

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação / Tese de Mestrado / Doutorado,
apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Mestre / Doutor
em SAÚDE MENTAL,
CAMPINAS (SP), 22, fevereiro, 1995

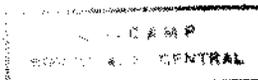
Orientador(a) Prof. Dr. Roosevelt M.S. Cassoria

PAULO RENNES MARÇAL RIBEIRO

**SAÚDE MENTAL NA REDE PÚBLICA:
ESTUDO ANALÍTICO-DESCRIPTIVO DO DISCURSO
DE UM GRUPO DE PROFISSIONAIS DE UM
AMBULATÓRIO DA REDE ESTADUAL DE SAÚDE**

Tese de doutorado sob orientação do
Prof. Dr. Roosevelt Moisés Smeke
Cassoria, apresentada à Faculdade de
Ciências Médicas da UNICAMP, para
obtenção do título de Doutor em
Saúde Mental.

CAMPINAS, SP, fevereiro de 1995



Ficha Catalográfica

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal

R484s Saúde mental na rede pública: estudo analítico-descritivo do discurso de um grupo de profissionais de um ambulatório da rede estadual de saúde / Paulo Rennes Marçal Ribeiro. — Campinas, SP, 1995.

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Orientador: Roosevelt Moisés Smeke Cassoria.

1. Saúde Mental. 2. Saúde Pública. 3. Saúde Mental no Brasil – História. 4. Psiquiatria. I. Cassoria, Roosevelt Moisés Smeke. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

20. CDD – 614.58
– 616.89

Índices para catálogo sistemático:

- | | |
|------------------|---------|
| 1. Saúde mental | 614.58 |
| 2. Saúde pública | 614.098 |
| 3. Psiquiatria | 616.89 |

Para Ana Paula

e Paulo Eduardo

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Roosevelt Moisés Smeke Cassorla, pela atenção e paciência, elegância e simpatia demonstradas durante a orientação da tese, e pelas contribuições fundamentais que permitiram a conclusão do trabalho.

Ao Prof. Dr. Miguel de La Puente, pelo apoio no início do curso de doutoramento.

Ao Prof. Dr. João Francisco Regis de Moraes, que me acompanhou nos primeiros passos da pós-graduação, quando era ainda aluno de mestrado.

Ao Prof. Dr. Sergio Luiz Saboya Arruda e ao Prof. Dr. Carlos Alberto Vidal França pela convivência amigável e enriquecedora, além das sugestões e opiniões construtivas sobre o trabalho realizado.

A Profa. Sueli Aparecida Itman Monteiro, companheira de idéias na carreira universitária, pela amizade expressada em gestos ao colaborar com a realização de alguns trechos específicos.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Domene pela ajuda para a compreensão de questões de metodologia da pesquisa.

Aos colegas do Departamento de Psicologia da Educação da UNESP/Araraquara que colaboraram comigo, cedendo textos que me foram úteis para a confecção do trabalho: Dra. Ana Maria Pimenta, Dr. Antonio dos Santos Andrade e Dra. Maria Beatriz Loureiro de Oliveira.

À Dra. Ana Maria Logatti Tositto, psicóloga do CEAO/UNESP/Car, e também à Dra. Gisele Barbieri do Amaral Lauand, terapeuta ocupacional dessa mesma unidade, pelos textos emprestados, muito úteis e valiosos.

À Profa. Dra. Lídia Straus e ao Prof. Dr. Isac Germano Karniol, pelas opiniões emitidas no exame de qualificação.

Ao Dr. Reginaldo Kameki Ito, psicólogo da rede estadual de saúde e amigo de longa data, pelo material cedido e pela atenção dispensada.

Aos funcionários da Biblioteca da FCL/UNESP/Car, especialmente Cristina Aurora Bonelli Giollo Santos, que não mediu esforços no atendimento prestado, sempre gentil e educada, inestimável ajuda na busca de textos.

À Sandra Aparecida Moreno, pelo auxílio nas questões administrativas, ligadas a pós-graduação.

À Rita de Cassia Louzada e Ederson Louzada, pela digitação e impressão da tese.

Aos sujeitos da pesquisa, que não foram nominados explicitamente para preservar sua intimidade, e que foram o corpo principal deste trabalho.

E, especialmente, à Celia Maria Aragon Marinho, pela atenção e preocupação, pelas broncas, pela ajuda para escrever o "abstract", enfim, ela foi uma presença constante ao longo da confecção deste trabalho.

A todos o agradecimento do autor

ÍNDICE

Resumo	07
Abstract	08
Introdução	09
1. Saúde Mental no Brasil: Algumas Considerações	17
1.1. O Período Colonial	17
1.2. Os Primórdios da Psiquiatria	20
1.3. A Liga Brasileira de Higiene Mental	27
1.4. A Psicologia no Brasil	32
1.5. O Surgimento da Psicanálise	46
1.6. Saúde Mental Hoje: Considerações Preliminares	53
1.7. A Atenção em Saúde Mental no Estado de São Paulo	82
2. O Desenvolvimento da Pesquisa	89
2.1. Objetivos	89
2.2. Metodologia	89
2.2.1. Sujeitos da Pesquisa	89
2.2.2. Método	91
2.2.3. Instrumentos	98
3. As Vicissitudes no Cotidiano do Ambulatório	100
4. Considerações Finais	140
Bibliografia	147
Anexo	170

Resumo

O presente trabalho, num primeiro momento, apresenta a História da Saúde Mental no Brasil, desde o período colonial. Mostra como surgiu a psiquiatria e a psicologia no país, descrevendo os seus mais importantes momentos. Chegando à história presente, comenta sobre as ações do governo na área da saúde pública, sobre a reforma sanitária e a implantação do SUS.

A seguir, analisa as opiniões emitidas por um grupo de profissionais de um ambulatório de saúde mental da rede pública de saúde, sujeitos de uma entrevista onde descrevem o cotidiano do ambulatório, quais os problemas que enfrentam, como são as relações de trabalho, as relações interpessoais e as relações do ambulatório com as esferas governamentais às quais está subordinado.

Abstract

This study consists of two parts. The first one is an historical analysis of the development of the mental health in Brazil since colonial times. Here, the author tells us how psychiatry and psychology appeared in the country and describes their most important moments. He also comments on government policies on the state health services, on the sanitary reform and the establishment of SUS.

The second part is based on interviews with a professional group in a public mental health care centre. The group describes the routine of the institution and the problems they have to face. They talk about the relationship between the professionals and between the institution and the government sectors in change.

SAÚDE MENTAL NA REDE PÚBLICA: ESTUDO ANALÍTICO-DESCRITIVO DO DISCURSO DE UM GRUPO DE PROFISSIONAIS DE UM AMBULATÓRIO DA REDE ESTADUAL DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

Há alguns anos o conceito de Saúde Mental vem tomando força e substituindo gradativamente aqueles ligados à Medicina tradicional e voltados para um trabalho isolado de Psiquiatria centrado na doença mental. A ação interdisciplinar e multiprofissional é considerada extremamente relevante, defendida nos trabalhos mais atuais da O.M.S, da O.P.A.S e de profissionais destacados da área.

Enquanto estado ou condição pessoal, saúde mental é conceituada de forma semelhante por diversos autores.

HILGARD e ATKINSON¹ a associam à "ausência de doença mental", a "um estado caracterizado por ajustamento, orientação produtiva e entusiasmo".

Para CABRAL e NICK², é um "estado relativamente constante da pessoa emocionalmente bem ajustada, com gosto pela vida, capacidade comprovada de auto-realização e de autocrítica objetiva. É um estado positivo e não a mera ausência de distúrbios mentais".

(1) HILGARD, E. e ATKINSON, R., Introdução à Psicologia. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976, p. 641.

(2) CABRAL, A. e NICK, E., Dicionário Técnico de Psicologia. São Paulo: Editora Cultrix, 1989, p. 353.

CHAPLIN³ define Saúde Mental como um "estado de boa adaptação, com uma sensação subjetiva de bem estar, prazer de viver e a sensação de que o indivíduo está a exercitar seus talentos e aptidões".

Bastante curta e simples é a conceituação de WARREN⁴: "estado mental normal do indivíduo humano".

COLEMAN⁵ cita três diferentes definições de Saúde Mental, a partir de autores conhecidos e atuantes na área: "Para H.B. English, psicólogo, saúde mental é um estado relativamente duradouro no qual a pessoa está bem ajustada, tem alegria de viver e consegue auto-realização. É um estado positivo e não apenas ausência de perturbação mental. Para Karl Menninger, psiquiatra, define-se saúde mental como ajustamento de seres humanos, ao mundo entre si, com um máximo de eficiência e felicidade. Não só eficiência, ou só satisfação, ou a virtude de obedecer alegremente às regras do jogo. É ao mesmo tempo tudo isso. É a capacidade de conservar uma disposição equilibrada, uma inteligência alerta, um comportamento socialmente atencioso e uma disposição feliz. (...) isso é uma mente saudável. Para W.W. Bohem, assistente social, saúde mental é uma condição e nível de atividade social que seja socialmente aceitável e pessoalmente satisfatória".

Estas definições, no entanto, não são tão amplas nem abrangentes ao ponto de mostrar ou determinar mudanças significativas no campo de atuação dos profissionais que lidam com o questão da enfermidade mental. O que conta é que, se num dado momento histórico, a ênfase era a doença e suas implicações, os manuais de formação acadêmica voltavam-se para a sintomatologia e o tratamento da doença, e

(3) CHAPLIN, J.P., Dicionário de Psicologia. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1981, p. 517.

(4) WARREN, H.C., (comp.) Dicionário de Psicologia. México: Fondo de Cultura Económica, 1991, p. 321.

(5) COLEMAN, J.C., A Psicologia do Anormal e a Vida Contemporânea. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1973, p. 22.

praticamente a ação profissional restringia-se à do psiquiatra, foi a partir do amadurecimento, questionamento e ampliação do estudo destes conceitos que se chegou às mudanças que hoje assistimos na área de atuação em Saúde Mental.

