontinuidade. [...] O que você tinha numa certa administração, a outra não vai usar porque a considera boa, porque não foi ela quem criou. [...] Eu acho que o MS tem tido um papel importante nessa questão, de cadastrar a unidade, até para manter serviço. [...] Mas sempre há mudanças de equipe. Então quando você cria um vínculo, [...] muda-se o profissional para uma outra unidade na qual não se pode ter aquele vínculo e isso é muito ruim. [...] (G1).

Finalmente, a seleção de profissionais na saúde também se destaca como um problema da administração local. Os gestores costumam contratar, notadamente na área da saúde, profissionais em caráter emergencial. Depois, quando realizam concursos públicos,

contratam empresas consideradas especializadas. Geralmente esses concursos são realizados apenas por intermédio de uma prova, cujo conteúdo é decidido pela empresa, sem necessariamente estar vinculado ao tipo de trabalho que o profissional vai exercer. Não existe a preocupação do gestor em definir os perfis profissionais de acordo com as necessidades do serviço, do projeto de intervenção e do modelo assistencial pretendido.

[...] Cada secretaria faria sua seleção. Ou seja, um concurso em cada secretaria. [...] infelizmente o serviço público tem um concurso e nele entra quem tem a melhor nota. [...] Você pode fazer diferenciado e pode também não fazer. [...] Depende de quem faz esse concurso. [...] Não pode fazer entrevista porque ela é subjetiva. Mas eu acho que nela perceberia-se muita coisa boa da pessoa, que às vezes não saiu muito bem na prova, mais se colocaria melhor nela. [...] (G1).

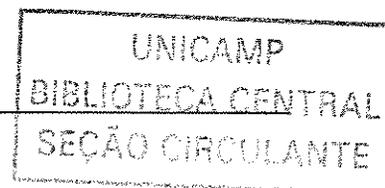
Mas, se o processo seletivo é motivo de crítica, a falta de capacitação dos profissionais para realizarem o trabalho que os gestores esperam ou que os usuários precisam é ressaltado como mais grave ainda, principalmente para os trabalhadores:

Eu acho que eles ficam pensando coisas, mas não se recicla ninguém, Por exemplo, eles querem mostrar que eles podem fazer um trabalho maravilhoso [...] Mas não capacitam ninguém para isso. [...] É lógico que essa proposta não é ruim [...] (T3).

No município B, observa-se que as práticas discursivas identificadas no campo político-jurídico, essencialmente nas entrevistas dos gestores e trabalhadores se diferenciam das encontradas no município A. Contudo, essa diferença está centrada na maior explicitação de opiniões e críticas dos atores sociais do que em possíveis transformações nesse campo.

4.3.2.4- Campo sociocultural

Como já foi destacado, os serviços de Saúde Mental dos municípios estudados realizam poucas as ações voltadas para identificar e compreender os processos históricos (culturais, econômicos, geográficos, demográficos, valores, crenças) em suas áreas de abrangência. Portanto, são poucos os espaços políticos de socialização, solidariedade e negociação, em que se viabilizam o encontro e o diálogo dos diversos atores sociais e,



conseqüentemente, a produção de um conhecimento coletivo acerca do sofrimento psíquico.

◆ **Relação do serviço e a população**

A relação do serviço com a população é pouco abordada nos documentos. Apenas nas Conferências Municipais de Saúde (1999; 2001) aparecem propostas que visam compreender alguns aspectos dessa relação, em especial nos momentos da realização daqueles eventos.

Nesse sentido, na IV Conferência Municipal foi realçado que os serviços precisavam ampliar seu quadro de profissionais, principalmente quanto ao número de psiquiatras. Os serviços deveriam ainda realizar a capacitação dos profissionais para garantir melhor atendimento para os usuários (CMS, 1999). Na V Conferência Municipal, a questão do atendimento psiquiátrico continua em destaque, aparecendo mais especificadas as propostas de consultas individuais e retornos médico-psiquiátricos mais freqüentes. Além disso, surgem propostas em relação à qualidade do serviço prestado em Saúde Mental, como:

[...] Garantir transporte adequado aos pacientes do P.A.I. (Programa de Atenção Intensiva) [...] (CMS/PMA, 2001, p. 3).

- [...] Providenciar reforma e adequação do prédio do C.I.A.P.S. (Centro Integrado de Atenção Psicossocial) conforme as necessidades do programa [...] (CMS/PMA, 2001, p. 5).

Nas entrevistas, os atores sociais, principalmente os gestores e trabalhadores avaliam que os serviços oferecidos pelo ambulatório/CAPS têm conseguido atender bem os usuários, apesar de ressaltar a existência de alguns problemas em seu cotidiano.

Eu acho que é reconhecido, porque são poucas as pessoas que vêm aqui e falam mal, ou saem insatisfeitas. Reclamam da questão da demora do médico, mas quando se vai num médico particular fica-se quatro horas lá esperando. Então, a atenção que a equipe dispõe às pessoas é muito importante (T2).

[...] Mas não tenho reclamação sobre a Saúde Mental. [...] Eu acho que o pessoal que está trabalhando com Saúde Mental é diferenciado

[...] O pessoal que trabalha no CAPS é comprometido e se dedicam.

[...] (G1).

Essa avaliação pode ser compreendida em duas vertentes. Na primeira, os usuários reconhecem a qualidade do atendimento prestado pela equipe dos serviços de Saúde Mental, pois ela consegue oferecer um espaço de fala e escuta aos usuários que procuram o serviço. Na segunda, as avaliações dos serviços de Saúde Mental são positivas quando comparadas com os demais serviços da rede pública.

Mas acho que esse ainda é o melhor programa que a gente tem e ele avançou muito e a Saúde Mental avançou mais ainda [...] Eu acho que hoje com essa administração o pessoal começou a entender melhor o que é essa questão da Saúde Mental (G1).

Gostam! Eles reconhecem sim. Tem uns que falam assim, “A gente vai no posto de saúde não tem médico, então eles marcam pra outro dia. Aqui sempre tem médico, a gente demora para ser atendida, mas sempre tem dois médicos aqui”. E aqui tem muito mais pessoas do que num posto de saúde (T1).

Em termos das reclamações, as mais recorrentes estão centradas nos atrasos dos médicos e na falta de medicação e na desorganização do serviço.

[...] Recebe-se pouca reclamação. Você recebe uma reclamação de que faltou um medicamento ou que ele chegou atrasado; mas a gente procura não deixar faltar [...] (G1)

A maioria das reclamações é sobre os atrasos dos médicos. [...] Eles têm um horário para estarem aqui. E, às vezes, o médico chega aqui com duas horas e meia de atraso. Então, os pacientes ficam agitados. E é normal que se fiquem assim. Então as pessoas falam: Marcam uma consulta para uma hora e eu só vou ser atendido depois de duas horas e meia ou três!” E se chegar depois da uma e meia já não consegue mais ser atendido. (T1).

[...] Eu acho que de uma maneira não muito boa. [...] Porque nós estamos desorganizados. A população entende o atropelo, porque ela o vê. Hoje, por exemplo, nós funcionamos lá com muito atropelo e então a pessoa parece estar num PS. Porque é muita coisa para um espaço físico reduzido. (T4, Como você acha que a população e os usuários vêm o serviço de vocês).

Uma outra crítica explicitada nas entrevistas refere-se à não aceitação inicial dos familiares da proposta de tratamento substitutiva à internação psiquiátrica. Porém, a própria equipe admite a falta de trabalho mais efetivo com familiares. (com objetivo de produzir demanda para um outro tipo de tratamento).

[...] Uma das críticas mais comuns é dos familiares, porque deve haver um trabalho intensivo com eles que a gente ainda não tem feito. Eles querem que aquele espaço seja um espaço de depósito mesmo. [...] Eles esperam poder deixar o usuário lá, para que eles possam ir trabalhar... [...] É como se a família quisesse se eximir da responsabilidade, ao levar o usuário lá. [...] A gente ouve críticas, às vezes, quando a família briga porque ela quer internar o usuário e a gente sinaliza que não vai interná-lo. Ela entende isso como se a gente não tivesse não entendendo o sofrimento e o desgaste que ela está vivendo. [...] Então essas são coisas que a gente na medida do possível tem orientado, pois a gente senta e conversa. Na maioria das vezes eles acabam entendendo e vêm que isso não é descuido (G3).

Finalmente, podem-se destacar reclamações e críticas às más condições físicas do prédio do ambulatório/CAPS⁹⁸.

[...] Todo mundo que trabalha aqui considera esse local muito feio! [...] E isso influencia a opinião das pessoas, na primeira vez que vêm aqui. São feitos comentários desse tipo: “Como um lugar destinado para Saúde Mental pode ser tão feio e tão deprimente? Porque ele é escuro!”; [...] Isso a gente ouve muito dos usuários, mais do ambulatório do que do CAPS, porque eles passam o dia aqui e já se acostumaram com a aparência desse lugar. [...] (G4).

Existe uma outra parte da população que talvez não conheça tanto ou que talvez nunca tenha entrado, mas tem uma idéia de que ali é lugar de louco, porque o prédio é feio, de longe ele parece estar abandonado. Quando essas pessoas precisam ir até lá para fazer qualquer coisa, elas acabam não querendo ir (G3).

⁹⁸ O prédio recentemente passou por reforma para adequá-lo às exigências da vigilância sanitária com vistas ao cadastramento para CAPS pelo MS

É importante sublinhar que as condições físicas do prédio do ambulatório/CAPS e sua localização parecem contribuir para que a população identifique o serviço como hospital psiquiátrico, mantendo assim sua identidade original.

[...] A população leiga ainda acha que aquilo é um hospital psiquiátrico, um hospital onde as pessoas ficam internadas. Então, eu acho que por mais que a gente faça e que a gente divulgue, ainda existe um pouco dessa concepção. [...] (G3).

O prédio do ambulatório/CAPS originalmente foi projetado, como já foi abordado, para ser um grande hospital psiquiátrico. Embora, desde do início da década de 1980, nele esteja funcionando o ambulatório de Saúde Mental da cidade, o serviço é percebido como hospital psiquiátrico⁹⁹.

Ninguém conhece o serviço como CAPS, Só como hospital psiquiátrico (T1).

[...] Na semana da Luta Antimanicomial, a gente divulgou no jornal e na tudo que se faz aqui. A primeira coisa que a gente falou foi que nós precisávamos da imprensa para esclarecer a população que aqui não é hospital psiquiátrico. Enfim, explicava o que se fazia aqui. [...] (G4).

Não é apenas a população que confunde este serviço com hospital psiquiátrico. Pessoas da própria administração pública municipal ou de outros segmentos que mantêm algum tipo de contato com o serviço, como a polícia militar, por exemplo, insistem em denominar o local de hospital psiquiátrico.

[...] Nós fomos fazer uma reunião com a polícia militar para gente agilizar o serviço dos internamentos. [...] A primeira coisa que eu disse foi: “Essa cidade não tem um hospital psiquiátrico”. Então alguém falou: “Mas como não, é claro que tem!” Eu falei: “Não, não tem”. Essa pessoa insistiu: “Aquele lugar que você trabalha [...] lá é o hospital.” Então, eu expliquei o que funcionava ali. Então, eles disseram: “faz dezoito anos que eu trabalho na polícia e nunca ninguém me falou que aquilo ali não é um hospital psiquiátrico” [...] (G4).

⁹⁹ Até alguns anos atrás, até mesmo as placas de sinalização de rua do município nomeavam aquele local como hospital psiquiátrico

[...] Uma vez a gente esqueceu os vidros abertos. [...]. O responsável mandou um ofício para Secretária dizendo que era para ela dar um puxão de orelhas na coordenadora do Hospital Psiquiátrico. [...]. A Secretária pediu para que esse responsável dissesse onde ficava esse hospital psiquiátrico na cidade, porque ela não conhecia nenhum. [...] (G4).

Para superar essa percepção do ambulatório de Saúde Mental/CAPS, como hospital psiquiátrico, vêm sendo intensificadas ações com a população e instâncias de participação popular, promovendo maior aproximação entre o serviço e a população.

◆ O imaginário social da doença mental

O fato de a população do município B ainda denominar o ambulatório de Saúde Mental/CAPS como de ‘hospital psiquiátrico’ (demonstra a permanência das concepções do modelo psiquiátrico tradicional, estigmatizantes e preconceituosas em relação à doença e ao doente mental) e aponta também que são pequenos os espaços políticos de negociação em que se pode viabilizar o diálogo entre os diversos atores sociais e, conseqüentemente, a produção de conhecimento coletivo acerca do sofrimento psíquico. Esta situação também se reproduz no município A.

Nos textos e documentos elaborados a partir de 1997, está destacada a necessidade de se realizar ações voltadas para a população, com o objetivo de transformar o imaginário social da doença mental e das pessoas consideradas doentes (PMA/SMS, 1997). Em 2002, esta questão é novamente reafirmada, inclusive nos mesmos termos do documento anterior:

[..] Estimular e promover eventos culturais e/ou recreativos próprios ou em articulação com outras organizações sociais, que proporcionem intercâmbios entre usuários, famílias e comunidade; [...] (PMA, 1997, p. 6 e PMA, 2002, p. 3).