Ao longo dos tempos, foi-se evoluindo a forma de se lidar com a doença mental. Médicos, filósofos e cientistas sociais apontaram, ao longo dos séculos, soluções alternativas para o tratamento do doente mental, questionando formas desumanas e possibilitando reflexões que suscitassem o aperfeiçoamento das instituições.

Na Antigüidade, as perturbações mentais eram atribuídas a demônios. Na Idade Média era prática corrente a associação feitiçaria-doença mental, pensamento que persistiu até a metade do século XVIII, sendo responsável por torturas e condenações à morte daqueles considerados "loucos". Crenças sem o mínimo respaldo científico (como acreditar que a doença mental era castigo de Deus, que a violência era necessária para o tratamento, que a utilização de correntes e celas escuras era a melhor forma de manter o paciente tranqüilo e sem incomodar os ditos "normais") eram responsáveis pelas más desumanas condições de vida dos portadores de distúrbios mentais.

Pinel, médico francês nascido em 1745 e falecido em 1826, é considerado o responsável pela primeira grande transformação na Psiquiatria, quando, como diretor do Hospital La Bicêtre em Paris, conseguiu humanizar o tratamento dos internos, removendo as correntes, retirando-os das masmorras e dando-lhes acomodações iluminadas e decentes. Outros "revolucionários" como Jean Esquirol, William Tuke e Benjamin Rush estimularam o tratamento mais humano do doente mental, dando continuidade ao processo desencadeado por Phillippe Pinel.

Não obstante este significativo avanço, o século XX recebeu resquícios fortes de um tratamento asilar repressor, pois, mesmo com as mudanças citadas, os modelos que se desenvolveram posteriormente a Pinel e seus seguidores ainda necessitavam de aperfeiçoamentos.

Pensando na relação doença-instituição-paciente, podemos utilizar a idéia de MARÇAL RIBEIRO⁶, que interpreta que no século XX uma nova proposta de atendimento ao doente mental e uma nova visão teórico-prática de intervenção nas instituições "fortaleceu-se no pensamento de Franco Basaglia, Michel Foucault, Thomas Szaz, David Cooper, Ronald Laing, José Bleger, Guilhom de Albuquerque e G. Lapassade, que mesmo tendo diversificadas maneiras de pensar, diferentes origens, profissão e formação ligadas a áreas distintas do conhecimento, todos têm em comum a busca e propósito de questionar as relações institucionais e de abordar o psiquismo e seus distúrbios levando em consideração a globalidade do indivíduo e suas relações com a cultura, a política e o macrocosmo sócio-econômico."

Na medida em que a interdisciplinaridade ganha força nas ciências em geral, e na Medicina, em particular, e, novos conceitos são incorporados, como o de normalidade, que ocupa o espaço antes preenchido pela enfermidade, os profissionais que antes tinham em sua formação um modelo médico curativo passam a ter acesso a um novo movimento que prioriza a saúde ao invés da doença, a prevenção antes da cura e a atuação conjunta multiprofissional no lugar da ação isolada e preceptorial do psiquiatra.

SOIFER⁷ apresenta algumas idéias que vão de encontro a este modelo de atuação em psiquiatria, psicologia clínica e ciências afins:

"Considera-se tradicionalmente que o estado de saúde seja representado pela ausência de enfermidade, conceito que a definição da OMS amplia, tratando-o como 'estado de completo bem estar físico e mental'. Na área mental, a delimitação entre saúde e enfermidade, bem-estar e mal-estar é muito complexa... Com efeito, para considerar que

(6) MARÇAL RIBEIRO, P.R., "Saúde Mental Infantil em Instituição: Estratégias do Atendimento Clínico". in Revista Estudos de Psicologia. Campinas: PUCCAMP, v. 6, n. 1, 1989, pp. 111-126.

(7) SOIFER, R., Psiquiatria Infantil Operativa. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1985, v. 2, p. 15.

uma pessoa esteja psicologicamente normal, ou seja, sã, devemos examinar em que medida... os impulsos irracionais de sua mente não alteram demasiadamente seu psiquismo e até que ponto seus aspectos racionais são capazes de freá-los e controlá-los e, ao mesmo tempo, propiciar o desenvolvimento de suas aptidões".

A mudança de enfoque - saúde ao invés de doença - e uma visão holística do indivíduo trouxeram uma ampliação muito grande nas atividades antes ditas psiquiátricas. O hospício, o asilo, a "loucura", deixam de ser vistos como o ponto central do atendimento psiquiátrico, e cedem lugar à ação de "novos" profissionais, à novas abordagens, novos conceitos e novas formas de tratamento e prevenção.

A própria Psiquiatria visualiza transformações trazendo para si uma definição mais ampla e abrangente, como descreve UCHÔA⁸:

"Fortalecem-se cada vez mais os aspectos dinâmico-funcionais e sociais da psiquiatria na medida em que vai se preocupando ela com problemas de comportamento, de adaptação e de interação de indivíduos entre si e em relação à comunidade. (...) tende a ampliar sua área de cogitação para o próprio seio da comunidade... Transformando-se mais e mais na Ciência da Saúde Mental".

Se antes tudo era centrado no psiquiatra e na doença mental, recentemente a ação interdisciplinar trouxe o psicólogo, o assistente social psiquiátrico, o professor de educação física, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional e o próprio psiquiatra numa ação integrada que visa a promoção da saúde.

Completando esta idéia, podemos citar BOCK et alii⁹ que falam sobre a promoção da saúde mental: "pensar o homem como totalidade, isto é, como ser biológico, psicológico e sociológico e, ao mesmo tempo, em todas as condições de vida que visam

(8) UCHÔA, D. de M., Conceito de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1973, pp. 91-92.

(9) BOCK, A.M.B., FURTADO, O. e TEIXEIRA, M. de L. Psicologias: Uma Introdução ao Estudo de Psicologia. São Paulo: Editora Saraiva, 1988, p. 276.

proporcionar-lhe bem estar físico, mental e social. (...). Pensar na superação das condições que desencadeiam ou determinam a loucura ... compreender que a saúde mental é, além de uma questão psicológica, uma questão política...".

Porém, toda transformação gera controvérsias, e a ação da Psiquiatria tradicional ainda é dominante. E existe falta de consenso no tocante ao campo de atuação, à abordagem, ao enfoque. Ainda que as intersecções sejam mais que os limites, há alguma confusão quanto aos diversos termos que surgiram: saúde mental, psiquiatria comunitária, psiquiatria social, psiquiatria preventiva, psicologia clínica preventiva, dentre outros.

Se enquanto estado do indivíduo há mais ou menos uma harmonia na conceituação dos diversos autores, como ação profissional e enfoque a Saúde Mental ainda não tem uma linha de pensamento comum.

As propostas de trabalho para os diversos grupos ou equipes pertencentes aos órgãos públicos, ainda que utilizem o termo saúde mental em sua estruturação organizacional e nas atividades (por exemplo: ambulatórios de Saúde Mental; Coordenadoria de Saúde Mental; Equipes de Saúde Mental; Ações de Assistência em Saúde Mental), não conseguem fugir de um modelo que privilegia uma ação predominantemente médico-farmacológica e concentra no hospital psiquiátrico e na internação praticamente toda a assistência em saúde mental. Não obstante a publicação de documentos e textos por parte da OMS e da OPAS onde são apontadas carências e deficiências na assistência em saúde mental nos países de terceiro mundo, assim como de várias propostas de organização e planejamento de trabalhos viáveis e de efetivo funcionamento, ainda não foi possível o desenvolvimento sistemático, organizado, eficiente, global que, promova saúde para a população.

Considerando, então, como verdadeiras as explicações sobre as carências estruturais, de pessoal e financeiras que têm inviabilizado ações efetivas, concretas e

permanentes, assim como minimizado o potencial dos serviços públicos em saúde mental, optei por buscar na fonte, material que pudesse servir de subsídio para um estudo sobre a situação da área de saúde mental da rede pública do estado de São Paulo.

Para desenvolver esta análise, entrevistei um grupo de profissionais de saúde mental de um ambulatório de uma cidade de porte médio do interior do estado, que ao expressar sua opinião e relatar as vicissitudes no dia-a-dia da equipe, pôde mostrar em seu discurso um lado polêmico e pouco estudado do cotidiano de um ambulatório: a percepção que a equipe de saúde mental tem a respeito das questões sociais, políticas, econômicas, organizacionais, de planejamento e de prestação de serviços à comunidade que envolvem ou afetam as ações no ambulatório e na rede pública de saúde.

No Capítulo "Saúde Mental no Brasil: Algumas considerações", levo o leitor aos primórdios da medicina no Brasil colônia, período em que não existia a psiquiatria enquanto ramo especializado no estudo e tratamento das doenças mentais. Avanço ao longo de nossa história, mostrando como a psiquiatria surgiu no Brasil e como foi evoluindo até chegar aos nossos dias. Num segundo momento, ao apresentar a história presente, analiso as questões sociais e políticas que direcionam as ações de saúde mental no país até chegar ao ponto em que hoje se encontra, situação esta comentada e discutida pelos profissionais entrevistados.

Estou considerando que é a partir dos anos 60 que se nota maior proximidade com as questões levantadas no capítulo 2. Insisti na inclusão de um trecho relativamente extenso sobre períodos históricos anteriores em função de algumas ponderações que fiz: 1º) É um estudo muito interessante que não quis deixar de lado; 2º) Dá um panorama melhor sobre a história da saúde mental no Brasil por descrever continuamente sobre esse tema desde suas origens; 3º) Não está desvinculado do assunto central da tese, levando em conta que a temática principal se volta para as ações do Estado e as políticas públicas de saúde.

O Capítulo "Relato de Opinião: O que Pensa um Grupo de Profissionais de um Ambulatório de Saúde Mental" é a apresentação, relato, discussão e interpretação do discurso da equipe de saúde mental mencionada anteriormente. É o resultado de estudo realizado a partir da análise de depoimentos, onde são relatadas e estudadas experiências, críticas e questionamentos de cada profissional, visando obter diretamente de quem atua em Saúde Mental, dados que possam nortear reflexões sobre política de saúde mental e condições de trabalho junto à população.

O capítulo 1 foi desenvolvido a partir de uma pesquisa bibliográfica, e o capítulo 2 em que analiso os depoimentos, a metodologia empregada fundamentou-se na Pesquisa Qualitativa, uma abordagem que tem sido utilizada significativamente nas pesquisas de pós-graduação nas áreas de Educação, Psicologia, Ciências Sociais e Saúde.

1. SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

1.1. O PERÍODO COLONIAL

O Brasil, país novo que é, colonizado e povoado após o século XVI, tem pouco tempo de História da Saúde Mental se comparado com os países da Europa e da Ásia, excetuando, é claro, as considerações que se pode fazer sobre as práticas indígenas e como estes povos primitivos percebiam as doenças mentais.

Práticas mágicas, vinculação a espíritos malignos e rituais faziam parte da ação "terapêutica" do pajé, o médico-feiticeiro da tribo, muito respeitado e responsável também pelos cuidados dispensados aos portadores das doenças de então, aliás muito poucas, como assinala SANTOS FILHO¹⁰:

"Através das descrições deixadas pelos cronistas do século XVI, sacerdotes e leigos, sabe-se quais as entidades mórbidas, as doenças que afligiam o selvagem. Citam-se a boubá ou piã, caracterizada pelo aparecimento de lesões cutâneas; o bócio endêmico, vulgarmente chamado de papeira; certas parasitoses e dermatoses, ou afecções da pele, produzidas por fungos e bactérias; algumas febres não específicas, talvez o reumatismo e a gripe; disenterias, afecções do aparelho respiratório, como pneumonia e pleuris; afecções provocadas por desvio ou perturbação alimentar; mordedura por animais venenosos; ferimentos de guerra e acidentes, como cegueira e perda de membros".

É importante saber como o Índio se comportava frente às doenças e como seu emocional ficava alterado. Ainda citando SANTOS FILHO¹¹, "tinha nojo e horror à

(10) SANTOS FILHO, L., Peguesa História da Medicina Brasileira. São Paulo: Editora Parma, 1980, p. 16.

(11) SANTOS FILHO, L., op. cit., p. 17.

doença. Apartava-se logo daquele que enfermava. Era fatalista, e quando adoecia aguardava na rede, no mais completo mutismo, a visita do pajé, que tanto poderia trazer saúde como a morte. Bastante sugestionável... entregava-se por vezes à melancolia, ao desânimo. Era acometido, então, de diarréia de origem simpática, emotiva, e morria por inanição".

Com a colonização vieram os jesuítas, que exerceram grande influência na sociedade que se formava, catequisando os Índios e orientando os brancos. Foram responsáveis pela educação e pelo desenvolvimento do ensino sistematizado por mais de duzentos anos (MARÇAL RIBEIRO¹²) e dedicaram-se à prática médica, cuidando dos Índios, dos escravos e dos colonos, observando e relatando quais as doenças que tratavam e a medicação utilizada, aprendendo com os Índios a utilização das plantas medicinais no tratamento das doenças (SANTOS FILHO¹³).

Durante todo o período colonial não se verificou qualquer atenção específica às doenças mentais; quanto às demais enfermidades, a população contava para seu tratamento com vários profissionais, desde os curandeiros com suas raízes e benzeduras até os cirurgiões formados em escolas da Europa.

A medicina do século XVI era baseada nas obras de Hipócrates e Galeno, empírica e sem profissionais de qualidade. Havia o físico, que possuía uma licença para a prática médica e tinha estudado em escolas de Portugal ou Espanha. Atendia a população nas principais cidades e vilas, muitos ocuparam funções junto à Coroa, ao Exército e a órgãos do governo. No final do século XVII e no século XVIII começaram a chegar os doutores, que haviam defendido tese nas escolas da Europa.

(12) MARÇAL RIBEIRO, P.R., "História da Educação Escolar no Brasil: Notas para uma Reflexão".
in Cadernos de Educação Paidéia. Ribeirão Preto: FFCL/USP, n. 4, fevereiro de 1993.

(13) SANTOS FILHO, L., op. cit., pp. 20-24.

Mas os físicos não eram em grande número, de forma que a medicina era exercida majoritariamente pelos cirurgiões-barbeiros que, além das cirurgias comuns à época, tinham o direito de praticar a Medicina onde não houvesse físicos.

Sobre a Medicina dos físicos e dos cirurgiões, SANTOS FILHO¹⁴ comenta que "sem meios de contato com as escolas e centros europeus, desconhecedores dos novos princípios e descobertas no campo médico-cirúrgico, desamparados de recursos, privados de instrumental e até de drogas - que chegavam deterioradas - os profissionais nortearam-se pela experiência, pela observação. A necessidade obrigou-os a improvisar e à adoção de terapêutica substituta, como a fornecida pela flora medicinal nativa, usada pelos jesuitas. Sem livros ou tratados para guiá-los, apenas puderam observar os sintomas e acompanhar a evolução das doenças reinantes".

O atendimento hospitalar era feito nas Santas Casas das Irmandades de Misericórdia, instituições filantrópicas e religiosas que acolhiam os enfermos. O doente mental não partilhava de tratamento nestas Santas Casas, que embora existissem desde 1543, eram precárias e muitas delas surgiam antes de conseguirem médicos que ali se instalassem, cumprindo mais uma função de amparo social do que de assistência médica. Somente por volta do início do século XIX é que as Santas Casas passam a oferecer locais específicos para o cuidado de pacientes com distúrbios psiquiátricos.

Na colônia, conforme descreve MOREIRA¹⁵, aos doentes mentais dispensava-se o tratamento em função de suas posses e do grau da patologia:

"Os abastados e relativamente tranquilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa... Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os pobres, tranquilos,

(14) SANTOS FILHO, L., op. cit., p.33.

(15) MOREIRA, J., "Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil". in Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria. Rio de Janeiro, v. 38, 1955, pp. 65-101.

vagueavam pelas cidades, aldeias, ou pelo campo, entregues às pilhérias da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente".

Não havia, como se pode ver, até o século XIX, nem um esboço de estruturação, organização ou disposição para se cuidar dos doentes mentais como indivíduos enfermos que careciam de cuidados especiais.

1.2. Os PRIMÓRDIOS DA PSIQUIATRIA

Pode-se considerar que a Medicina no Brasil desenvolveu-se efetivamente a partir do século XIX, com a criação de escolas médico-cirúrgicas, formando os doutores em Medicina que substituíam os físicos e os cirurgiões-barbeiros. Influenciados principalmente pela medicina francesa mas também pelas escolas alemã e inglesa, os médicos brasileiros desse período realizaram as primeiras pesquisas científicas e criaram os primeiros institutos para o estudo das doenças, que até hoje gozam de larga fama: Instituto Adolfo Lutz, Instituto Oswaldo Cruz e Instituto Manguinhos. O atendimento hospitalar evoluiu e hospitais de diferentes orientações foram criados, além das Santas Casas até então existentes.

Não obstante, o atendimento ao doente mental carecia de especialidade, fundamentação científica e humanização, como explica CHARAM¹⁶. Citando autores do século XIX, descreve a forma de tratamento dispensada, na época aos doentes mentais no Brasil:

"D.C. Tourinho, em 1873, menciona que o Brasil só possuía um asilo de alienados (...) e que quando estudante assistia a entrada dos loucos na Santa Casa, agarrados a amarrados de maneira cruel por empregados desumanos, encarcerados em celas escuras... J.C. Teixeira Brandão, em 1886, relata que os loucos por leitões tinham tábuas, sem colchões nem travesseiros, nem ao menos cobertura para lhes ocultarem a nudez e os resguardar dos rigores do inverno. Os loucos agitados eram metidos em caixões de madeira, onde permaneciam nus e expostos às interpéries. (...)".

RESENDE in TUNDIS e COSTA¹⁷, tratando do mesmo assunto, cita que "nas ruas, a presença dos doidos... se fará notar pelos seus 'grotescos andrajos', seu comportamento inconveniente e pela violência com que, às vezes, reagem aos gracejos e provocações dos passantes. As Santas Casas de Misericórdia incluem-nos entre seus hóspedes mas dá-lhes tratamento diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição ou doenças infecciosas".

O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, foi criado em 1852, seguido de estabelecimentos surgidos em São Paulo (Hospício Provisório de Alienados, também em 1852), no Rio de Janeiro (Casa de Saúde Dr. Eiras, em 1860), em

(16) CHARAM, I., "A Legislação sobre Doentes Mentais no Brasil: Revisão e Estudo Crítico". Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1986, p. 7.

(17) RESENDE, H., "Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica". in TUNDIS, S.A. e COSTA, N. do R. Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 1992, p. 35.

São Paulo (Hospício de Alienados da Ladeira de Tabatinguera, em 1864), em Olinda Hospício da Visitação de Santa Isabel, em 1864), em Belém (Enfermaria do Hospital de Caridade, em 1865, e Hospício de Alienados em 1873), em Salvador (Asilo de São João de Deus, em 1874), em Niterói (Enfermaria do Hospital de São João Batista, 1878), em Recife (Hospício de Alienados, em 1883), em Porto Alegre (Hospício São Pedro, em 1884) e em Fortaleza (Asilo de Alienados de São Vicente de Paula, em 1886).

Todas estas instituições eram destinadas à internação de doentes mentais, porém o tratamento a eles dispensado visava muito mais afastá-los da sociedade do que realmente tratá-los e minorar seu sofrimento.

Os autores que realizaram estudos sobre as primeiras décadas da assistência psiquiátrica institucionalizada no Brasil tecem comentários nada favoráveis sobre o atendimento ao doente mental.