Nas entrevistas, o imaginário social do município B sobre o sofrimento psíquico aparece ainda relacionado a uma doença estranha e desconhecida.

Eu digo que o medo existe até devido a um desconhecimento. Eu acho que como isso sempre ficou excluído. É histórico [...] Vê-se que a

população não entrou em contato, não entrou em contato ele e então acha isso um bicho de 7 cabeças. [...] parece que a doença mental fica associada à agressividade. É como se as pessoas corresse riscos (G3).

Tal percepção está associada à idéia de desequilíbrio, agitação, agressividade e periculosidade. Assim, as pessoas diante dos usuários da Saúde Mental apresentam reações de medo, de rejeição e de preconceito.

Quem vem aqui pela primeira vez fica meio assustado. Na verdade eles morrem de medo! Hoje, por exemplo, uma mãe estava meio agitada aqui e teve gente foi embora, dizendo que não voltaria mais aqui. [...] (T1).

Via de regra o preconceito. No HR, por exemplo, se eu perguntasse isso para metade dos médicos, eles deveriam achar que lá deveria ter a enfermagem de psiquiatria (T4).

O usuário também tem preconceito e diz: “ah, eu fico lá todo mundo pensa que eu sou louco. Eu não quero, eu quero trabalhar” (T2).

O preconceito e a rejeição não estão apenas na sociedade. Os próprios usuários reproduzem essa visão no seu cotidiano, de modo que é necessária a desconstrução não apenas do medo diante dessa situação, mas também do estigma social.

[...] A gente falou que seria legal colocar o serviço da Saúde Mental num prédio novo no centro da cidade. Foi um espanto para gente! Porque não houve nem um pio! Eles sentiram medo e vergonha. Eles disseram: “os meus amigos vão ver que eu estou vindo aqui na Saúde Mental?” Então eu acho que para eles está muito claro que aqui ainda é um lugar muito feio, é um lugar de loucura. (T3).

Para resolver essa situação de descontrole e de agressividade, a contenção e a separação da pessoa em crise de seu meio social são as atitudes habituais.

[...] Às vezes, recebe-se usuários aqui na Secretaria e é muito diferente a postura frente ao usuário comum que vem aqui brigar por causa do remédio. Ele pode ser grosso, mal educado, mas não é da SM.. [...] Quando o pessoal daqui percebe é um usuário da Saúde Mental, eles já se alvoroçam e já querem cercar o usuário para contê-lo (G3).

Também pode-se observar que ainda existem pessoas que diante de a uma pessoa em situação sofrimento psíquico intenso têm conduta provocativa para testar seu controle e equilíbrio.

[...] Sim, uma vez na igreja. [...] O meu filho estava em crise e chutava para provocá-lo e mandava o outro chutar pra trás. Isso eu vi. Onde já se viu um farmacêutico agindo desse jeito na Igreja. Então, nos saímos de lá. [...] (U2).

Entretanto, parece que essa situação vem sendo lentamente revista, na medida em que as ações nos espaços públicos da cidade têm aumentado e a população tem interagido mais com os usuários dos serviços.

A gente tem tentado mudar isso, com a festa que foi realizada outro dia no Sto Louis, que é um bar elitista da cidade e que os usuários vão lá. [...] e quando nossos usuários vão para SP receber um prêmio de menção honrosa, no concurso denominado “Arte de Viver”, patrocinado por um laboratório de medicação. Ou quando tem usuário nosso que vai à Brasília participar da Conferência Nacional de Saúde Mental. No início as pessoas ficam meio preocupadas e dizem: “será que vai dar problema, será que não vai dar?”, mas não deu [...] (G3).

Nesse sentido, pode-se constatar que nos últimos anos a imprensa da cidade tem destacado em suas pautas os eventos realizados pelos serviços de Saúde Mental, notadamente do ambulatório/CAPS, em conjunto com outras entidades, como a subsede do CRP-6ª região, UNESP e DIR-VIII. Conforme pode ser observado, nos textos abaixo citados, as notícias sobre a Saúde Mental repercutem as transformações promovidas pela Reforma Psiquiátrica e pela nova legislação vigente.

Já há alguns anos que a luta pelo fim dos manicômios no Brasil está instaurada e a semana em que se debate o dia Internacional da Luta Antimanicomial visa justamente a concretização desta bandeira [...] Pacientes que participam de atividades rotineiras do CAPS ganharam recentemente prêmios com pinturas e poesias no Concurso Arte de Viver, que integra todos os centros de atendimento à Saúde Mental do país. As obras ganhadoras de premiadas [do serviço] foram reunidas numa revista chamada Arte de Viver que foi enviada para a França. Os vencedores foram [...] com o desenho "Pintura de Amor" e [...] com a poesia "Vergel". (VOZ DA TERRA, 2001)

Os jornais não apenas noticiam os eventos e as conquistas dos usuários, como também destacam o que eles pensam e sentem.

“... Mas essa sociedade se esquece que a loucura é o termômetro da vida...” afirma [...] usuário do CAPS que descobriu inúmeras habilidades artísticas deste que iniciou seu tratamento. Nesta sexta-feira ele participa da I Noite “Loucos pela Vida” [...] (DIÁRIO DE ASSIS, 2002, p.2)

Nesse contexto, a banda Lokonaboa formada por usuários, voluntários e estagiários de psicologia, tem propiciado alguns movimentos e deslocamentos importantes no imaginário social.

O show começa e a primeira música, um velho sucesso da banda Blitz, anuncia: “estou a dois passos do paraíso e talvez eu fique por lá”. Não poderia haver melhor apresentação. Afinal, quem toca e canta é a Banda Lokonaboa, criada no ano passado e formada por voluntários, estudantes de Psicologia e, principalmente pacientes do Ambulatório de Saúde Mental de [...] os integrantes da banda são usuários do serviço de psiquiatria, com uma história de vida cheia de sofrimento e, quase todos, com problemas mentais graves. ‘A música resgata a cidadania e oferece novas possibilidades a esses pacientes’, afirmou o psicólogo. [...] Recentemente, a Banda Lokonaboa realizou uma apresentação, nas imediações o Mercado. ‘Foi um momento significativo para o grupo’ lembrou o psicólogo. ‘Aquela região é um espaço onde, historicamente, circulam loucos, prostitutas e alcoólatras. E de repente os nossos pacientes estavam lá se apresentando como artistas. Não estavam vagando pelas ruas. Isso mostra como o tratamento garante um outro lugar de inserção na comunidade’ [...] (DIÁRIO DE ASSIS, 2003, p.6).

As apresentações da banda têm disparado muitos intercâmbios entre os usuários e a cidade. Esses momentos têm permitido que alguns usuários reabitem espaços que outrora fizeram parte de sua biografia e encontrem outros modos de inserção, outros vivenciem novas experiências e descubram diversos locais até então distante de sua realidade, a população desenvolva um outro olhar sobre a doença mental e a pessoa considerada doente.

No município B, o estigma social parece estar diminuindo na medida em que aumentam as ações desenvolvidas nos espaços públicos da cidade e a população tem interagido mais com os usuários da Saúde Mental. Observa-se uma maior tolerância e condescendência com os usuários da Saúde Mental.

De um lado, as pessoas ficam impressionadas com a capacidade produtiva e o comportamento adequado dos usuários. Elas se surpreendem ao verem o usuário agindo como qualquer outra pessoa e procuram fazer comparações entre os comportamentos dos usuários com um outro grupo social, considerado inadequado, como, por exemplo, os estudantes da universidade.

[...] A dona do bar que abriu esse espaço, no final da noite, ela nos disse que ficou impressionada com o quanto eles comportam bem. Então, você percebe numa fala dessa o quanto as pessoas ainda têm medo. E é interessante que quando as pessoas se dispõem estar junto e entrar em contato é como se eles descobrissem a América. [...] Quando você ouve, como nessa festa que eu comentei, a dona do bar dizer que quem deu baixaria na festa foram os alunos [...], que saíram sem pagar e que brigaram. Então parece que se está desconstruindo uma idéia (G3).

De outro lado, é possível perceber pessoas que conseguem reconhecer o usuário como uma pessoa com potencialidades e possibilidades iguais às outras.

[...] A dona do bar perguntava quem da banda era usuário. E eu fiz mistério e disse que era para isso que estávamos lá. [...] (G4).

[...] Acho que o próprio prefeito ele tem uma visão diferente, porque ele vai lá ele conhece os pacientes. [...] Ele gosta de estar lá (G1).

[...] O prefeito ficou pouco, mas isso deixou os usuários muito felizes.

[...] Depois o prefeito comentou com a secretária da saúde que ele não conseguia distinguir quem era paciente e quem era equipe, porque achou todos parecidos [...] (G4).

Além disso, já conseguem reconhecer valor na diferença e com isso reconhecer o usuário de Saúde Mental como diferente, mas não incapaz ou inferior.

[...] eu ouvi relatos no CMS, se eu não me engano sobre a presença dos usuários na Conferência Estadual [...] As pessoas acharam incrível a participação de alguns usuários da Saúde Mental contribuindo para o processo. [...] Então isso ajuda entender que as

pessoas podem contribuir. Talvez não do jeito que a gente imagina que seja, daquela coisa cartesiana [...] (U3).

Finalizando, é possível perceber que, a realização de ações no território do serviço e nos espaços públicos pode permitir maior compreensão da sociedade sobre o sofrimento psíquico e, conseqüentemente, maior tolerância e aceitação do usuário dos serviços de saúde Mental (na realidade, essa mudança de percepção deveria ser tema de outra investigação, por sinal muito interessante).

◆ As ações intersetoriais

De maneira geral, no município B, as práticas discursivas analisadas demonstram que, assim como no município A, não existem ações intersetoriais envolvendo setores da administração pública ou da sociedade civil e os serviços de Saúde Mental, embora nos documentos pesquisados tais ações sejam previstas.

Criar programas integrados com outras secretarias, como oficinas protegidas, programas sócio pedagógicos com atividades lúdicas, esportivas, artísticas e culturais, sem deixar de focar atividades pré-profissionalizantes, [...] (CMS/PMA, 1997, p. 41).

Incrementar e integrar programas preventivos voltados à criança e adolescente, com ações articuladas entre as áreas de Educação, Assistência Social e Saúde e a criação de um grupo multidisciplinar de estudos, envolvendo diversas instituições, Secretarias, e Governo (CMS/PMA, 1999, p. 7-8).

Os trechos acima transcritos explicitam a importância das ações intersetoriais voltadas para criança e adolescente. No Relatório da V Conferência (2001) é destacada a necessidade de desenvolver ações intersetoriais na prevenção do uso e abuso de drogas. Associada a elas também aparece proposta de aumentar a vigilância na escola. Aqui parece esboçar-se a importância da constituição de uma rede de ações para se atender um problema complexo. Mas essa rede estaria centrada na função de controle e não na autonomia dos adolescentes.

No Projeto de Centro de Atenção Psicossocial (2002), as ações intersetoriais estão voltadas para a reinserção do usuário adultos, conforme o texto abaixo:

Desenvolvimento de um projeto em parceria com diversas Secretarias Municipais tendo como objetivo a reinserção social assim como o livre exercício de sua cidadania [...] (PMS, 2002, p. 12).

No município B, por ter uma rede de apoio mais definida, foram realizadas ações de reintegração social para alguns usuários articulados com outros setores da sociedade, principalmente aqueles que compõem a administração pública. Além disso, o CAPS tem divulgado, orientado e acompanhado os usuários no processo de aquisição de casa popular, abertos no município pela Companhia do Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo (CDHU). Mas essa articulação é muito difícil.

A gente é muito excluída ainda. Fica parecendo que a SM não tem nada a ver com as pessoas e com o resto das coisas.[...] Outro dia, tinha um paciente daqui, que estava lá no Rio Grande do Sul e por algum motivo ele foi internado lá. Ele precisava de uma condução para voltar casa e a família não tinha dinheiro para isso.[...] Ele podia ser cardiopata, mas por acaso ele era um doente mental, embora a problemática em questão não era da SM, era ter condução. Era uma questão assistencialista. A Assistência Social podia, dentro dos recursos que ela tem, mandar uma passagem para que ele voltasse ou mandar a mãe para buscá-lo. Não, foi essa a conduta. Veio para cá para que gente resolver, pois ele era paciente da SM (G3).

Ou quando ocorre, ela se caracteriza como um favor e não como uma ação conjunta.

[...] Hoje a gente depende, por exemplo, da Secretaria da Educação, [...] Eu tinha que ter no meu orçamento uma rubrica própria para que eu pudesse dar alimentação para os usuários do CAPS. Para que se tenha um local mais agradável para eles ficarem e para que se tenha material para eles trabalhem. A gente tem que ficar pedindo: “Pelo amor de Deus, uma traz jornal ou uma outra coisa”. Acaba-se não fazendo porque só a Secretaria da Saúde não consegue manter (G1).