MEDEIROS in RUSSO e SILVA FILHO¹⁸ faz a seguinte análise:

"A Instituição psiquiátrica -- na sua inalterável forma de asilo, hospícios, hospitais -- integra-se na história da progressiva urbanização brasileira, erigindo-se em suas cidades que se estavam desenvolvendo, na estratégia de seu ordenamento e de sua moralidade... Uma fase pré-científica desenvolveu-se por quase todo o século XIX... executada por administradores, religiosos, guardas e vigilantes sob o comando da autoridade pública. Uma fase de legitimação científica seguiu-se cronologicamente, fechando o século XIX a partir dos seus anos 80, laicizando a instituição e fazendo do saber médico o tema de disputas entre a inspiração francesa... e a disciplina germânica Kraepeliana...".

(18) MEDEIROS, T., "Uma História da Psiquiatria no Brasil". in RUSSO, J. e SILVA FILHO, J.F. da. Duzentos Anos de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Relumê-Dumará e Editora da UFRJ, 1993, pp. 78-79.

RESENDE in TUNDIS e COSTA¹⁹, faz duas colocações que merecem ser mencionadas. A primeira, referindo-se à criação das várias instituições psiquiátricas que se seguiram ao Hospício D. Pedro II, mostra que as primeiras instituições de internação psiquiátrica foram criadas respondendo a uma exigência sócio-urbana para que os loucos fossem retirados das ruas, somada a condenação que se fazia, na época, aos maus tratos a que eram submetidos os loucos nas prisões e nas Santas Casas. A segunda, que "a urgência que a situação exigia não permitia que se esperasse por hospícios definitivos, recorrendo-se a instalações provisórias, meio caminho entre as internações nos porões das Santas Casas e as celas das prisões e a solução final".

Mesmo com a criação de estabelecimentos específicos para o tratamento do doente mental, prevalece, como no período anterior aos manicômios, a existência de maus-tratos, espancamentos, falta de higiene, sujeira, fome, resultante de má ou ausência de alimentação. MEDEIROS²⁰ descreve muito bem essa situação particular dos primeiros hospitais psiquiátricos, e RESENDE in TUNDIS e COSTA²¹ acrescenta o seguinte:

"Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista... A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza".

Reforça esta política segregacionista, o fato de que estes manicômios eram administrados por leigos e o saber médico não era utilizado corretamente, como explica RESENDE²²:

(19) RESENDE, H., op. cit., p. 38.

(20) MEDEIROS, T., "Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil". Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1977.

(21) RESENDE, H., op. cit., p. 39.

(22) RESENDE, H., op. cit., p. 40.

"Não só a nosologia psiquiátrica estava ausente das instituições (os alienados eram classificados e dispostos nos diversos setores e enfermarias segundo critérios classificatórios essencialmente leigos: alienados comuns, perigosos, criminosos, condenados, etc.), como também leigos eram os critérios de seleção da clientela, a juízo da autoridade pública em geral, o saber médico não sendo chamado nem mesmo para referendar esses processos. (...). Os médicos tampouco detinham poder administrativo".

Esta psiquiatria empírica e a laicização da administração do manicômio cederam lugar a uma psiquiatria científica após a proclamação da república.

MAIA²³, MEDEIROS²⁴, COSTA²⁵ e ROCHA²⁶, autores que estudaram a história da psiquiatria no período posterior a proclamação da república, são leituras obrigatórias para análises profundas sobre a evolução da assistência ao doente mental no Brasil. Desta época, é importante ressaltar algumas datas e alguns eventos que se tornaram marcos históricos:

- Em 1890, o Hospício D. Pedro II passou a se chamar Hospício Nacional dos Alienados;
- Em 1903, o Hospício Nacional dos Alienados passa a ser administrado por Juliano Moreira, nome importante para a Psiquiatria no país;
- Em 1903 é promulgada a primeira lei federal de assistência aos doentes mentais;
- Em 1905, surgem os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins;

(23) MAIA, E., "Assistência Psiquiátrica no Brasil". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 1961.

(24) MEDEIROS, M. de., "Centenário do Edifício Sede da Universidade do Brasil". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: v. 2, n. 2, 1952.

(25) COSTA, J.F., História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1981.

(26) ROCHA, G.S., Introdução ao Nascimento da Psicanálise no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1989.

- Em 1907, é criada a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal;
- Em 1912, a Psiquiatria torna-se especialidade médica independente, pois até então era vinculada à Medicina-Legal;
- Em 1923, foi fundada, no Rio de Janeiro, por Gustavo Riedel, a Liga Brasileira de Higiene Mental, que tinha por meta aperfeiçoar e reformar a assistência psiquiátrica, tendo influência marcante na ação da psiquiatria no Brasil por muitos anos;
- Em 1927, é criado um Serviço de Assistência aos Doentes Mentais, que passa a coordenar administrativamente todos os hospitais psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro, e posteriormente, ao ser incorporado ao Ministério da Educação e Saúde (1930), torna-se responsável por toda a assistência psiquiátrica no país.

Neste período inicial da Psiquiatria na República, três nomes tiveram papel de destaque: João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921), Juliano Moreira (1873-1933) e Francisco Franco da Rocha (1864-1933).

PAIM²⁷ cita que Brandão preocupava-se com a atenção e amparo dos doentes mentais desde a época do Império: Já em 1886, no trabalho publicado sob o título *Os alienados no Brasil*, o Professor Teixeira Brandão chamava a atenção para a necessidade da decretação de leis de amparo aos doentes mentais. Saliava que já iam distantes os tempos em que o alienado era considerado como indivíduo fora da lei, como animal feroz, contra o qual a sociedade devia tomar medidas preventivas.

Mais tarde, com a proclamação da república, continuou lutando pela promulgação de leis que favorecessem os alienados: "Em meados de 1896, o Professor

(27) PAIM, I., Tratado de Clínica Psiquiátrica. São Paulo: E.P.U., 1991, pp. 15-19.

Teixeira Brandão encaminhou ao governo duas exposições de motivos em prol da assistência aos doentes mentais, das quais resultaram duas mensagens do Presidente Prudente de Moraes ao Congresso. Surgiu na Câmara dos Deputados, em consequência, o projeto de lei que alcançou parecer favorável, no mesmo ano, da comissão especial. Esse projeto procurava dotar o país de uma legislação especial sobre os alienados, mas, infelizmente, ficou sem andamento no Senado". Dedicou-se à política e foi eleito deputado federal em 1903, conseguindo, no mesmo ano "a aprovação do Decreto nº 1132, de 22 de dezembro, que estabeleceu normas para a internação dos alienados. O artigo 10, do referido Decreto, estabelece: *é proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos. E o artigo 11 deixava explícito que enquanto não possuírem os Estados manicômios criminais, os alienados delinqüentes e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos nos pavilhões que especialmente se lhes reservem*".

Sobre Juliano Moreira, PAIM²⁸ diz que ele foi "o primeiro, em nosso meio, a chamar a atenção para a psiquiatria alemã, já naquela época sistematizada por Emil Kraepelin. A significação de sua atitude pode, na distância do tempo, ser melhor compreendida, se considerarmos que os catedráticos da psiquiatria, na época, eram seguidores intransigentes da psiquiatria francesa". Foi diretor do Hospital Nacional dos Alienados, ao qual deu grande impulso com reformas e ampliações, e durante 30 anos foi "o mestre e orientador da psiquiatria brasileira... Cercado por uma plêiade de jovens estudiosos, foi possível a ele estabelecer os princípios gerais que nortearam pesquisas originais, favorecidas pelas condições proporcionadas pelo contingente do material humano para a observação clínica e pelos laboratórios de análise e de neuropatologia. (...) Escreveu uma infinidade de artigos... O seu papel predominante foi o de pioneiro, de orientador

(28) PAIM, I., op. cit., pp. 17-19.

seguro e, graças à sua influência pessoal, surgiu uma série de trabalhos importantes em torno de assuntos psiquiátricos".

Das obras de Teixeira Brandão, podemos citar *As Paranoias* (1887) e *Situação dos Alienados do Brasil* (1886). De autoria de Juliano Moreira, podemos citar *Assistência aos Alienados do Brasil* (1906) e *A Evolução da Medicina no Brasil* (1908), além de ter fundado com Afrânio Peixoto, em 1905, os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins, importante revista de divulgação de teses e monografias de temas psiquiátricos.

Franco da Rocha é considerado o pioneiro da assistência psiquiátrica em São Paulo, fundou e foi o primeiro diretor do Hospício do Juquiri. Destacou-se pelas reformas que propunha para o tratamento do doente mental e por ter sido um dos pioneiros da psicanálise no país.

1.3. A LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL

No período historicamente conhecido como República Velha até o Estado Novo de Getúlio Vargas, o pensamento político predominante repercutiu no pensamento psiquiátrico, particularmente na ação da Liga Brasileira de Higiene Mental, que influenciou, toda uma corrente de psiquiatras cariocas e brasileiros.

Inicialmente, sob a direção de Gustavo Riedel, pretendia melhorar a assistência psiquiátrica e aperfeiçoar o cuidado aos doentes. Esta filosofia cedeu lugar logo

depois, por volta de 1926-1928, à eugenia²⁹, que se encaixava nos preconceitos da época e na influência política à direita, inspirada no nazismo europeu.

COSTA³⁰ explica como a corrente da psiquiatria eugénica se firmou no Brasil, primeiramente analisando os antecedentes intelectuais:

"Após Galton, um elevado número de intelectuais europeus e norte-americanos procurou explorar sistematicamente os efeitos físicos e culturais produzidos pela miscigenação das raças humanas. Estas pesquisas originaram toda uma série de trabalhos sociológicos, alguns dos quais com conteúdos francamente racistas. Este movimento intelectual alcançou uma profunda repercussão sobre a intelectualidade brasileira das três primeiras décadas do século XX, que começou, então, a preocupar-se com a constituição étnica do povo brasileiro".

Em seguida, descreve como o contexto sócio-político do país favorecia este pensamento:

"A eugenia chegava no país num momento oportuno. A intelectualidade brasileira enfrentava, na época, graves problemas ideológicos... um período de convulsão. (...) O Brasil estava sacudido por revoltas sociais e crises económicas, não por questões históricas ou políticas, mas — segundo eles — por causa do clima tropical e da constituição étnica do povo. O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmónico do país porque, o calor e a mistura com 'raças inferiores' tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente. (...) A eugenia representava a canção científica definitiva das intenções racistas (dessa intelectualidade). Com a eugenia, o racismo entrava na sua era 'científica', pois sentia-se legitimado pela Biologia".