A primeira coisa que me pegou foi a falta de comida. [...] Porque a gente a recebe de uma parceria com a Secretaria da Educação que tem

a cozinha piloto. Quando a Educação entra em férias, não tem comida, não tem refeição para os pacientes e os pacientes ficam aqui do mesmo jeito. Não todos, mas umas 6 ou 7 pessoas passavam o dia aqui (G4).

Também pode-se identificar esboço de outro tipo de troca. Nele parece vislumbrar uma possibilidade, ainda que pequena, de ações e projetos intersetoriais. O ambulatório/CAPS vem efetivando alguns projetos de reinserção social dos usuários com a colaboração da Secretaria da Assistência Social, da Educação, da Fundação de Cultura e a Autarquia de Esporte. Na relação com os demais serviços de saúde dos municípios as trocas são incipientes e de iniciativa individual dos profissionais do serviço (coordenadores ou membros da equipe).

[...] alguns usuários do CAPS estão atuando nos programas da Secretaria da Assistência Social, como monitores. [...] Eles estão saindo daquele meio de onde viviam, e estão recebendo um investimento como pessoa e voltando a integrar-se na sociedade.[...] (G1).

Eu acho que a gente teve um avanço nessa parceria que a gente fez com a Assistência Social no sentido de conseguir encaixar 7 usuários em atividades lá. E de alguma forma você vai conseguindo ampliar um pouco isso. Em termos de rede, a gente tem discutido muito nas reuniões com coordenadores de PSF, de postos de saúde esse tipo de ação. (G3)

Então nós até já tivemos algumas tentativas de colocá-los em alguns programas e projetos para ver se eles saem um pouquinho desse círculo.[...]. Com isso um paciente se deu bem, mas depois o projeto acabou por causa de questões político-administrativas.[...] Lá havia um monte de projetos e a ex-secretária da assistência social era muito ativa e ela se identificava com o nosso programa e então nós encaminhamos (T2).

Tais projetos geralmente são realizados por um determinado tempo. No caso do projeto desenvolvido em parceria com a secretaria da assistência social, seu término ocorreu devido à mudança do gestor, sem perspectiva de retomada a curto prazo.

O ambulatório/CAPS também tem realizado intervenções conjuntas com alguns núcleos do PSF, que procura o serviço. A coordenação e membros da equipe realizam ainda reuniões com a equipe da enfermagem psiquiátrica do HR, buscando solucionar problemas na definição e na execução do projeto terapêutico para usuário do CAPS, ali internado. Finalmente, o serviço mantém contatos com a Polícia Militar para orientá-la no atendimento das pessoas em crise. Esses contatos parecem estar produzindo mudanças na visão e na abordagem do usuário pela polícia.

Ontem, por volta das 05:00 hs, O.F. [...] , empunhando duas facas, rendeu sua própria mãe [...] se trancou no interior da casa, [...] e ameaçou matá-la e se suicidar [...] Era tensa e muito confusa a situação quando os oficiais da PM [...] , que comandavam a operação de resgate da mulher [chegaram] [...] “É uma situação que exige muito diálogo, cuidado e pode demorar horas [...] Tudo vai se resolver com paciência” comentou o tenente... [...] A psicóloga [...] do CIAPS-Centro Integrado de Apoio Psicossocial foi solicitada e passou a comandar as negociações [...] (DIÁRIO DE ASSIS, 2003, p.5).

Após muito diálogo, foi possível desarmar o rapaz, entrar na casa e levar mãe e filho ao PS. Não sempre que é possível fazer esse tipo de intervenção. Nos serviços de saúde, principalmente no PS, são praticamente inexistentes as ações de responsabilização coletiva por esses usuários. Parece que essa não é uma prioridade para o próprio gestor.

Enfim, as práticas discursivas analisadas demonstram que não há realizações de ações conjuntas entre os vários setores da administração pública ou da sociedade civil e o serviço de Saúde Mental. Esse fato pode apontar dificuldade dos vários setores da gestão municipal atuarem articuladamente em torno de propostas comuns e coletivas. Pode ainda significar uma restrição apenas ao serviço de Saúde Mental, tanto pela dificuldade de coordenação e de equipe quanto a buscar esse contato, como pelo preconceito para com os usuários com sofrimento psíquico intenso.

Às vezes, existem trocas entre as secretarias, mas de maneira assimétrica, pondo-se não como troca, mas colaboração ou ajuda, em que o agente provedor determina as condições em que ela ocorre, sem reconhecer a demanda do receptor. Na sua maioria, as justificativas para não compartilhar ou colaborar em projetos são a existência de outras prioridades e falta de recursos humanos e financeiros.

Ambos os municípios não conseguiram problematizar e elaborar propostas de ações intersetoriais que permitam a responsabilização dos serviços de Saúde Mental com o acolhimento das crises dos usuários ou não do serviço.

◆ Participação popular e o controle social

No município B, as instâncias de participação popular e controle social são consolidadas, principalmente quando comparadas com as existentes nos demais municípios da região.

A SMS do município tem procurado cumprir as propostas contidas em seus textos e documentos, referentes à participação popular e ao controle social. Neles, reafirma-se a importância de se consolidar os dispositivos previstos no SUS.

Ampliar e incentivar (através do Conselho Municipal de saúde e da Secretaria Municipal de Saúde) a formação de novos Conselhos Gestores, [...] e reativar os já existentes [...] (CMS, 1999, p. 1 e CMS, 2001, p.1).

Estimular a participação dos médicos nos Conselhos Gestores das unidades. (CMS, 1999, p. 1).

Agilizar e divulgar, inclusive pela imprensa, as convocações de reuniões dos Conselhos Gestores e do Conselho Municipal de Saúde e suas deliberações; [...] (CMS, 2001, p. 1).

O Conselho Municipal da Saúde é paritário, composto por 18 membros, sendo presidido por um conselheiro, de qualquer segmento e eleito por seus membros¹⁰⁰. As reuniões ordinárias são mensais. Como conta com a participação ativa de seus membros, o CMS realiza muitas reuniões extraordinárias. O CMS também criou vários Conselhos Gestores junto às UBSs. As Conferências Municipais de Saúde têm se realizado regularmente a cada dois anos, com a participação intensa dos delegados, escolhidos pelos diversos segmentos, a partir de pré-conferências.

¹⁰⁰ Desde de 1996, o CMS é presidido por representantes do segmento dos usuários. Apenas na atual administração o CMS elegeu a própria secretaria da saúde como sua presidenta

Entretanto, a atuação do CMS e a participação ativa de seus conselheiros não podem ser consideradas como indicadores da existência de mobilização e organização da sociedade civil em torno das questões da saúde e da Saúde Mental. As instâncias de participação popular junto ao SUS, assim como os dispositivos coletivos de defesa da cidadania ainda não são reconhecidos pela população da cidade.

[...] Em alguns municípios o Conselho funciona muito bem. É um Conselho ativo, atuante. [...] Mas precisa-se urgentemente de um treinamento para conselheiro e me parece que eles já estão pensando nisso. O conselheiro é leigo e ele não sabe no que ele está votando. Ele desconhece os assuntos. [...] Então eles chegam filtrados pelo gestor municipal, que pode dar informação. E a informação que vai ser votada acaba sendo direcionada. Então tem-se um grande entrave. [...] (G2).

[...] Tem havido tentativas por parte do CMS. Só que, infelizmente, a maior parte das pessoas da SM que compõe o CMS, não entende de SUS e então ficam colocando propostas inviáveis até legalmente [...] (T4).

O despreparo dos membros do CMS aparece destacado como um dos maiores obstáculos para que o colegiado de fato cumpra suas atribuições, sendo utilizado inclusive para que ele seja desacreditado perante a população. Essas dificuldades se reproduzem também na organização e funcionamento dos Conselhos Gestores existentes nas unidades de saúde.

A dificuldade era em poder conseguir ter participantes da população ali. Primeiro porque a população não sabe direito o que é aquilo e as pessoas que às vezes têm mais recursos não querem participar. [...] Era muito mais difícil. Então, teve um período em que isso aconteceu e eu acho que foi importante. Porque hoje o CAPS é um lugar que não tem conselho gestor [...] (G3).

No que se refere à relação direta do CMS com a atenção em Saúde Mental, para a maioria dos entrevistados ela é pequena. Os assuntos ou temas centrados na Saúde Mental raramente são pautados nas reuniões.

[...] Mas se eu for pensar, retomando aquilo que você estava perguntando. Se isto diretamente é tema e é pautado no CMS? Não, não é.[...] (G3).

Só quando eu vou lá, para poder discutir algumas coisas que são do meu interesse ou quando do meu interesse obviamente e eu preciso de algum aval do Conselho. É uma relação bem 'sem vergonha'. [...] na hora que eu preciso isso é pautado. Eu fui lá algumas vezes, Por exemplo, eu pautei o assunto da Conferência Regional de SM e fui ao conselho [...] (G3).

Assim como é pequena a inserção do serviço em seu território, também é precária a relação da equipe e dos gestores da Saúde Mental nas instâncias de participação popular. Os gestores participam da organização das conferências municipais de saúde, viabilizam a participação dos usuários, mas mesmo assim essa atuação, embora seja valorizada, não é reconhecida como inerente ao trabalho profissional.

Na verdade, a gente pode ter esse conhecimento em dois momentos. No momento do Conselho simplesmente, quando vem o relato sobre denúncias de alguns serviços que não estão acontecendo ou mesmo relato do gestor e da prefeitura. Ou então, num outro momento, quando a gente faz parte das comissões de fiscalização e de acompanhamento de obras, porque na verdade, o Conselho está ainda é um pouco capenga. [...] (U3).

Em geral, o envolvimento do CMS com assuntos voltados para a Saúde Mental é esporádico e pontual, restringindo-se a algumas competências legais mínimas, como dar aval para a secretaria realizar algum projeto, apreciar denúncias, realizar visitas aos serviços, participar de eventos, entre outros.

[...] Mas um serviço como o de saúde mental é uma coisa interessante. Ele fica geograficamente distante do centro e esse serviço de acompanhamento e fiscalização ocorre mais nas UBSs, nos prontos-socorros e hospitais e não lá no serviço da Mental. Pelo que eu sei uma das visitas que os membros do Conselho fizeram foi numa reinauguração recente que teve no CIAPS, CAPS ou no CAPS, uma coisa assim. Eu, pelo menos imagino, que os profissionais que estão lá estão trabalhando a contento [...] (U3).

Não, Isso tem entrado no Conselho mais como relato de que aconteceu, como foi o caso do evento da luta antimanicomial que ocorreu na cidade. A gente acha interessante que outras entidades, além da prefeitura, participem desse processo. Então a gente vê a apresentação da situação para a comunidade e percebe que é uma coisa que parece que está funcionando. [...] Eu nunca participei de nenhuma reunião que alguém chegasse com esse problema específico da SM [...] Mas parece que o serviço está andando, não sei se bem ou mal, mas está andando. [...] (U3).

O município B tem realizado regularmente suas conferências de saúde desde a criação do SUS, sendo que em 2003 está sendo preparada a VI Conferência Municipal de Saúde. Essas conferências representam momentos importantes para o município:

[...] Você pensa nessas coisas como um grande exercício democrático. Uma Conferência é um grande exercício democrático, se você pensar que ela contempla todos os segmentos, todas pessoas... [...] (G3).

No entanto, também é destacada a dificuldade para realizá-las. Uma delas é a preocupação dos gestores quanto a manipulação dos delegados mais experientes e informados sobre os demais. Essa preocupação traduz a resistência que os gestores têm de compartilhar as informações, as decisões e, portanto, a dificuldade de o poder público efetivar uma administração que contemple a participação de novos protagonistas políticos da sociedade civil, orientada na concepção de co-gestão de Coletivos Organizados.

[...] Porque, na prática, o que a gente vê são pessoas que têm mais recursos e mais informações, conseguindo fazer com que uma pessoa mais simples, sem experiência e sem condições, calarem a boca e conduzindo-as para o lado que quiserem (G3).

[...] que a gente foi fazer as pré-conferências e da importância de tirar pessoas [para delegado], as vezes os usuários [da SM] tem uma grande disponibilidade de ir, mas as vezes, uma limitação muito grande de entender o papel que é aquele, e aonde ele pode colaborar...a própria inserção dentro desse mar de regras, né. [...] (G3).

[...] É difícil para eu falar em público. Igual na Conferência Nacional, eu tenho dificuldade de estar me colocando. [...] Parece que eu tenho vergonha. [...] Porque as pessoas que participam das Conferências são pessoas já carimbadas. [...] Eu sou amador, eu cheguei lá como amador, mas eu aprendi bastante coisas (U1).

Também aparece a avaliação de que as Conferências nem sempre deliberam propostas viáveis do ponto de vista legal.

por exemplo, se você observar a Conferência do ano passado, metade do que foi falado lá é inaplicável legalmente. É impossível de se fazer, por exemplo, o HR atender a demanda de hipertensão da cidade. Não pode fazer isso [...] O hospital é regional e responsável pela atenção terciária para região inteira. [...] (T4).