(29) Eugenia: Conjunto de métodos que visam melhorar o património genético de famílias, populações ou da humanidade, pelo entravamento da reprodução de genes considerados desvantajosos... Fundada por F. Galton, a eugenia nunca foi confirmada cientificamente. (Grande Enciclopédia Larousse Cultural, v. 12 p. 2346).

(30) COSTA, J.F., op. cit., pp. 30-33.

É importante associar o pensamento psiquiátrico da Liga Brasileira de Higiene Mental à ideologia dominante na sociedade brasileira nessa época, porque o primeiro não teria encontrado espaço para se difundir se não houvesse uma receptividade positiva por parte da sociedade a ideais comuns aos existentes na Alemanha, que encantavam a elite dirigente no Brasil.

Psiquiatras da Liga, em trabalhos analisados por COSTA³¹, se posicionavam inteiramente favoráveis à eugenia, à pureza racial, ao preconceito em relação aos não-brancos, responsabilizando-os por doenças e classificando-os de raça inferior. Alberto Farani, Ignácio Cunha Lopes, Ernani Lopes, Júlio Porto Carrero, Renato Kehl e Xavier de Oliveira são alguns dos eminentes nomes da Psiquiatria que se orientavam pelos ideais da Psiquiatria vigente na Alemanha nazista.

E para aqueles que se surpreendam com a relação, basta citar que quando é publicada na Alemanha uma lei de esterilização dos doentes "transmissores de taras", aliás, "método preventivo" defendido por psiquiatras da liga, a revista representante de seus ideários, "*Archivos Brasileiros de Higiene Mental*", no v. 7, n. 14, de 1934, publica na íntegra a tradução da referida lei, assinada por Adolf Hitler.

COSTA³², analisando a ideologia dominante na Liga Brasileira de Higiene Mental, conclui que:

"... a Psiquiatria alemã conseguiu implantar-se no pensamento psiquiátrico da LBHM por ter desempenhado a função de instrumento crítico da cultura brasileira em geral, e não da simples reformulação dos métodos de higiene mental. Os programas eugênicos da LBHM eram a solução 'psiquiátrica' encontrada pelos psiquiatras para resolver os problemas culturais que eles enfrentavam enquanto cidadãos. O ideal eugênico

(31) COSTA, J.F., op. cit.

(32) COSTA, J.F., op. cit., p. 52.

da Psiquiatria alemã teve seu receptáculo, não nas teorias psiquiátricas científicas, mas no contexto político-ideológico dos anos 20-30."

Contraopondo-se à eugenia e à "higiene social da raça", psiquiatras de renome desenvolveram, paralelamente e até com reconhecimento da Liga, atividades voltadas para o aperfeiçoamento da assistência psiquiátrica e para a humanização do atendimento. Odilon Galotti, James Ferraz Alvim e Ulysses Pernambucano são alguns desses nomes.

Sobre Ulysses Pernambucano, MEDEIROS in RUSSO SILVA FILHO³³, diz que "a fase de introdução da Psiquiatria social estabeleceu-se a partir dos anos 30 deste século XX através da Escola do Recife, com as reformas de Ulysses Pernambucano, rompendo os limites do Hospital Psiquiátrico, criando ambulatório em serviço público e escola especial para deficientes mentais, introduzindo o interesse pelo conhecimento da psicologia e da sociologia, estudando o homem brasileiro (cultura afro-brasileira, condições de trabalho na agro-indústria canavieira de Pernambuco)". E COSTA³⁴, menciona que Ulysses Pernambucano "promovia a humanização dos hospitais e conduzia a Psiquiatria para o estudo que veio a ser chamado, em seguida, Psiquiatria intercultural e que buscava demonstrar a irracionalidade do preconceito racial nas avaliações negativas dos predicados psíquicos e culturais da comunidade negra brasileira".

Ulysses Pernambucano nasceu em 1892 e faleceu em 1943, aos 51 anos. Foi um pioneiro da psiquiatria social, numa época em que não era corrente esta abordagem em Saúde Mental. Professor da Faculdade de Medicina do Recife, criou, em 1931, a Assistência a Psicopatas de Pernambuco, um sistema completo de serviços aos doentes mentais que incluía até assistência primária quando ninguém falava em prevenção em saúde mental.

(33) MEDEIROS, T., op. cit., 79-80.

(34) COSTA, J.F., op. cit., p. 51.

CERQUEIRA³⁵ destaca as seguintes instâncias na obra de Ulysses Pernambucano: um Serviço de Higiene Mental, um Ambulatório, um Serviço Aberto, um Hospital Psiquiátrico, um Manicômio Judiciário e uma Colônia de Alienados. Havia uma estrutura peculiar que permitia uma ligação entre cada instância, uma se apoiando na outra e, de certa forma, com um fluxograma que permitia que cada uma se completasse nas demais.

Assim, o Serviço de Higiene Mental "pôde se voltar para uma finalidade de pura prevenção primária... numa integração pioneira (com) uma equipe multiprofissional e uma ação comunitária extra-hospitalar. Era composto pelo Serviço Social Psiquiátrico, pelo Instituto de Psicologia (que Ulysses fundou em 1925, na Escola Normal) cada um com meia dúzia de técnicos improvisados (as categorias ainda não existiam), pelo Serviço de Estatística, a Biblioteca e o Museu."

O Ambulatório tinha por finalidade evitar as internações e foi o primeiro do país. O Serviço Aberto internava, geralmente, "psicóticos incipientes, com possibilidades de recuperação... O Serviço Aberto poupava-os das formalidades legais que naquele tempo limitavam os direitos civis de quem se internasse em serviços psiquiátricos, postergando um tratamento precoce."

No Hospital Psiquiátrico, Ulysses Pernambucano constituiu o "prontuário sistemático para cada paciente" e exigiu maior preparo dos médicos: "com a reforma de 1931 os internos-acadêmicos eram admitidos a partir do 4º ano por concurso cujo programa versava desde psiquiatria clínica até serviço social psiquiátrico, testes psicológicos, estatística, etc. Da admissão dos psiquiatras assistentes constava até defesa de tese".

(35) CERQUEIRA, L., Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1989, pp. 28-29.

Sobre a Colônia de Alienados, destinada aos pacientes crônicos, o Índice de pacientes ocupados era elevado, (...) "eles cultivavam suas roças, pescavam no rio, cozinhavam os próprios mantimentos e os que iam buscar na sede. (...) Da colônia iam para o Recife vagões de farinha de mandioca consumida nos hospitais do Estado".

Realmente, a obra pioneira de Ulysses Pernambucano merece ocupar lugar de destaque na História da Saúde Mental do Brasil.

1.4. A PSICOLOGIA NO BRASIL

Não é possível isolar a História da Psicologia no Brasil da História da Psiquiatria, o que vem reforçar o ponto de vista da interdisciplinaridade em Saúde Mental. Os primeiros trabalhos científicos de psicologia foram desenvolvidos por psiquiatras e consistiam em teses defendidas nas faculdades de medicina. Os primeiros "psicólogos" eram os mesmos médicos pioneiros da Psiquiatria e da Psicanálise. O campo de atuação psicológica era constituído basicamente por laboratórios criados em instituições psiquiátricas.

PESSOTTI³⁶ cita as primeiras teses de interesse psicológico:

"No Rio, em 1836, com o título bastante cartesiano de *Paixões e Afetos da Alma*, Manuel Inácio de Figueiredo Jaime apresenta sua tese... José Augusto César de Menezes apresenta *Proposições a Respeito da Inteligência*, em 1843, e Guedes Cabral,

(36) PESSOTTI, J., "Dados para uma História da Psicologia no Brasil". in Revista Psicologia. São Paulo: Hucitec, n. 1, 1975, p. 1.

em 1876, publica sua tese *Funções do Cérebro*. (...). Em 1890 aparecem duas teses em que a objetividade dos dados e o rigor de linguagem superam as precedentes; são: *Psicofisiologia da Percepção e das Representações*, de José Estelita Tapajós e *Das Emoções*, de Veríssimo Dias de Castro. Talvez a primeira tese brasileira de Psicologia Clínica seja de 1891, escrita por Odilon Goulart, com o nome de *Estudo Psicoclinico da Afasia*, enquanto, na área da memória o estudo pioneiro é o de Alberto Seabra, defendido em 1894, intitulado *A Memória e a Personalidade*".

Não estamos considerando para esta cronologia teses mais específicas da psiquiatria com datas anteriores às citadas. Nem os trabalhos do século XVIII e começo do século XIX, período em que a Psicologia ainda estava atada à Filosofia.

MASSIMI³⁷ tem estudos sobre o desenvolvimento do conceito e utilização do termo psicologia nas áreas da Filosofia, Medicina, Pedagogia e Teologia antes que a Psicologia fosse sistematizada e vista como ciência. A autora examinou currículos de escolas, manuais, teses, documentos históricos, que mostram interesse e preocupação por temas ligados à psiquê humana já no século XVIII. Segundo a autora, "nos documentos aparece uma grande quantidade de palavras e expressões para dominar o universo dos conhecimentos psicológicos. Essa diversidade revela a dispersão dos conhecimentos psicológicos em diferentes áreas do saber da época. Ao mesmo tempo, aparece nos documentos a necessidade de desenvolver novos recursos conceituais e lingüísticos para definir o domínio dos estudos psicológicos, fato esse que representa um sinal claro da tentativa de tornar este domínio uma disciplina autônoma."

Num outro trabalho, MASSIMI³⁸ analisa a contribuição do brasileiro Mathias Aires Ramos da Silva de Eça para a história do pensamento psicológico. Suas obras

(37) MASSIMI, M., "As Definições da Psicologia na Cultura Brasileira do Século XIX". in Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília: UNB, 1989, v. 5, n. 2, pp. 203-215.

(38) MASSIMI, M., "A Contribuição de um Iluminista Brasileiro à História das Idéias Psicológicas". in Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília: UNB, 1993, v. 9, n. 1, pp. 39-50.

Reflexões sobre a Vaidade dos Homens, de 1752, e *Problema de Arquitetura Civil*, de 1770, de cunho iluminista, expressam "alguns aspectos do novo espírito do Século das Luzes aplicado ao estudo do homem: a tendência à introspecção; o interesse pela investigação das relações homem-sociedade; a recusa da tradição cultural anterior; a procura de novas verdades sobre o homem e a confiança na ciência moderna como método de conhecimento".

A importância das obras dos séculos XVIII e XIX está no aspecto de serem as precursoras de um movimento que se firmou posteriormente enquanto ciência, ampliando os horizontes do conhecimento do homem e do funcionamento mental.

No início do século XX vamos ter a tese de Henrique Roxo, o mesmo que, anos mais tarde, seria um dos pioneiros da Psicanálise. Intitulada *Duração dos Atos Psíquicos Elementares*, foi a primeira tese de Psicologia Experimental (1900) da América Latina.

Sobre Henrique Roxo, PESSOTTI³⁹ descreve que "é a ele que se deve o primeiro esforço de associar na prática, a Psicologia Experimental, a Psiquiatria e a Neurologia, seja estudando "sensações na clínica neurológica, seja organizando o laboratório de experimentação psicológica junto à cátedra de Psiquiatria, sob a orientação de Henrique F. Sampaio. Foi ainda Roxo quem orientou os primeiros estudos práticos com testes no Brasil, realizados pelo pediatra Fernandes Figueira em 1918, com as provas de Binet-Simon, no Hospício Nacional."

Outras teses que podem ser mencionadas são a de Maurício Campos Medeiros, de 1907, intitulada *Métodos em Psicologia*; e a de Plínio Olinto, de 1911, intitulada *Associação de Idéias*.

(39) PESSOTTI, I., op. cit., p.p. 1-2.

É também do começo do século XX o surgimento dos primeiros laboratórios de psicologia experimental.

Domingos Jaguaribe criou em São Paulo, em 1901, o Instituto Psycho-Physiologico, onde trata alcoólatras com um método terapêutico baseado na hipnose e na sugestão. Expõe sua teoria e seu trabalho no livro *As Bases da Moral : Estudos de Psychologia Physiologica*, publicado em 1913.

Segundo MASSIMI⁴⁰, "o objetivo de Jaguaribe é o de esclarecer a dinâmica das relações entre a mente e o corpo, a partir das descobertas, então recentes, no campo da Neurologia e da Física. (...) quer propor uma superação do materialismo e do espiritualismo filosóficos, a partir do conhecimento dos fatos... Seu método é baseado na experimentação... e contrário a toda especulação."

Sobre seu trabalho com alcoolismo, diz que a proposta de Jaguaribe baseava-se em duas proposições:

"... o alcoolismo é, ao mesmo tempo, doença da vontade e intoxicação que atinge o cérebro, os centros nervosos e conseqüentemente o estado moral do sujeito. (...) e sendo uma doença da vontade, ele pode ser curado pela reeducação da mesma. (...) a hipnose é uma forma de tratamento psíquico que visa a educação psíquica do alcoólatra, através da sugestão, de maneira que este, em virtude de tal influência, possa transformar a idéia sugerida pelo terapeuta, em ação ou movimento".

A contribuição de Domingos Jaguaribe para o desenvolvimento de Psicologia brasileira é também notada pelos contatos internacionais que fez com pesquisadores de nome da época e pela participação em congressos fora do país. Foi

(40) MASSIMI, M., "A Psicologia Clínica Experimental em São Paulo e Domingos Jaguaribe" in Revista Psicologia. São Paulo: Sociedade de Estudos Psicológicos, 1987, v. 13, n. 2, pp. 15-25.

membro da "Société de Psychothérapie de Paris", chegando a ser seu presidente em 1912.

Também em São Paulo, em 1913, foi criado o Laboratório de Psicologia da Escola Normal e Secundária de São Paulo, que teve como seu primeiro diretor o italiano Ugo Pizzoli.

No Rio de Janeiro, em 1924, o polonês Wacław Radecki assume a direção do Laboratório de Psicologia da Colônia de Psicopatas, em Engenho de Dentro.

Em 1928 e 1929 são publicados dois volumes sobre a produção de Radecki no Laboratório de Engenho de Dentro, intitulados *Trabalhos de Psicologia*. Radecki publicou outros textos e ministrou cursos e conferências.

Sobre Radecki, CENTOFANTI⁴¹ escreveu um artigo importante onde analisa toda a contribuição do psicólogo polonês para a psicologia brasileira, do qual destaco os seguintes pontos:

"Realizou pesquisa pura e pesquisa aplicada (...), no laboratório estabeleceu objetivos de longo alcance visando, efetivamente a edificar uma psicologia científica no Brasil. Preocupou-se realmente com a formação de um grupo de assistentes nacionais ... Lutou pela criação de uma escola de psicologia em nível sério e pela profissionalização do psicólogo. Organizou um Instituto de Psicologia... Além de introduzir seus assistentes na pesquisa experimental em psicologia, embasá-los com os devidos conhecimentos teóricos e metodológicos, Radecki se preocupou em lhes dar uma formação ética, tanto na pesquisa, quanto na atividade profissional."

Radecki reuniu em seu laboratório um pequeno grupo de pesquisadores que se tornaram nomes importantes entre os pioneiros da Psicologia: o médico Nilton Campos,

(41) CENTOFANTI, R., "Radecki e a Psicologia no Brasil". in Revista Psicologia: Ciência e Profissão. Brasília: CFP, n. 1, 1982, pp. 2-50.

o psiquiatra Gustavo de Rezende, a professora Lucilia Tavares, o capitão Ubirajara da Rocha, o psiquiatra Jaime Grabois, dentre outros.

O Laboratório de Psicologia da Colônia de Psicopatas, em Engenho de Dentro, talvez tenha se destacado mais que seus congêneres da época. Foi visitado por Edouard Claparède, Wolfgang Köhler, Anízio Teixeira, Henri Wallon e Helena Antipoff. E, em 19 de março de 1932, sendo ministro da Educação, Francisco Campos, através do Decreto Lei nº 21.173 é criado o Instituto de Psicologia, na verdade a transformação do Laboratório de Engenho de Dentro em Instituto.

De curta duração (foi fechado em 24 de outubro do mesmo ano por questões políticas), sua importância está no fato de ter sido organizado visando ser a primeira escola de psicologia do Brasil, com o curso previsto para iniciar no ano seguinte.

CENTOFANTI⁴², baseando-se num boletim redigido por Radecki, descreve como seria o primeiro curso de Psicologia do país:

"O curso profissional comportará as seguintes etapas:

1. na primeira, far-se-á o estudo da Psicologia Geral, baseado nas ciências biológicas e naturais, que serão estudadas no que interessam à Psicologia (biologia, anatomia e fisiologia, física e química). Nesse período, far-se-á também o estudo da propedêutica filosófica e de problemas particulares da lógica.
2. à segunda, corresponde o estudo da Psicologia diferencial e coletiva, baseado também nas ciências naturais, completado entretanto, pelas ciências sociais e filosóficas (antropologia, sociologia, economia política, história da filosofia, teoria

(42) CENTOFANTI, R., *op. cit.*, pp. 20-21.

do conhecimento, teoria das ciências naturais, nas partes que apresentam interesse para a formação de psicologistas).

3. a última abrange os cursos de Psicologia aplicada e os cursos monográficos de especialidades psicológicas e ciências afins (psicologia da criança, história da psicologia, capítulos de ética e de estética, etc.)".

Continuando, descreve como estas etapas seriam cumpridas e como o curso seria desenvolvido:

"A todos os cursos presidirá uma unidade de orientação, de modo que, ministrando-se ao aluno noções sobre um dado domínio, recebe ele, contemporaneamente, nas outras disciplinas, conhecimentos correlatos.

As aulas serão complementadas pelos exercícios práticos de laboratório e pelas aulas de arguição mútua dos alunos (seminário).

Os alunos com suficiente preparo teórico entrarão como internos nos serviços de aplicações especializadas, nas várias sessões.

O ano letivo será dividido em dois semestres. A duração do curso profissional será de quatro anos para as pessoas de instrução secundária ou normal, e poderá sofrer redução até dois anos para as pessoas de instrução superior".

O curso pode não ter vingado e o instituto, fechado, mas, historicamente seu papel pioneiro e as contribuições para o desenvolvimento de uma psicologia brasileira merecem ser destacados.

Em 1929, chega a Belo Horizonte a psicóloga russa Helena Antipoff, para implantar o Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico. Antipoff havia estudado com Théodore Simon e Edouard Claparède, sendo sua assistente no

Instituto Jean Jacques Rousseau, em Genebra, quando foi convidada para lecionar em Belo Horizonte.

Seus estudos foram principalmente sobre o desenvolvimento mental das crianças e sobre testes de inteligência, dedicando-se à área da psicologia escolar. Chegou a fundar instituições destinadas a atender crianças com dificuldades escolares.

A contribuição destes pioneiros e das pesquisas e estudos realizados nestes laboratórios foi fundamental para que a Psicologia se estruturasse e se solidificasse no meio cultural e científico do país.

É importante comentar que estes primeiros psicólogos tinham vínculos, direta ou indiretamente, com a Liga Brasileira de Higiene Mental.