No tocante à inclusão de temas da Saúde Mental, nas Conferências não aparecem críticas contundentes. Porém ressalta-se que as deliberações desses fóruns são esquecidas por todos, pois raramente são implantadas.

Não muito, mas eles têm abordado, porque você vê que eles acabam colocando coisas dessa área. Embora não de muito tempo para discutir o tema (T4)

[...] Nas Conferências alguns municípios que fazem, a Saúde Mental tem um espaço pequeno nas discussões. Há poucas propostas. [...] Você não percebe no discurso do cotidiano, a não ser em raríssimas vezes, alguém lembrar “foi deliberado numa Conferência”. Parece que quando acontece o evento tudo é uma festa, depois acaba e volta-se para casa e [...] (G2).

Uma outra instância que aparece destacada nas entrevistas é a audiência pública da saúde, uma exigência legal da Lei de Responsabilidade Fiscal, na qual o Poder Executivo, deve demonstrar e avaliar o cumprimento das metas fiscais de cada quadrimestre. A secretaria municipal de saúde, nesses momentos, tem ressaltado a importância dos serviços de Saúde Mental.

[...] O trabalho que vem sendo feito tem aparecido...[...] Então esse trabalho foi elogiado na audiência pública que a saúde faz. [...] A idéia é que de fato a comunidade possa estar presente. Acho que esta tem sido uma prática nova, tanto para gente que está fazendo, como para a população. Infelizmente a gente tinha uma parcela muito pequena da comunidade presente, por mais que tenha tido divulgação. [...] (G3)

Esse espaço é visto como mais um ritual burocrático, fruto de exigências legais. Pouca ou nenhuma importância ainda é dado às audiências públicas.

A primeira que teve foi muito chata. [...] Ficou aquela coisa muito formal. Já a segunda foi muito legal. A forma como a gente a construiu ficou mais dinâmica e as pessoas vieram dizer que estava mais interessante. Cada um dos coordenadores foi falar sobre a sua área e tinham representantes de vários lugares. [...] (G3).

A população não comparece e o gestor embora destaque a existência de ampla divulgação, não parece de fato compromissado em estimular a presença da comunidade¹⁰¹.

Na área da Saúde Mental, a participação popular junto aos serviços também é ainda muito incipiente. O município participou, em 2001, da I Conferência Regional de Saúde Mental, indicando inclusive delegados, representantes dos usuários para as Conferências Estaduais de Saúde e Saúde Mental, e para a Conferência Nacional de Saúde Mental. Finalmente fundou-se, em 2002, uma Associação de Usuários, familiares, trabalhadores e amigos da Saúde Mental – PIRASSIS, que vem dando seus primeiros passos.

[...] eu acho que quem deveria mesmo estar propondo essa associação seriam os pacientes. [...] Eu acho que eles deveriam estar num momento, no qual estivessem pensando mais sobre isso. [...] Eu acho que eles não sabem bem o que querem. [...] São poucos os que estão podendo contribuir mais. [...] A minha preocupação é de que se a gente não mudar rápido, a associação vai crescer, vai ter condições de se desenvolver e eles não vão aproveitá-la também (T3).

É já era uma coisa antiga a idéia de fazer a associação. Os estagiários colocavam nas nossas cabeças que tinha que montar uma associação ou talvez uma cooperativa, pois faltava muito material para as oficinas. A prefeitura não mandava o material, algumas vezes a gente tinha que comprá-lo com o nosso próprio dinheiro. E montando-se alguma coisa, talvez a gente possa ser mais independente (U1).

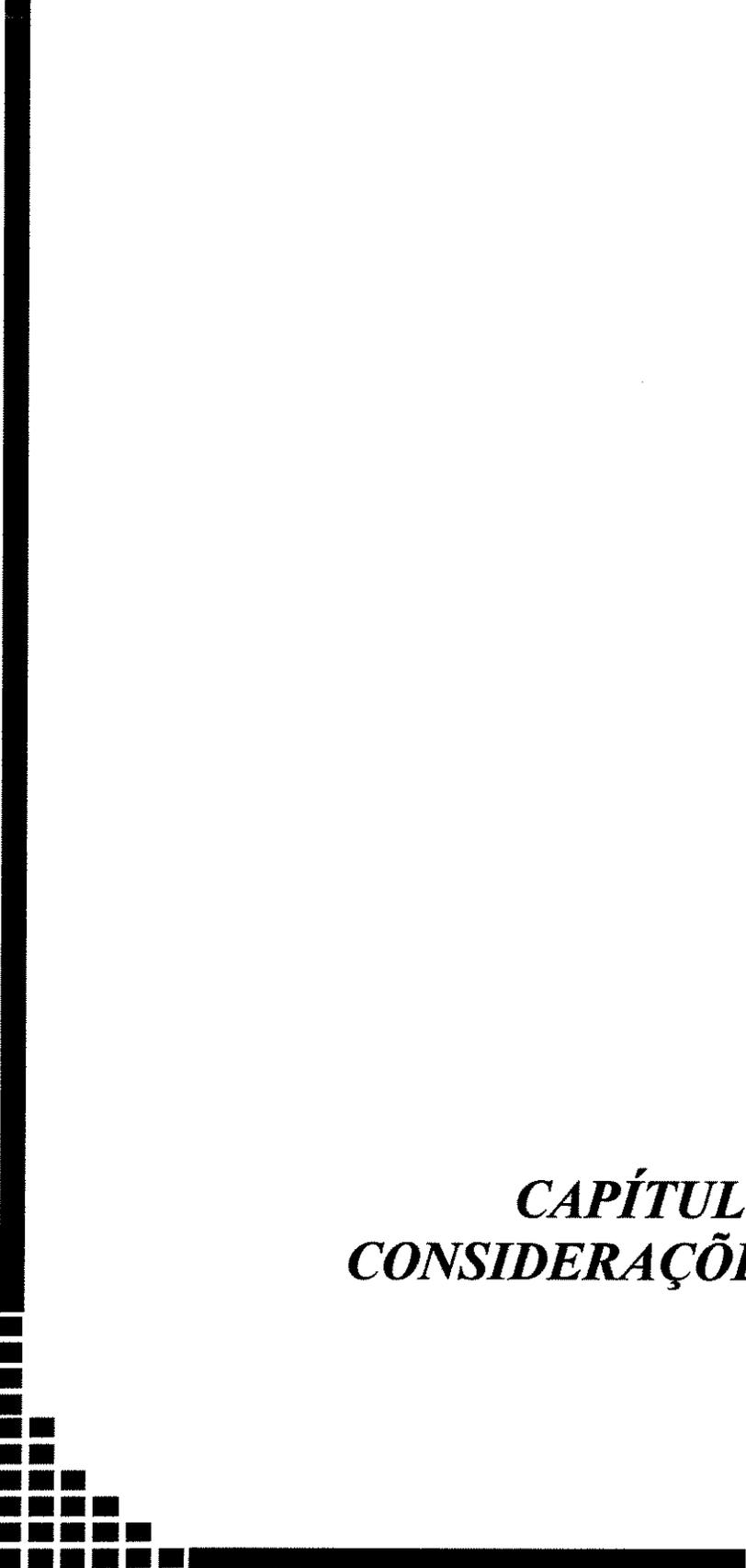
Até agora a gente está ainda só no papel. [...] Tem-se que começar a trabalhar. [...] O meu sonho é este (U1).

¹⁰¹ A última audiência pública da saúde foi realizada no dia 29/03/2003, na Câmara Municipal de Assis. Houve pouca divulgação e praticamente nenhuma participação da população uma vez que nesse mesmo dia foi realizado, no “Parque Buracão”, o Programa “Ação Global”, um grande evento popular, uma parceria entre a Rede Globo de Televisão, o SESI e as secretarias municipais da cidade

A fundação da PIRASSIS surgiu a partir do processo de discussão nas assembléias de usuários e reuniões com familiares durante quase três anos. Esses encontros destacavam a necessidade de se construir um espaço coletivo, com objetivo de: promover a autonomia dos usuários e maior abrangência da clientela, estimular a participação da família e de outros segmentos sociais, viabilizar a inserção social dos usuários de forma a ampliar o poder contratual, difundir novos valores, noções e conceitos sobre a loucura e sua assistência.

A Associação PIRASSIS, está buscando romper com sua existência formal e constituir-se de fato como espaço coletivo da Saúde Mental. Tem contado com a participação da oficina de música (Banda Lokonaboa), de pintura e de velas.

Em síntese, as instâncias de participação popular e os mecanismos de controle social do SUS no município B estão mais consolidados do que no município A. O CMS tem se constituído espaço de discussão acerca das questões relacionadas à saúde. As conferências municipais de saúde também no município B vêm sendo realizadas periodicamente, cumprindo a legislação. Esses eventos mobilizam diversos segmentos organizados da cidade, representado o fórum mais legítimo de participação popular do município. As questões que mais mobilizam os componente do CMS, conselhos gestores e os participantes das conferências estão ainda vinculadas ao atendimento hospitalar e exames, sendo esporádico a discussão de temas e problemas da atenção em Saúde Mental. Também não existe o acompanhamento sistemático da implantação das deliberações desses fóruns.



CAPÍTULO 5
CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito que um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.*

João Cabral de Melo Neto

A análise das práticas discursivas encontradas nos textos, documentos e entrevistas dos atores sociais dos serviços de Saúde Mental aponta que as diretrizes e as propostas da Reforma Psiquiátrica são referências para os municípios estudados, principalmente as propostas do campo técnico-assistencial. Mas, é interessante sublinhar que as práticas discursivas recortadas nas entrevistas permitem uma melhor compreensão das ressonâncias da Reforma Psiquiátrica, do que aquelas destacadas nos textos e documentos. O projeto de Saúde Mental dos municípios, na perspectiva dos documentos, na maioria das vezes, não reflete as ações desenvolvidas nos serviços.

No campo teórico-conceitual constata-se que as concepções do sofrimento mental ainda estão em consonância com o modelo psiquiátrico tradicional, mas observa-se nos municípios a presença de um outro modo: a compreensão do sofrimento psíquico como fenômeno histórico-social e peculiar. Associada a essa visão é destacada, por alguns trabalhadores, a necessidade de se colocar a doença mental entre parênteses e do profissional entrar em contato com a existência-sofrimento do sujeito. Nesse sentido, os

objetivos de tratamento estão centrados na diminuição da internação, na remissão dos sintomas, na reinserção psicossocial, por intermédio de ações realizadas por uma equipe multiprofissional. As finalidades seriam propiciar um tratamento mais humano e digno ao usuário, produzir ressocialização, mas também promover a reinserção social capaz de garantir o direito ao trabalho, a cidadania e o reposicionamento singular do usuário na sociedade.

No entanto, essas concepções, embora estejam em sintonia com a atenção psicossocial, elas não representam transformações significativas no campo teórico-conceitual. Ao se levarem em consideração todas as práticas discursivas, percebe-se uma maior preocupação com as mudanças no campo técnico-assistencial, em termos da organização dos serviços e do fluxo das ações de Saúde Mental no sistema de saúde municipal. Além disso, pode-se verificar que o objetivo preponderante dos serviços, principalmente do município A, continua sendo a remissão dos sintomas, sendo a medicação a terapêutica central do tratamento e as outras ações apenas complementares. Portanto, o trabalho dos profissionais estaria orientado pela figura do médico.

Essa situação, aliada à dificuldade dos profissionais quanto à explicitação dos referenciais teóricos, que subsidiam suas ações nos serviços e à importância atribuída a uma formação profissional especializada, indicaria ainda uma outra vertente de análise.

Colocar a doença entre parênteses e entrar em contato com a existência de sofrimento do usuário constitui abordagem complexa, que exige outros recursos além da disponibilidade pessoal do profissional. Tal abordagem requer um conjunto elementar e cotidiano, porém complexo de estratégias diretas e indiretas, construídas no coletivo, a partir do diálogo com outros núcleos e áreas do conhecimento e com diversos campos de intervenção, sem se perder de vista a especificidade do campo da Saúde Mental. Significa desconstruir os saberes e as práticas que compõem o serviço de Saúde Mental para entender a lógica que os determinam, evitar sua reprodução e inventar novos conhecimentos, novas indagações acerca de suas relações com o objeto. AMARANTE (2003, p.54) sublinha que o conceito de complexidade permite “resgatar a singularidade da operação ocultada pelo conceito, sem que esse desmascaramento signifique ‘descobrir’ a ‘verdadeira realidade’ do objeto.” (destaque do autor).

Enfim, colocar entre parênteses a doença supõe romper com a concepção de doença mental, sendo os sintomas avaliados como distúrbios e erros a serem sanados. Entrar em contato com a existência-sofrimento do usuário exige acolhê-lo em sua crise, aproximar-se o mais possível de toda a situação que estrutura e organiza a vida do usuário e de seu grupo social. Responsabilizar-se pelo usuário é uma tarefa que ultrapassa as possibilidades do diagnóstico sintomatológico, do tratamento medicamentoso e da reinserção social, por intermédio apenas do trabalho. É necessário conceber o usuário como um ser social e histórico.

Para isso, deve-se colocar constantemente em análise o conjunto de saberes e práticas com o qual o serviço opera na formulação e execução de seu projeto. “Procurar construir uma caixa de ferramentas para os gestores de organizações de saúde que lhes permita fazer frente, de modo anti-hegemônico, aos atuais modelos de atenção à saúde na sua disputa cotidiana junto a cada estabelecimento”, diz Merhy (2002, p.38).

No campo teórico-conceitual, a pesquisa mostrou que nos serviços há pouco espaço para problematização sobre a concepção de doença/saúde mental, objetivos, meios e finalidade do tratamento. Essa situação estaria gerando o interesse apenas na construção de novos equipamentos, além do hospital psiquiátrico, para tratar as pessoas consideradas doentes mentais, realizando somente uma reforma da assistência psiquiátrica, sem a superação da hegemonia do saber psiquiátrico nos serviços de Saúde Mental.

No campo técnico-assistencial, os municípios, notadamente o de médio porte, têm procurando transformar as propostas da Reforma Psiquiátrica em atos, mesmo que de maneira lenta, gradativa e à custa de esforços da equipe. Esse processo como já foi analisado encontra muitos obstáculos que não se restringem apenas a esse campo.

No município menor, o serviço de Saúde Mental se organiza no Centro de Saúde, oferecendo uma assistência mais integral aos usuários, com pouca incidência de encaminhamentos desencontrados. No município maior realizam-se mais ações de reinserção psicossocial, tendo um CAPS em funcionamento. Os usuários e seus familiares têm gradativamente assumido as novas propostas de intervenção, como a criação da associação PIRASSIS, oficinas terapêuticas, inserção nos espaços da cidade, entre outras.

Os serviços de Saúde Mental organizam-se a partir das propostas contidas no documento da Secretaria Estadual sobre o trabalho para equipes multiprofissionais em UBS, em Ambulatório de Saúde Mental (a ‘cartilha’ da Coordenadoria de Saúde Mental da SES, elaborada em 1983), definindo-se o ambulatório como unidade especializada, de atenção secundária. O CAPS constitui-se um serviço intermediário entre o ambulatório e o hospital psiquiátrico (responsável por ações mais complexas, diversificadas, semi-intensivas e intensivas). Mesmo os municípios se orientando pela Portaria 336/2002, o CAPS já cadastrado do município B e o futuro CAPS do município A não reordenarão a atenção em Saúde Mental e não substituirão os hospitais psiquiátricos. As modalidades de CAPS previstas na referida Portaria (CAPS I e II) para cidades de pequeno e médio portes devem funcionar somente no período diurno.

Além disso, o CAPS, como mais um serviço de atenção em Saúde Mental, tem uma estrutura e uma organização como equipamento de saúde. Como tal, as ações são restritas aos espaços físicos predeterminados na unidade, com poucas ações de escuta, acolhimento e tratamento do usuário voltadas para o território em que ele e o serviço de saúde se inserem. O sentido de território aqui adotado não se refere apenas ao espaço geográfico, mas sim aos espaços demográfico, epidemiológico, tecnológico, econômico, social, cultural, político, produto de um processo permanente em que se articulam diferentes sujeitos políticos com suas necessidades, interesses, desejos e sonhos. Portanto, o serviço de base territorial ativa os recursos do habitat de origem ou de referência do usuário, necessários para a construção de projetos terapêuticos emancipadores e transformadores do imaginário social.

A tentativa de se construir uma “rede de serviços” ou “rede de assistência” de Saúde Mental, hierarquizada e em um sistema de referência-contrareferência, como foi possível observar na análise do material encontrado principalmente no município B, impedem a responsabilização do serviço pelas ações de saúde mental em uma determinada área e a articulação das ações de cuidado realizadas pelos diversos dispositivos: pronto-socorros, hospitais gerais e psiquiátricos, escolas, conselhos tutelares, promotoria pública, creches, associações de bairro, entidades filantrópicas. Em consequência disso, os diversos serviços nos diferentes níveis de atenção não reconhecem a existência de várias lógicas de funcionamento, de múltiplos atravessamentos provocados por diversos fluxos dos usuários.

A responsabilização pelo tratamento do usuário presume a invenção, o planejamento, a avaliação e a gestão dos novos saberes e fazeres no coletivo, garantindo a participação de todos os atores envolvidos. Essa produção coletiva não é natural e não está pronta, ela é construída no cotidiano do serviço. A equipe multiprofissional, a coordenação e a clientela precisam de apoio ou supervisão institucional para construir seu projeto, conhecer e problematizar seus referenciais teórico-técnico-políticos, criar mediações, equacionar seus conflitos, reorganizar as formas de trabalho.

O estudo apontou a necessidade de maior investimento nas equipes multiprofissionais, estímulo à organização, participação dos usuários e familiares, bem como ações intersetoriais dos dispositivos de saúde, de assistência social e de cultura existentes nas cidades, com objetivo de construir uma rede de cuidado e reinserção social.

No campo político-jurídico, os vários segmentos sociais dos municípios conhecem os princípios e propostas da Reforma Psiquiátrica, embora esse conhecimento apresente diferenças entre os gestores, trabalhadores e usuários. Os gestores demonstraram ter maiores informações sobre legislação, portarias, normas e projetos do MS e SES-SP. Os trabalhadores parecem mais envolvidos com as propostas técnico-assistenciais e os usuários, principalmente do município B, evidenciam interesse nas possibilidades de reinserção social, centradas no trabalho e no retorno financeiro.

Entre os trabalhadores, as portarias, normas e projetos do MS ainda não foram suficientemente compreendidos para transformar as ações e os serviços de Saúde Mental. Além disso, tais dispositivos são percebidos como vulneráveis para subsistirem à alternância do poder nas três esferas de governo e para evitarem que os gestores municipais não desloquem os recursos previstos para Saúde Mental a outros projetos da saúde ou da administração.

A atenção em Saúde Mental geralmente não tem sido uma prioridade para os governos. Os municípios têm procurado cumprir as exigências da legislação e das normatizações federais e estaduais para a saúde, embora no município B o compromisso dos gestores seja maior para efetivar as propostas do SUS. No entanto, ambas gestões não assumem integralmente as propostas do Ministério da Saúde para a área, sob a alegação de falta de recursos financeiros para a contrapartida exigida.

A alternância de poder na esfera do executivo também representa obstáculo no processo de construção da atenção psicossocial, pois os serviços se organizam de maneira precária e frágil, o que os tornam vulneráveis no início de cada administração.

São inquestionáveis os benefícios resultantes da gestão local da atenção em saúde para a população a partir da implementação do SUS. Os mecanismos construídos pelo SUS para viabilizar o processo decisório descentralizado (participação popular e controle social), são importantes para organização dos serviços locais e para a assistência da população.

Depois de 1989, vários governos municipais foram considerados bem sucedidos por terem efetivado gestões locais centradas nos direitos de cidadania e na qualidade de vida da população. Naquele momento, eram grandes as expectativas decorrentes da Promulgação da Constituição de 1988, principalmente no que se refere à ampliação do papel do município como composição federativa. As perspectivas de maior autonomia, de novas responsabilidades e de mais recursos para os municípios, aliadas com a esperança de mudanças no panorama político do país (a proximidade da primeira eleição direta para Presidente da República, desde 1960) e a ampliação e consolidação dos movimentos sociais, contribuíram para a eficácia de administrações municipais na gestão das políticas públicas, como, por exemplo, em São Paulo, Campinas e Santos.

Tal cenário continha a promessa de renovação da vida política. Apontava para um novo momento político em que o Estado é concebido como arena de lutas políticas, com nova correlação de forças entre as classes dominantes e as classes dominadas, havendo, portanto, o fortalecimento da autonomia da sociedade civil.

Para vários autores (COSTA-ROSA, 1987; TEIXEIRA, 1989; GALLO e NASCIMENTO, 1989), o processo de democratização obriga a classe dominante a modificar sua estratégia de exercer e manter o poder sustentado pela dominação e pela coerção. As elites brasileiras passam a buscar a direção da sociedade por intermédio de longo processo de construção de uma hegemonia em que convergiam os interesses das forças atuantes na nova proposta.

Esse cenário político não se mantém na década de 1990. O avanço da atual ordem mundial, denominada no campo econômico, de acumulação flexível de capital e, no

campo político e ideológico, de neoliberalismo produziu mudanças significativas no processo de democratização em curso.

A redução do papel do Estado na gestão das políticas públicas tem impedido a sustentação do pacto social construído pela sociedade civil. Nesse processo, as regras do mercado são consideradas suficientes para produzir o bem-estar do homem, podendo ser complementadas com algumas ações políticas compensatórias. Do Estado espera-se que seja capaz, de um lado, de propiciar a mobilidade externa do capital, do consumo e do sistema financeiro e, de outro lado, de controlar o poder dos movimentos sociais.

A descentralização da gestão das políticas públicas continua se consolidando, mas não necessariamente comprometida com a qualidade de vida da população. O objetivo da gestão desloca-se para o controle e equilíbrio do déficit público. Assim, a maioria dos municípios estaria gerenciando a pulverização das políticas públicas e a precarização dos direitos constitucionais da população. O desafio nessa primeira década do século XXI é de fazer avançar o SUS e a construção da rede de atenção psicossocial e, essencialmente, criar uma rede de resistência para a manutenção de seus pressupostos básicos.

Dessa maneira, os municípios têm encontrado dificuldades para cumprir com suas atribuições. Porém, os gestores municipais nem sempre estão comprometidos com a política nacional de saúde o suficiente para implantar as propostas do MS para consolidar o SUS e mesmo para solicitar recursos disponíveis. Enfim, “[...] Não há nenhuma garantia intrínseca à autonomia dos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência” (ARRETCHE, 2003, p. 334).

Nos municípios estudados a atenção em Saúde Mental não é prioridade, sob a justificativa da aplicação de um percentual elevado do orçamento municipal com a saúde e das dificuldades para obtenção de novos repasses do governo federal. Também existe a falta de maior empenho e comprometimento com as propostas do SUS e da Reforma Psiquiátrica, no tocante à necessidade de mudança do modelo assistencial. É necessário que haja mecanismos mais efetivos de orientação para o modelo assistencial e de acompanhamento da aplicação dos recursos financeiros, não somente em nível local, mas estadual e federal. Para isso, faz-se necessária a retomada das ações realizadas pelos

diversos segmentos sociais, entre eles os conselhos profissionais comprometidos com essa mudança. As Comissões de Reforma Psiquiátricas (nacional e estaduais) e movimentos sociais (o da Luta Antimanicomial) devem retomar e ampliar as ações de acompanhamento, orientação e fiscalização da implantação das diretrizes e propostas de ações e serviços nos municípios, em especial, os de pequeno e médio portes além de contribuírem para o fortalecimento da participação popular e controle social.

As experiências transformadoras e bem sucedidas na construção de serviços substitutivos em Saúde Mental ocorridas em muitos municípios brasileiros, inclusive aqueles abordados no capítulo dois deste estudo, têm contribuído muito na construção da Política Nacional de Saúde Mental e, conseqüentemente nos percursos da Reforma Psiquiátrica. No entanto, tais experiências não podem ser tomadas como modelos para as demais cidades do país.

É importante ainda destacar que não existe nenhuma legislação municipal que contemple a mudança do modelo assistencial nos municípios estudados. Há apenas algumas diretrizes contidas em conferências de saúde do município B e na I Conferência Regional de Saúde, já analisadas anteriormente. As conferências de saúde dessas cidades vêm sendo espaços importantes de participação popular e para deliberações, visando a construção de uma política local para os vários setores da saúde. No entanto, elas ainda não conseguem desempenhar seu papel de co-participante no processo de construção da política da atenção psicossocial.

Algumas das propostas das Conferências estão alinhadas com a política estadual e federal e, embora possam contribuir para a política local da saúde e Saúde Mental, tais propostas não têm sido efetivadas, principalmente aquelas referentes à capacitação dos trabalhadores da saúde e inclusão no orçamento do município de destinação de recursos financeiros necessários para viabilizá-las.

A relação dos serviços de Saúde Mental com a população é percebida como boa, principalmente quando comparadas com os outros serviços de saúde. No entanto, a demanda inicial da população é a consulta psiquiátrica com vistas ao tratamento medicamentoso. As reclamações mais freqüentes referem-se às dificuldades de se

agendarem consultadas psiquiátricas, o fornecimento da medicação e a resistência dos familiares em aceitarem a proposta de tratamento substitutiva à internação psiquiátrica.