Domingos Jaguaribe mostra este vínculo no seu trabalho com o alcoolismo e com as idéias que propugnava como responsáveis pelo vício. COSTA⁴³, comentando o programa da Liga Brasileira de Higiene Mental, mostra o quanto o antialcoolismo é dominante na LBHM e como as campanhas antialcoólicas se desenvolveram desde sua fundação, inclusive com solicitações ao governo para que se criassem leis antialcoólicas, como a Lei Seca americana, e solicitações à polícia para que esta reprimisse o alcoolismo (melhor seria dizer o alcoólatra) com mais rigor. MASSIMI⁴⁴, expõe que Jaguaribe se coloca da seguinte forma ante o problema do alcoolismo:

"... O alcoolismo tem suas raízes, de um lado, numa crise de ordem moral que, no Brasil, é muito mais grave do que a própria crise econômica. De outro lado, esse vício é alimentado por uma exploração de ordem política e econômica, ligada ao desenvolvimento, no país, de fábricas de cerveja e de vinho, de origem estrangeira, e ao comércio de tais produtos, protegidos pelas leis do Estado. (...) A consequência da

(43) COSTA, J.F., op. cit., pp. 59-64.

(44) MASSIMI, M., op. cit., pp. 24-25.

introdução do álcool no meio do povo é a perda da 'alma nacional', a aniquilação do espírito".

Ainda segundo a autora, o que coloca Jaguaribe muito próximo dos ideais da Liga, é que ele considera que "a ação contra o alcoolismo não pode limitar-se à terapia psicológica individual, mas deve estender-se ao Estado, e às instituições sociais e econômicas. (...) A esse respeito, a proposta de Jaguaribe apresentada no Sexto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, articula-se em três pontos fundamentais: 1) A criação de uma Liga Brasileira contra o alcoolismo em cada estado do Brasil; 2) a instituição do ensino antialcoólico em todas as escolas; 3) a instituição de casas de cura para os alcoólatras, em que seja ministrado o 'Tratamento Psychotherapico'."

Sobre Wacław Radecki, o que se sabe é que ministrou cursos na Liga Brasileira de Higiene Mental e, em 1925, seu artigo intitulado *Hygiene Mental da Criança baseada nas Leis da Psychologia* foi publicado no volume 2 da revista *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*.

Helena Antipoff não manteve vínculos diretos com a Liga, mas quando fundou a Sociedade Pestalozzi de Belo Horizonte, destinada à educação de crianças, tinha em seu grupo psiquiatras da corrente da higiene mental.

Dos psiquiatras que deram contribuições valiosas para a Psicologia Brasileira, um nome importante foi o de Ulysses Pernambucano, o mesmo que se destacou como precursor da Psiquiatria Social e que fez significativas reformas assistenciais em Pernambuco.

Em 1918, publicou o primeiro trabalho no Brasil sobre deficiência mental, intitulado *Classificação das Crianças Anormais: A Parada do Desenvolvimento Intelectual e suas formas. A instabilidade e a Astenia Mental*.

Entre 1923 e 1927 foi diretor da Escola Normal de Pernambuco, onde também lecionou Psicologia. Em 1925 criou o Instituto de Psicologia, oficializado por lei

estadual, que produziu numerosas pesquisas de psicologia aplicada, principalmente envolvendo testes psicológicos, como os de nível mental, grafismo e o Rorschach. Colaborando com Ulysses Pernambucano no Instituto de Psicologia, dois psicólogos vieram a se destacar com publicações pioneiras: Anita Paes Barreto, na área de medidas mentais, publicou, em 1927, o livro *Estudo Psicotécnico de Alguns Testes de Aptidão*; e Sívio Rabello, desenvolvendo estudos sobre o grafismo, publicou *Psicologia do Desenho Infantil*, em 1935, e *A Representação do Tempo na Criança*, em 1938.

Franco da Rocha, o fundador do Juqueri, também foi responsável pelo desenvolvimento da psicologia, com a aplicação de técnicas psicológicas e psicoterápicas nessa instituição. PESSOTTI⁴⁵ explica que "Franco da Rocha imprimiu uma dedicada orientação científica ao trabalho psicoterápico no Hospício; ... em 1895 organiza uma importante revista de psicologia clínica científica a que se chamou *Estatísticas e Apontamentos*. Em 1895, ainda, organiza e passa a dirigir a Assistência a Psicopatas no Estado de São Paulo, e começa a construir uma colônia agrícola, conforme recomendação do Congresso Internacional de Alienistas, de 1889, em Paris. Em apenas três anos consegue inaugurar a colônia e, logo após, os serviços do Asilo Central do Juqueri, em 1898. Em 1907, na colônia e no asilo eram tratados 900 insanos. Incansável, Franco da Rocha inicia, dentro da colônia, em 1908 a assistência psicológica à família do psicopata, iniciativa pioneira na América do Sul, e, em 1912, estende essa assistência a famílias não residentes na colônia. Dez anos mais tarde, cria uma escola especial para menores anormais no Juqueri..."

Outros médicos que podem ser mencionados são Nilton Campos, que participara da equipe de Radecki no Laboratório de Engenho de Dentro, autor de

(45) PESSOTTI, I., op. cit., pp. 4-5.

Psicologia da Vida Afetiva (1930); Raul Briquet, que em 1935 publicou *Psicologia Social*; e Décio de Souza, da Universidade do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre.

Além dos médicos, também educadores deram importante contribuição ao desenvolvimento da Psicologia Brasileira, destacando-se entre eles, Manuel Bergström Lourenço Filho (1897-1970), criador dos Testes ABC de prontidão para a alfabetização. Em São Paulo, reorganizou o Laboratório de Psicologia da Escola Normal, em 1931. No Rio de Janeiro, organizou o Instituto de Educação do Distrito Federal, que contava com um Serviço de Medidas Educacionais e um Serviço de Testes Psicológicos. Lourenço Filho é considerado o pioneiro das grandes reformas pedagógicas no país, ocupou cargos importantes da administração educacional e atuou junto com grandes educadores da época, como Anísio Teixeira e Fernando Azevedo.

Na área mais específica da Psicologia Industrial, inicialmente denominada Psicotécnica, vamos ter os nomes do engenheiro suíço Roberto Mange e do psicólogo francês Henri Pieron, em São Paulo na década de 20; de Mira Y Lopez, psiquiatra espanhol que organizou o ISOP - Instituto de Seleção e Orientação Profissional - criado no Rio de Janeiro em 08 de agosto de 1947 pela Fundação Getúlio Vargas; de Oswaldo de Barros Santos, ligado ao Serviço de Orientação e Seleção Profissional do SENAI; e do psicólogo francês Pierre Weil, ligado ao Serviço de Orientação e Seleção Profissional do SENAC, ambos também no Rio de Janeiro.

Com a criação das primeiras universidades brasileiras, a USP (1934) e a Universidade do Brasil (1935), o impulso dado à Psicologia foi muito maior do que nas três primeiras décadas do século XX. Disciplinas específicas eram ministradas em vários cursos, ainda que não visassem a formação profissionalizante de psicólogos.

PESSOTTI⁴⁶ diz que, nessa época, "os conteúdos dos cursos inclinavam-se para a teoria gestáltica, o funcionalismo, a teoria psicanalítica, a psicofísica, as diferenças individuais, as teorias da aprendizagem, do desenvolvimento e da personalidade, etc. Os cursos formavam sistematicamente conhecedores de teorias, sistemas e algumas técnicas de pesquisa e de diagnóstico, mas não formavam aplicadores da psicologia à clínica, à escola ou ao trabalho. Essa formação só surgirá após a criação dos cursos de bacharelado e licenciatura em Psicologia e da profissão de psicólogo, em 1962, dando início ao período profissional desta nossa história".

O que temos a partir de 1934, citando ainda PESSOTTI⁴⁷, é que "a Psicologia torna-se disciplina obrigatória de ensino superior, em 3 anos do curso de Filosofia, no de Ciências Sociais e no de Pedagogia e em todos os cursos de licenciatura... Na USP e noutras Universidades as cátedras de Psicologia, depois departamentos, são agora, no plano administrativo, equivalentes às cátedras médicas, jurídicas ou outras, o que representa uma promissora conquista. (...) os grandes nomes do período precedente, passam a compor as cátedras universitárias de Psicologia, com as equipes e laboratórios que antes dirigiam junto aos Hospícios, às Clínicas Psiquiátricas ou às Escolas Normais".

Em 1962, através da lei 4.119, de 27 de agosto, é regulamentada a profissão de psicólogo no Brasil. Em 30 anos a Psicologia se consolida como ciência e profissão, e hoje, como analisa PESSOTTI⁴⁸, a Psicologia tem "a aceitação e o respeito da opinião pública enquanto função distinta de atuação médica, sacerdotal ou pedagógica: a figura do psicólogo já faz parte da cultura nacional (da classe média, pelo menos); a consolidação se revela também na criação e dinamização dos Conselhos Federal e Regionais; na solidez de várias Sociedades de Psicologia de abrangência regional ou

(46) PESSOTTI, I., "Notas para uma História da Psicologia Brasileira". in Conselho Federal de Psicologia, Quem é o Psicólogo Brasileiro?, São Paulo: Edicon, 1988, p. 28.

(47) PESSOTTI, I., op. cit., pp. 26-27.

(48) PESSOTTI, I., op. cit., p. 30.

nacional voltadas para questões do saber psicológico ou para o treinamento técnico especializado; na pujança editorial, traduzida por numerosos livros e revistas de alto nível ..."

Considerando que estamos falando da História da Psicologia, vale lembrar um período mais ou menos difícil enfrentado pelos psicólogos, em que sua prática profissional foi contestada em certos setores médicos. Se hoje a Psicologia é reconhecida e valorizada, na década de 70, interpelações jurídicas questionavam a atuação do psicólogo como psicoterapeuta e viam a Psicologia como auxiliar e dependente da Psiquiatria.

O Conselho Nacional de Saúde, através de seu Secretário de Assistência Médica em Memorial SAM nº 5/72, solicitou à assessoria jurídica daquela secretaria, esclarecimentos sobre o exercício profissional do psicólogo, em virtude da prática de psicoterapia por este profissional.

Analisando a Lei 4.119, o parecer⁴⁹ conclui que, não obstante seja função do psicólogo "a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os objetivos de, dentre outros, o diagnóstico psicológico e a solução de problemas de ajustamento, a lei silencia sobre o tratamento (terapia) dessas doenças".