Ambos os municípios precisam desenvolver mais ações para transformarem o imaginário social da população acerca da doença mental e das pessoas consideradas como tal. Em geral, os serviços dos dois municípios avaliam que o estigma social com a pessoa considerada doente mental tem diminuído à medida que aumentam as ações desenvolvidas nos espaços públicos da cidade e a população tem interagido mais com os usuários da Saúde Mental. Observa-se uma maior tolerância e condescendência com os usuários da Saúde Mental, notadamente quando eles não estão em crise, embora as pessoas costumam ainda ironizar, ridicularizar e menosprezar o usuário da Saúde Mental, em especial, aquele considerado psicótico.

A ausência de projetos de intervenções intersetoriais e no território contribui para manter essa situação. Os municípios realizam ações nos espaços públicos e a população tem interagido mais com os usuários da Saúde Mental, mas tais ações são pontuais e não têm alcance para uma transformação consistente do imaginário social sobre a doença mental, usuários e serviços. Porém, a realização dessas ações, mesmo que esporádicas, tem demonstrado sua importância e eficácia para diminuir o estigma social da doença mental.

Além disso, é preciso considerar que, com o aumento da violência urbana e sua associação com o uso abusivo de álcool e drogas, o desequilíbrio, a agressividade, a periculosidade e o estigma social, parecem estar se deslocando para os usuários considerados dependentes químicos e de outras drogas, sendo delegado a estes a condição de objeto a ser excluído, isolado, vigiado, cujo tratamento mais adequado é o oferecido pelas denominadas ‘comunidades terapêuticas’ orientadas por preceitos religiosos.

O município B tem mais recursos para desenvolver ações intersetoriais e construir uma rede de dispositivos articulada em propostas comuns e coletivas. Contudo essa condição não garante uma rede produtora de transformação social e cidadania.

Para constituir uma rede de resistência e disparadora de mudanças, deve haver nos municípios maior estímulo para a organização e participação dos usuários e familiares, integralidade dos dispositivos de saúde, de assistência social e de cultura neles existentes,

com objetivo de construir uma rede de cuidado e reinserção social emancipadora. Também, é indispensável construir uma interlocução com o Poder Judiciário para propiciar a mudança na cultura jurídica das concepções acerca da doença mental e das formas de tratamentos que envolvem a exclusão, segregação e o confinamento dos usuários da Saúde Mental e, conseqüentemente, a compreensão e aceitação dos novos serviços de atenção psicossocial, inclusive para os dependentes químicos e outras drogas.

Deve-se ressaltar ainda que a implantação e consolidação das diretrizes e propostas da Reforma Psiquiátrica compõem uma construção coletiva, que exige envolvimento dos atores dos diversos segmentos da sociedade. O empenho e a organização dos trabalhadores, usuários, familiares e demais entidades da sociedade civil é fundamental. Mas sem dúvida alguma, é imprescindível que os governos municipais rompam com um modelo de administração pública centrado na conservação e nas pequenas intervenções no espaço urbano, na construção de grandes obras, no fisiologismo político, assumindo um projeto de governo autônomo, centrado em políticas sociais e voltado para a melhoria de vida de toda a população.

Finalmente, é importante abordar os sentidos deste estudo para a pesquisadora. Para isso, retomo minha disposição inicial, ressaltada na apresentação, de imergir no supostamente conhecido para descobrir movimentos, encontrar caminhos, compor alianças imprescindíveis para continuar, como docente e ator social, as minhas ações no campo da Saúde Mental e Saúde Coletiva. A pesquisa ora concluída respondeu várias das minhas indagações, mas não diminuiu minhas inquietações.

Percebo que as diretrizes e propostas da Reforma Psiquiátrica têm conseguido adentrar no Sistema Único de Saúde dos diversos municípios, principalmente quando algum dos segmentos (gestores, trabalhadores e usuários) envolvidos na atenção em Saúde Mental apresenta comprometimento com as mudanças. Contudo, o comprometimento dos gestores municipais com a população e com a melhoria de suas condições de vida é necessário para a criação de serviços substitutivos em Saúde Mental.

O outro aspecto a ser destacado são os riscos da medicalização da demanda da Saúde Mental quando se tem como objetivo a diminuição da internação psiquiátrica, não havendo, entretanto, investimento na formação continuada das equipes multiprofissionais dos serviços, comprometida com os pressupostos teóricos da atenção psicossocial.

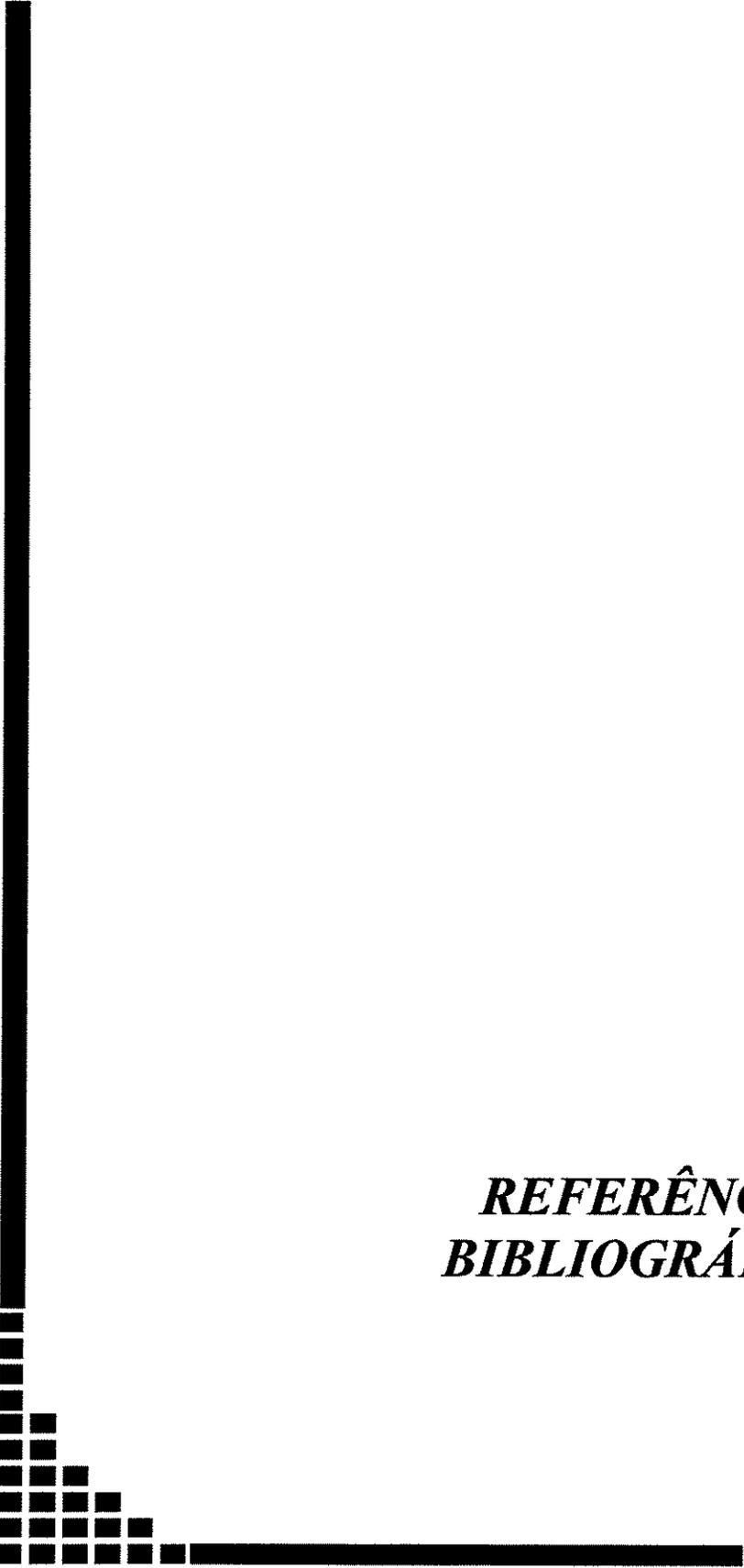
Também constituiria obstáculo para a Reforma Psiquiátrica, se os serviços retomassem e estimulassem as práticas identificadas com tratamento moral, ao não conseguirem produzir novas práticas para propiciar ao usuário o acesso a bens, à cultura, à educação, ao trabalho, à convivência, à história, enfim, ao direito de ser sujeito e cidadão. Na perspectiva do tratamento moral, o acolhimento e o cuidado do usuário, ao contrário de estar voltado para suas necessidades, suas vontades e desejos, estaria centrado na tolerância e no suprimento solicitado pelo usuário. As metas da solidariedade e da diminuição das desigualdades sociais, necessárias para que a pessoa considerada doente mental passe a ter direitos e autonomia, seriam substituídas pelo voluntarismo e compaixão.

Assim, os serviços e as equipes multiprofissionais funcionariam por impulso, seguindo o princípio do 'quanto antes melhor', desvinculado, porém, de qualquer preocupação com as conseqüências que a ação poderia provocar no usuário. Os serviços através de atitude generosa e humanitária de suas equipes procurariam ofertar algo que suprimisse o pedido do usuário, antes mesmos de acolhê-lo e ouvi-lo. A compaixão piedosa estaria sendo retomada como categoria de controle social, capaz de contribuir para o estabelecimento de ordem social mais justa, porém desvinculada de qualquer transformação das condições materiais geradoras de desigualdades.

Em síntese, continuo acreditando que o processo de desinstitucionalização e a superação do modelo manicomial exigem transformações da sociedade para se construir uma história que privilegie a vida, portanto, inserindo-se no campo das lutas sociais. Porém, também acredito que é possível se construir utopias no próprio cotidiano para viabilizar a transição paradigmática exigida pelas diretrizes e propostas da Reforma Psiquiátrica, que estariam centradas no investimento nos trabalhadores da Saúde Mental, principalmente no que se refere à formação continuada dos profissionais dos serviços e na reformulação da formação profissional. Tais utopias deveriam também estar voltadas para os usuários e a população, para viabilizar sua organização e sua participação nesse processo.

Para concluir cito o texto de um amigo, perseverante militante de esquerda, cuja vida foi muito breve.

Não tenho mais esperanças também que a utopia sonhada se realize antes que minha vida se acabe. O socialismo real não cumpriu essa utopia, embora o capitalismo esteja em situação muito desconfortável para sorrir da desagregação do bloco socialista. Quem sabe os filhos de nossos filhos possam realizar o que não conseguimos. Quanto a mim, continuarei acreditando que essa é uma esperança que tem futuro. Que os homens consigam construir uma história que privilegie a vida. Não a minha, mas a nossa vida (Antônio Merisse).



*REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS*

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: SDN/ENSP, 1995. 143 p.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente – outras histórias para loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 141 p.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 163-85.

AMARANTE, P.; GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e Saúde Mental. In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998, p. 113-48.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (org.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999, p. 47-52.

AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: **Saúde em debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 25, n.58, maio/agosto/2001, p.26-34.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (coord) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 45-65.

ANDRADE, L. O. M. de. **SUS passo a passo – normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições Uvas, 2001. 279 p.

ARRETICHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**. [online]. 2003, vol.8, no.2 [citado 28 Setembro 2003], p.331-345. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

BASAGLIA, F. As Instituições da violência. In: BASAGLIA, F.(coord.). Trad Heloisa Jahn. **A Instituição negada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991, p. 313-22.

BEZERRA Jr., B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em Saúde Mental. In: COSTA, N. R.; TUNDIS, S. A. (org.) **Cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1990, p. 133-69.

BIRMAN, J. **Estilo e modernidade em psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997. 240 p.

BIRMAN, J. Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre a psicanálise e psiquiatria hoje. In: QUINET, A. (org) **Psicanálise e psiquiatria. Controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 21- 9.

BOURDIEU, P. Compreensão. BOURDIEU, P. et al.. Trad. Mateus S. Soares Azevedo. **A miséria do mundo**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 693-732.

BRAGA CAMPOS, F. C. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Campinas, 2000 (Tese - Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

BRAGA CAMPOS, F. C. B. Os desafios da gestão de redes de atenção em Saúde Mental para cuidar em liberdade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de texto**. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: CNS, 2001, p. 46-51.

BRASIL. Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social. **Relatório final do grupo de trabalho assessor em Saúde Mental**. Brasília. 1987. (mimeo).

BRASIL. Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Saúde em Debate**, p.15-20, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre a transferência intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. In: Conselho Regional de Psicologia – 6ª região/SP. **Trancar não é tratar – liberdade: o melhor remédio**. 2ª ed. São Paulo: CRP/6ª, 1997, p.24-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Portaria nº. 189** de 19 de novembro de 1991- que estabelece critérios para internações psiquiátricas em hospitais especializados e hospitais gerais; amplia os procedimentos terapêuticos e define a responsabilidade do gestor municipal. Brasília: MS/SAS, 1991. 4 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 224 de 29 de janeiro de 1992 – que estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em Saúde Mental. In: Conselho Regional de Psicologia – 6ª região/SP. **Trancar não é tratar – liberdade: o melhor remédio**. 2ª ed. São Paulo: CRP/6ª, 1997, p.42-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Norma Operacional Básica SUS 01/91. Resolução 273/91. In: ANDRADE, L. O. M. de. **SUS passo a passo – normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições Uvas, 2001. p. 115-32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 545 de 20 de maio de 1993- estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização e gestão de ações e serviços de saúde através da Norma Operacional SUS 1/93. In: In: ANDRADE, L. O. M. de. **SUS passo a passo – normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral:Edições Uvas, 2001. p.137-98.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do sistema único de saúde/ NOB 01/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p. Disponível em <http://www.portalweb02.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/nob96.pdf>.> Acesso em: 20 out. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2 450 de 07/04/1998**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em <http://www.saude.gov.br/saude/doc/Portarias/1998>> Acesso em: 10/04/2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 106** de 11 de fevereiro de 2000 – que cria a modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/doc/Portarias/2000>>. Acessado em: 20 fev 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1220** - de 07 de novembro de 2000 – que implementa os programas terapêuticos na modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar, conforme o disposto na Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/doc/Portarias/2000>> Acessado em: 20 fev 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios através da Norma Operacional de Assistência à Saúde SUS- NOAS01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/portarias/2001>> Acesso em: 20 out. 2002.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. In: Conferência Nacional de Saúde Mental (3.:2001: Brasília). **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo**. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b, p. 58-62.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 336** de 19 de fevereiro de 2002 – que estabelece as modalidades de serviços nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/portarias/2002> > Acessado em: 21 out. 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do programa nacional de avaliação dos serviços hospitalares – PNASH. edição 2002. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas, 2002b. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/SAS/PNASH> > Acessado em: 21 out. 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 77** de 01 de fevereiro de 2002 – Que excluir da Tabela do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde - SIH-SUS os procedimentos, do grupo 63.100.04.5 – Internação em Psiquiatria IV e incluir os procedimentos, que passam a constituir o grupo 63.100.04.5 – Internação em Psiquiatria IV. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/portarias/2002> > Acessado em: 21 out. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 251/GM** de 31 de janeiro de 2002 – Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/portarias/2002> > Acessado em: 21 out. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo da circular 26/02**. CAPS – Nova sistemática, funcionamento e registro de dados epidemiológicos – Portaria 336/02 2 189/02.. Brasília: MS, SAS, ASTEC, 2002e. Disponível em: <<http://www.ifb.org.br/circularcaps.doc> > Acessado em 20 fev. 2003.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 175 p.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. **Inventando a mudança na Saúde**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1997a, p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma**. Repensando a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997b. 220 p.

CAMPOS, G. W. S. Saúde em Santos: o SUS que está dando certo. In: CAMPOS, F. C. B., HENRINQUE, C. M. P. (org). **Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997c, p. 11-3.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. O Apoio Paidéia. **Palavra do Secretário Municipal de Saúde**. Campinas: SMS, nov 2001a. Disponível em < Disponível em <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/index.htm> > Acessado em 21 jan 2003.

- CAMPOS, G. W. S. **O método paidéia (da roda) aplicado à saúde coletiva**. Campinas: SMS, nov 2001b. Disponível em < Disponível em < <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/index.htm> > Acessado em 21 jan 2003.
- CAMPOS, C. M. S. e SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciênc. saúde coletiva**. [online]. 2003, vol.8, no.2 [citado 25 Setembro 2003], p.621-628. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200022&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5ª ed. Trad. Maria Tereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Otávio F. Barreto Leite. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 2000. 307 p.
- CAPISTRANO FILHO, D. Sempre vale a pena ser governo? In: CAMPOS, F. C. B., HENRINQUE, C. M. P. (org). **Contra a maré á beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 17-20
- CAPISTRANO FILHO, D. et al. O SUS que dá certo. In: CAMPOS, F. C. B., HENRINQUE, C. M. P. (org.). **Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 21-4
- CAPISTRANO FILHO, D. Os ritmos da Reforma: histórico, avaliação e diagnóstico. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Como anda a reforma psiquiátrica? Avaliação, perspectiva e prioridades**. Brasília: CFP, 2000, p. 23-8.
- CAPLAN G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- CARVALHO, A. M. R. **Privatização e demissão: representações sociais de ex-ferroviários**. Assis, 2001 (Dissertação – Mestrado- Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP).
- CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo de gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (org) . **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p.197-210.

CERQUEIRA, L. **Psicologia social** - problemas brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 1989. 306p.

CEZARINO, A. C. Uma experiência de Saúde Mental na prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, n.1, 1989, p. 3- 32.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: **Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Coord. Organização Mundial da Saúde. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (1.:1986: Rio de Janeiro). **Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2: 1992: Brasília). Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental In: Conselho Regional de Psicologia – 6ª região/SP. **Trancar não é tratar – liberdade: o melhor remédio**. 2ª ed. São Paulo: CRP/6ª, 1997, p.52-81.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (3: 2001: Brasília). **Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE (2: 1995; Assis). **Relatório da II Conferência Municipal de Assis**. Conselho Municipal de Saúde- CMS. Assis: Secretaria Municipal de Saúde - SMS, 1995.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE (3: 1997: Assis). **Relatório da III Conferência Municipal de Assis**. Conselho Municipal de Saúde- CMS. Assis: Secretaria Municipal de Saúde - SMS, 1997.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE (1: 1997: Cândido Mota) **Relatório da I Conferência Municipal de Saúde de Cândido Mota**. Conselho Municipal de Saúde- CMS. Cândido Mota: Secretaria Municipal de Saúde e Higiene - SMSH, 1997

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE (IV: 1999; Assis). **Relatório da IV Conferência Municipal de Assis**. Conselho Municipal de Saúde- CMS. Assis: Secretaria Municipal de Saúde - SMS, 1999.

- CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE (V: 2001; Assis). **Relatório da V Conferência Municipal de Assis**. Conselho Municipal de Saúde- CMS. Assis: Secretaria Municipal de Saúde - SMS, 2001.
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório Final da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de saúde 96/97**. Assis: CMS/SMS, 1997.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Conselho Nacional de Saúde ratifica portarias**. Brasília: CNS, 2002. Disponível em: <
http://www.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtx=13220 > Acessado em 24 nov. 2002.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 6ª região. Nova política de representação. *Jornal do CRP-06*. São Paulo: CRP-6. dez/jan-1993, n. 80, p. 4-5.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Como anda a reforma psiquiátrica?** Avaliação, perspectiva e prioridades. Brasília, CFP, 2000, 130 p.
- COSTA, J. F. **Psicanálise e contexto cultural** – imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus, 1989. 175 p.
- COSTA, J. F. **A história da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 1989. 189 p.
- COSTA, J. F. Psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela. In: ARAGÃO, L. T. et al. **Clínica do social** – ensaios. Rio de Janeiro: Escuta, 1991, p. 39-74.
- COSTA-ROSA, A. **Saúde Mental comunitária**. Análise dialética das práticas alternativas. São Paulo, 1987. (Dissertação - Mestrado - Universidade São Paulo).
- COSTA-ROSA, A. O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio** - subjetividade, Saúde Mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000, p.141-69
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As conferências nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. In: **Saúde em debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 25, n.58, maio/agosto/2001, p.12-25.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial - rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (coord) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-44.

COUTINHO, C. N. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária - em busca de uma teoria**. São Paulo: Editora Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989, (Pensamento social e saúde, 3), p. 47-60.

DELGADO, P. G. et al. O Ministério da Saúde e a Saúde Mental no Brasil: panorama da última década. In: Conferência Nacional de Saúde Mental (3.:2001: Brasília). **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno de textos**. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001,9-15.

DIARIO DE ASSIS. **Loucos pela vida**. ASSIS: DA, 16 mai 2002, p.7.

DIARIO DE ASSIS. **Curso de capacitação é ministrado à equipe da Unidade de Saúde**. ASSIS: DA, 04 abr 2003, p.3.

DIARIO DE ASSIS. **Filho mantém a mãe refém durante cinco horas**. ASSIS: DA, 12 abr 2003, p. 5.

DIARIO DE ASSIS. **Musica não discrimina pacientes de Saúde Mental**. ASSIS: DA, 21 mai 2003, p.6.

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

ESTADO DE SÃO PAULO. Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de Saúde Mental. **Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 43, janeiro/82 a dezembro/83, edição especial.

ESTADO DE SÃO PAULO. **Diretrizes em Saúde Mental**. São Paulo: Coordenadoria de Saúde Mental, nº 3, 1973, p. 26-32.

ESTADO DE SÃO PAULO. **I oficina de planejamento participativo da Direção Regional de Saúde de Assis**. Assis: SES, Direção Regional de Assis – DIR - VIII, 2003.

- FERRAZ, M. P.; MORAIS, M. de F. L. Política de Saúde Mental: Revisão dos dois últimos anos. **Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental –SP**. São Paulo. v. XLV (único), 1985, p.11-22.
- FERREIRA, A. B. H. Dicionário do Aurélio Eletrônico - Século XXI. Versão integral do Novo Dicionário Aurélio - Século XXI, publicado pela editora Nova Fronteira. Brasil: Lexikon Informática LTDA. (Versão 3. nov 1999).
- FIGUEIREDO, G. **O princípio e os insanos**. São Paulo: Cortez, 1988. 170 p.
- FRANÇA, S. A. M. **Diálogos com as práticas de Saúde Mental desenvolvidos na rede de saúde pública**. São Paulo, 1994. (Tese – Doutorado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)
- FRANCISCO, I. C. **Psicologia clínica: Saúde Mental pública – um jeito de pensar o contexto atual do atendimento psicológico à Saúde Mental pública de Assis – SP**. Assis: 1990 (Monografia – Especialização – Universidade Estadual Paulista - Assis)
- FUNDAÇÃO SEADE. **Informações dos municípios paulistas**. São Paulo: SEADE, 2002. < http://www.seade.gov.br/cgi-bin/hpseade/tema_prod.ksh?tema=CDV> acessado em 20 dez.2002.
- GALLIO, G.; CONSTANTINO, M. François Tosquelles – a escola da liberdade. In: LANCETTI, A. **SaudeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1994, n, 4, p.85-128.
- GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C.. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. IN: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária - em busca de uma teoria**. São Paulo: Editora Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989, (Pensamento social e saúde, 3), p. 91-118.
- GANZAROLLI, C.; ALBUQUERQUE, S.; YASUI, S. Corpo em Movimento. In: Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 20, 2002, Florianópolis, SC. **Anais... O encontro terapêutico na psiquiatria: ABP, 2002, p. 295)**
- GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, n.60, 2002, p.37-61.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose**. Um projeto na rede pública. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Cora Editora ; Instituto Franco Basaglia, 1996. 168 p.

GOLDBERG, J. **Cotidiano e instituição**. Revendo o tratamento de pessoas com transtornos mentais em instituição pública. São Paulo, 1998. (Tese – Doutorado - Universidade de São Paulo).

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo – o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: PITTA, A. (coord.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 33-47.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde** – características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 278 p.

GUATTARI, Felix. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Trad. Suely Rolnik. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981. 230 p.

GUTIERREZ, P. R.; OBERDIK, H.I. Concepções sobre saúde e a doença. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JUNIOR, L. (org) **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Editora UEL/ABRASCO, 2001, p. 01- 25).

HERNANDES, M. L.; LUZIO, C.A. A municipalização da Saúde Mental. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, 6, 1999, Águas de Lindóia, SP. **Anais...** Saúde na Cidade: como garantir a qualidade de vida na cidade? São Paulo: APSP, 2000, p.77.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000 - Resultados do universo**. Brasília: IBGE, 2003. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/ufs.php?tipo=31>> Acessado em: 20 dez. 2002.

JORNAL VOZ DA TERRA. **Anunciado programa de Saúde Mental para Assis**. Assis: VT, 17 mai 1983, p. 3.

JORNAL VOZ DA TERRA. **Santilli sugere serviço para HD**. Assis: VT, 17 mai 1983, p. 1.

JORNAL VOZ DA TERRA. **Muda o atendimento psiquiátrico em Assis.** Assis: VT, 31 dez 1987, p. 3.

JORNAL VOZ DA TERRA. Fim dos manicômios é luta constante de especialistas. Assis: VT, 15 mai 2001.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. C. B.; HENRINQUE, C. M. P. (org.). **Contra a maré à beira mar:** a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 67-77.

L'ABBATE, S.. **O direito à saúde: da reivindicação à realização.** Projetos de política de saúde em Campinas, 1990. (Tese – Doutorado - Universidade de São Paulo).

L'ABBATE, S. O Direito à Saúde: da reivindicação à realização. Projeto de política de saúde em Campinas. In: SPÍNOLA, A.W.P. et al. (coord.). **Pesquisa social em saúde.** São Paulo: Cortez, 1992, p. 67-94.

L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: ONOCKO, R.; Merhy, E. E. (org.). **Praxis en salud.** Um desafio para lo público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997, p.353-71.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (org.) **SaúdeLoucura - Saúde Mental e saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 2000, nº 7, p. 11-52

LANCETTI, A . Síntese metodológica. In: In: LANCETTI, A. (org.). **SaúdeLoucura - Saúde Mental e saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 2000, nº 7, p. 117- 20.

LIMA, E. M. F. A . **Clínica e criação – a utilização de atividades em instituições de Saúde Mental.** São Paulo: 1997 (Tese – Mestrado – Pontificia Universidade Católica de São Paulo).

LOPES, I. C. Centros de convivência e cooperativa: reinventando com arte agenciamentos de vida. In: In: FERNANDES, M.I.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E.S. (org.). *Fim de Século: ainda manicômios?* .São Paulo: IPUSP, p.139-69.

LOURAU, R. **Análise institucional.** Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 1975

- LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil – instituições e estratégias de hegemonia.** Rio de Janeiro: GRAAL, 1979.
- LUZIO, C. A.; GARCIA, J. C. Uma revisão da saúde em 1991. **Jornal da Segunda.** Assis, 23 dez 1991, n. 130, p. 4
- LUZIO, Cristina Amélia. **O psicólogo na saúde pública: a busca de identidade.** Assis: Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 1995. (mimeo).
- MARX. C. Primer manuscrito. In: MARX. C. **Manuscritos economico-filosoficos de 1844.** Version al español de Wenceslao Roces. México: Editorial Grijalbo, Coleccion 70, primera serie, n. 29, 1968, p.11-88
- MEDEIROS, M. H. da R. **A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional.** Campinas, 1994. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas)
- MENDES B.; HIRSCHZON, C. M. Reflexões sobre a experiência com grupos do convênio da coordenadoria de Saúde Mental. In: Encontro sobre psicanálise e instituição, 1. **Anais...** São Paulo: Sedes Sapientie, 1986.
- MENDES, M. C. S., et al. **Uma Experiência de Pronto Atendimento em Saúde Mental Coletiva.** Assis, 2003, texto mimeo
- MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Praxis em salud – um desafio para lo público.** Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo:Hucitec, 1997, p.197-228.
- MERHY, E. E. **Saúde.** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.
- MERHY, E. E.; BUENO, W. S. Organizações sociais. Autonomia de quem e para que? Texto em elaboração. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON LINE. Temas em debates. Brasília: MS, 1998. Disponível em:<http://www.datasus.gov.br/cns>> Acesso em: 24 nov. 2002.
- MICHELAT, G. Sobre a utilização de entrevista não-diretiva em Sociologia. In: THIOLENT, M. J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária.** 3ª ed. São Paulo: Pólis,, 1982, p. 191-211. Coleção Teoria e História, 6.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, São Paulo: Hucitec, 1996, 269 p.
- MOURA, A. H. **O equipamento de Saúde Mental, suas instituições e o clube dos saberes.** Campinas, 2002. (Tese - Doutorado em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Campinas).
- NICÁCIO, M. F. S. O processo de transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituição e cultura (Tese - Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)
- ONOCKO, R.; AMARAL, M. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Praxis em salud – um desafio para lo público.** Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec, 1997, p.353-71
- ONOCKO CAMPOS, R. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica.** Campinas, 2001. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).
- PAULIN, L. F. R. da S. **A criação de um serviço de urgência psiquiátrica: uma análise histórica documental e oral.** Campinas, 1998. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).
- PENA, R.e FIRMINO, G. Relatos da construção da Atenção Psicossocial em Assis: a oficina de sexualidade produzindo sentidos e singularidades, In: Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 20, 2002, Florianópolis, SC. **Anais... O encontro terapêutico na psiquiatria: ABP, 2002,p. 145**
- PITTA-HOISEL, A. **Sobre uma política de Saúde Mental.** São Paulo, 1984. (Dissertação - Mestrado - Universidade São Paulo).
- PITTA, A . Reabilitação psicossocial no Brasil. PITTA, A. (org) **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001, p. 19-26.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSIS. **Conferência Municipal de Saúde – instrumento de participação.** Assis: /SMS, 1995.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSIS. **Projeto do Centro Integrado de Atenção Psicossocial.** Assis: SMS , 1997.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSIS. **Plano Municipal de Saúde**. Assis: SMS , 1998.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSIS. **Plano Municipal de Saúde**. Assis: SMS , 2001.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSIS. **A agenda Municipal de Saúde**. Assis: SMS, 2001.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSIS. **Projeto do centro de Atenção Psicossocial**. Assis: SMS, 2002.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CÂNDIDO MOTA. **Plano de saúde do município de Cândido Mota- 1997-2000**. Cândido Mota: Secretaria Municipal de Saúde e Higiene-SMSH, 1997.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CÂNDIDO MOTA **Relatório da I Conferência Municipal**. Cândido Mota: SMSH, 1997.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CÂNDIDO MOTA. **Projeto da unidade integrada de atendimento em Saúde Mental de Cândido Mota**. Cândido Mota: SMSH, 1998.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CÂNDIDO MOTA. **Plano de saúde do Município de Cândido Mota- 2001-2004**. Cândido Mota: SMSH, 2001.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Novo atlas do desenvolvimento no Brasil**. Brasília: Ministério do Planejamento, 2002. <<http://www.undp.org.br/IDHM-BR%20Atlas%20Webpage/index.asp>> Acessado em 13 jan. 2003.
- RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N. do R.; TUNDIS, S. A. (org.) **Cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1990, p.15-75.
- RODRIGUES, A. e GALIEGO, A . Acendendo sonhos: na produção de velas, a potencialização de sujeitos. In: Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 20, 2002, Florianópolis, SC. **Anais...** O encontro terapêutico na psiquiatria: ABP, 2002, 177.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. MAURI, D. Tradução de Fernanda Nicácio. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990, p.17-59.

- SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo(1970-80)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 329 p.
- SANTANA, J. P. (org). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde - Pólo de capacitação em saúde da Família da UFMG: NESCON - Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem- OPAS/representação no Brasil, 2000
- SCARCELLI, I. R. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em Saúde Mental: a experiência do município de São Paulo**. São Paulo, 1998. (Tese – Mestrado - Universidade São Paulo).
- SARACENO, BENEDETTO (2001) **Reabilitação Psocissocial: Uma estratégia para a Passagem do Milênio**. In: PITTA, ANA (org) *Reabilitação psocissocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC. p. 13-18
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Projeto Paidéia de Saúde da Família – Campinas/2001. Diretrizes para atenção básica à saúde**. Campinas, SMS- Colegiado de Gestão, outubro 2001a. Disponível em < <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/index.htm> > Acessado em 20 jan 2003.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Programa paidéia – saúde da família**. Campinas, SMS, 2001b. Disponível em < <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/index.htm> > Acessado em 21 jan 2003.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Saúde Mental: o apoio matricial ao paidéia- saúde da família**. Campinas, SMS, 2001c. Disponível em < <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/index.htm> > Acessado em 21 jan 2003.
- SERRANO, A. I. **Onze estações e um devoto de São Jorge – Discursos psicológicos num serviço de saúde Mental**. Florianópolis, 1998 (Tese – Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina)
- SIQUEIRA, S. A. V. de, et al. **Descentralização e assistência à saúde no Brasil. Saúde em Debate**, n.60, 2002, p. 25-36.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano - aproximações teóricas metodológicas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000, p. 41-61.

TAYLOR, W. F. **Princípios da administração científica**. Trad. Arlindo Vieira Ramos. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 1990

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. IN: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária - em busca de uma teoria**. São Paulo: Editora Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989, p. 17-46.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H.. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma Sanitária - em busca de uma teoria**. São Paulo: Editora Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989, p. 193-232.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. **Projeto de assistência em Saúde Mental à região de Assis, partindo da integração de recursos materiais e humanos já existentes da Secretaria Estadual de Saúde e a Universidade Estadual Paulista**, Assis, 1987, 16 p. doc. mimeo

YASUI. S. CAPS: Aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1989, n.1. p. 47-59.

YASUI. S. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. Assis, 1999. (Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual Paulista).



ANEXOS

ANEXO 1- TEMAS PARA ENTEVISTA COM GESTORES

Nome:

Idade:

Cargo/função:

- ✓ percepção da política de SM dos governos - federal e estadual? Em que medida ela contribui para organização dos serviços de SM em CM?
- ✓ Histórico das mudanças ocorridas nesta área desde o processo de municipalização dos serviços de Saúde Mental: o relato do processo de elaboração da proposta
- ✓ Qual é o seu projeto para a SM? Qual seria sua meta? Como ele está se viabilizando?
- ✓ Como você percebe as ações que vem sendo realizadas na SM em seu município?
- ✓ Quais seriam os avanços e dificuldades?
- ✓ Quais as principais dificuldades que tem encontrado como gestor da Saúde e da SM? E facilidades?
- ✓ Concepção de saúde/doença/tratamento-concepção dos objetos e meios
- ✓ Modelo de trabalho-concepção do trabalho em equipe
- ✓ Forma como se organiza a instituição
- ✓ Relação entre a forma de organização e o programa terapêutico
- ✓ Como você observa a relação da instituição/clientela/instituição
- ✓ Como você analisa a relação da instituição com outras de setores que tem interface com a SM
- ✓ Percepção da população/usuário sobre a instituição e os serviços

- ✓ Como se dá a inserção da saúde mental na saúde pública dos municípios- considerar gestores, profissionais, trabalhadores, população.
- ✓ Relação da saúde mental com as instâncias de participação popular- conselhos e conferências
- ✓ Avaliação do momento e perspectivas futuras
- ✓ Posição sobre a atuação de outros profissionais de saúde para essa proposta

ANEXO 2 – TEMAS PARA ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES

Nome:

Idade:

Profissão:

- ✓ Tempo de trabalho na instituição- Carga horária semanal
- ✓ Outros trabalhos
- ✓ Trabalhos anteriores
- ✓ entrada na instituição?
- ✓ Percepção da política de SM do governo - Como o programa da sua instituição se relaciona com ela. Explicitação da proposta para a área de Saúde Mental para o município.
- ✓ Histórico das mudanças ocorridas nesta área desde o processo de municipalização dos serviços de Saúde Mental: o relato das mudanças vividas por eles
- ✓ Elaboração das ações - Qual sua participação? - a descrição dos serviços
- ✓ formação teórica e de sua atuação político- institucional e técnica - O que você conhece da Reforma psiquiátrica? Seu trabalho tem relação com ela/ Quais?
- ✓ concepção de saúde/doença/tratamento-concepção dos objetos e meios
- ✓ Forma como se organiza a instituição- modelo de trabalho- concepção do trabalho em equipe
- ✓ Relação entre a forma de organização e o programa terapêutico
- ✓ Percepção da finalidade do trabalho e das ações - que objetivo você espera alcançar com esse trabalho? Quais são as suas expectativas?
- ✓ Pontos você destacaria como fundamentais neste trabalho - Por que?
- ✓ Dificuldades encontradas?

- ✓ A atuação de outros profissionais de saúde para essa proposta
- ✓ Percepção da população/usuário sobre a instituição e os serviços
- ✓ A inserção da saúde mental na saúde pública dos municípios - considerar gestores, profissionais, trabalhadores, população e os diversos setores que tem interface com a SM.
- ✓ Relação da saúde mental com as instâncias de participação popular - conselhos e conferências

ANEXO 3 - ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS E FAMILIARES E USUÁRIOS

Idade:

Profissão:

- ✓ Porque você veio para a saúde mental - qual é o seu problema? Quando ele surgiu?
- ✓ Tratamento anterior – internações e outros?
- ✓ Como chegou a esta instituição?
- ✓ Como é o tratamento na instituição?
- ✓ Você acha que precisa realmente de tratamento? Por que?
- ✓ Como percebe o tratamento?
- ✓ Relação entre o tratamento do serviço de SM e a não internação.
- ✓ Avaliação do serviço..
- ✓ Quais são as suas expectativas em relação ao tratamento?
- ✓ Que pontos você destacaria como fundamentais neste tratamento e por que?
- ✓ Quais são as maiores dificuldades encontradas?
- ✓ Você acha que alguma coisa mudou depois que você começou a se tratar nessa instituição? O que e por que?
- ✓ Dentro da sua história de vida você gostaria de destacar algum ponto que considere fundamental ou decisivo para o seu estado atual?
- ✓ O que as pessoas dizem de sua saúde? Como os vizinhos, conhecidos, familiares, etc. percebem seu problema?
- ✓ Qual a sua reação frente às opiniões deles?
- ✓ Com qual tratamento você se sentiu melhor. Como foi essa melhora?
- ✓ Como você está hoje? Você relaciona essa melhora a que?
- ✓ O que você acha de sua saúde e do seu problema?

- ✓ Quais as conseqüências dele em sua vida?
- ✓ Como era sua vida antes? trabalhava? Em que?
- ✓ E hoje como é sua vida?
- ✓ Onde você mora? Sempre morou ali?
- ✓ Qual a sua participação em sua família? O que gosta de fazer?
- ✓ Expectativas futuras