Num outro momento, o médico psiquiatra Leão Cabernit, atendendo determinação da Divisão Nacional de Saúde Mental, escreveu um relatório sobre a atuação profissional do psicólogo, onde menciona que "... a prática da psiquiatria vem sendo presa fácil de uma classe inabilitada profissional e legalmente para seu exercício. Trata-se da classe dos psicólogos clínicos, que abriga profissionais auxiliares de psiquiatria e não substitutos da psiquiatria. Apreciável número destes psicólogos vem exercendo psicoterapia em hospitais, escolas e consultórios particulares".

(49) Veja o texto "Atividades do Psicólogo", in Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, Rio de Janeiro: ISOP, v. 26, n. 1, 1974, pp. 99-124.

Continuando, descreve as atividades que o psicólogo deveria exercer e ressalta que a psicoterapia, enquanto prática médica, não deveria ser exercida por profissionais não médicos.

O Ministério da Saúde, em ofício GB nº 762, de 23/06/72, encaminhou o relatório de Leão Cabernit para análise no Conselho Federal de Medicina, que por sua vez, emitiu um parecer que recomendava que fosse "alterada a legislação atinente ao exercício da profissão do psicólogo," concordando com o teor do relatório apreciado. Um dos parágrafos expõe a conclusão do relator, conselheiro do CRM: "Sou de parecer que a legislação cogitada, estabelecendo as atribuições dos psicólogos, limite a sua atuação no setor da Medicina à sua colaboração na equipe médica, ratificando, desta maneira, o dispositivo de lei que só permite aos médicos a prática de atos médicos, nos quais se inclui a psicoterapia".

Em 19/12/72, o processo foi encaminhado ao Gabinete do Ministro da Saúde, e posteriormente, em 09/01/73, à Secretaria de Assistência Médica. Esta Secretaria objetivando colocar em prática o parecer do CFM, solicitou parecer ao seu assessor jurídico, que opina que "o psicólogo, acobertado por expressões inadequadas de sua legislação específica, está exercendo atribuições privativas de médico como, entre outras, a psicoterapia e, mesmo, a psiquiatria (Parecer nº 3/73 de 30/01/73)".

O trâmite do processo continuou, as principais entidades representativas dos psicólogos emitiram pareceres contrários ao que se propunha a posição do CFM, e, no final não houve alterações da Lei 4.119/62 e verificamos que a psicoterapia conquistou definitivamente seu espaço como uma das atividades exercidas pelo psicólogo.

1.5. O SURGIMENTO DA PSICANÁLISE

A Psicanálise começa a se impor como método de tratamento passível de ser utilizado junto aos doentes mentais a partir dos anos 30, opondo-se, conceitualmente, à psiquiatria organicista Kraepeliana que embasava e constituía a principal fonte de referência para a Liga Brasileira de Higiene Mental.

ROCHA⁶⁰, descrevendo a Psiquiatria dos anos 30 e a introdução da Psicanálise no meio médico, faz a seguinte relação:

"Temos, então, uma Psiquiatria exaustivamente orientada pela teoria do organismo que se colocava lado a lado com a causalidade biológica que, ao mesmo tempo em que justificava a intervenção médica em qualquer nível, explicava também os fenômenos psíquicos e culturais. Os primeiros psiquiatras que começaram a se interessar pela teoria psicanalítica iniciaram timidamente a contestação da visão organicista do psiquismo humano; tratava-se, antes de tudo, de 'corrigir' o corpo para dar conta de uma intimidade revoltada, indisciplinada, através dos mais diferentes meios de coerção..."

A coerção, aliás, tanto no seu aspecto físico, com os espancamentos, prisão em correntes, má alimentação, etc., quanto no aspecto moral, com os gritos, os xingamentos, os abusos das autoridades, o confinamento, etc, sempre ou pelo menos por largos períodos da história da humanidade, fizeram parte do contexto sociedade-doença mental-formas de se lidar com o louco. Porém, em contrapartida, também periodicamente, nomes se insurgiam contra as práticas coercivas correntes.

No caso específico do Brasil e deste momento histórico — República Velha e Estado Novo — vão se unir a Galotti, Alvim, Pernambucano e aos novos adeptos da Psicanálise, um fator histórico que iria neutralizar, e até acabar com a influência da

(60) ROCHA, G.S., op. cit., p. 33.

"Psiquiatria eugênica" da Liga: ao eclodir a II Guerra Mundial, o governo brasileiro, após um período de neutralidade com simpatia pela Alemanha, optou por vincular-se aos Estados Unidos, o que transformou oficialmente a ideologia que havia norteado a intelectualidade brasileira nos anos anteriores.

Com o término da guerra, a influência americana se intensificou significativamente no campo político e o Brasil, que havia combatido as forças nazifascistas junto dos aliados, não poderia manter um regime ditatorial que, inclusive, havia sido simpático ao Eixo. Daí a queda de Getúlio Vargas em 1945.

A intelectualidade brasileira, e aí se inclui a classe médica-psiquiátrica, se amolda aos princípios democráticos. Para os psiquiatras não tem mais sentido a ênfase dada à questão racial e à eugenia, embora a psiquiatria organicista kraepeliana, sem as matizes ideológicas do pré-guerra, tenha se sustentado como uma abordagem viável, científica e séria no campo das doenças mentais.

Voltando um pouco aos anos 30, para entendermos a inserção da Psicanálise na Psiquiatria é preciso conhecer os três momentos em que esta nova linha penetra no campo de estudo e atendimento das doenças mentais:

1º) A Psicanálise entra no Brasil através da Medicina e da Psiquiatria, sendo que numa primeira fase seus adeptos apenas lêem e estudam Freud, adaptando o que entendiam à sua prática clínica, porém sem a instrumentalização das técnicas terapêuticas; este interesse pela Psicanálise existiu desde o início do século. Sobre este momento, MOKREJS⁵¹ explica que "a difusão das idéias psicanalíticas se fez, de modo geral, por profissionais isolados, pertencentes à área médica. Seu interesse pelo assunto levou-os à

(51) MOKREJS, E., A Psicanálise no Brasil: As Origens do Pensamento Psicanalítico. Petrópolis: Editora Vozes, 1993, p. 10.

procura dos textos originais ou traduzidos, conforme as contingências pessoais de cada um, pois raros eram os textos disponíveis para aquisição no país. As comunicações dos estudiosos do assunto centravam-se na área terapêutica... Alguns autores, como Gastão Pereira da Silva (1933), Porto Carrero (1933) e Neves-Manta (1932), utilizando as idéias psicanalíticas, interpretavam aspectos significativos do momento político da década de 30".

2º) Entre 1927 e 1937, a Psicanálise era considerada uma especialidade da Psiquiatria, um método terapêutico com técnicas que se podia utilizar no tratamento de doenças mentais.

3º) A partir do final da década de 30, a Psicanálise afasta-se da Psiquiatria, não com um rompimento dicotômico, mas porque ganha uma identidade própria, como analisa ROCHA⁵²: "O que considero como afastamento entre a Psicanálise e a Psiquiatria são os momentos nos quais a Psicanálise deixa de ser somente uma técnica do arsenal terapêutico da Psiquiatria, para constituir-se num novo tipo de abordagem da doença mental com características próprias. Isto só foi possível na medida em que o psicanalista passou a ter também características próprias, submetendo-se a um aprendizado diferenciado do da prática psiquiátrica, caracterizado, naquela época, pelo surgimento de um curso de formação que se propunha a formar os candidatos a analistas em três diferentes níveis: o da análise pessoal, o do conhecimento dos fundamentos teóricos e o da supervisão de casos em atendimento. Quer

(52) ROCHA, G.S., *op. cit.*, pp. 43-44.

dizer, a formação psiquiátrica, por si só, já não bastava para alguém tornar-se psicanalista."

A primeira data importante para a Psicanálise no Brasil foi o ano de 1927, em que foi criada a primeira Sociedade Brasileira de Psicanálise, reconhecida inclusive, pela Associação Internacional de Psicanálise. O primeiro centro foi em São Paulo, com Franco da Rocha como seu presidente, e Durval Marcondes como secretário. O segundo centro foi no Rio de Janeiro, sendo Juliano Moreira seu presidente. Todos nomes de peso da Psicanálise da época. Em 1928 é publicada a primeira revista brasileira de psicanálise, embora tenha saído apenas o número 1.

Este movimento inicial teve curta duração enquanto sociedade institucionalizada, não obstante os estudiosos da psicanálise tenham continuado a difundí-la, a publicar trabalhos, a se reunir em grupos, até que, em 1937 veio para São Paulo a psicanalista alemã Adelheid Koch, que inicia, então, efetivamente a formação de psicanalistas. Em 1944, um novo grupo psicanalítico é formado, tendo em seu quadro Durval Marcondes, que era da Sociedade anterior, a própria Adelheid Koch e alguns novos membros. Este grupo viria a constituir a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, que teve o reconhecimento da Associação Psicanalítica Internacional em 1945. No Rio de Janeiro, a partir de um novo grupo que esboçara a formação de uma outra sociedade psicanalítica em 1951, questões envolvendo dissidências internas levaram a Associação Psicanalítica Internacional a reconhecer oficialmente a Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro somente em 1959. Em 1967, voltou a ser publicada a Revista Brasileira de Psicanálise, desde então de forma regular.

É importante lembrar que a inserção da Psicanálise no campo da Saúde Mental no país, ou, mais precisamente na Psiquiatria, já que o termo Saúde Mental não

era aplicado como hoje, teve momentos de antagonismo e rejeição, registrados por alguns autores.

Durval Marcondes, em depoimentos a SAGAWA⁵³, conta como a resistência à Psicanálise por parte de colegas médicos lhe trouxe várias dificuldades.

Primeiramente, descreve como Franco da Rocha despertou nele o interesse e o entusiasmo pela Psicanálise: "Uma pessoa que influenciou muito para que eu seguisse esse caminho foi o professor Franco da Rocha. Era um grande psiquiatra, mestre e fundador da psiquiatria científica em São Paulo e criador do Hospital do Juqueri. Foi o primeiro professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, na qual ele dava aulas referindo-se às idéias de Freud".

Mas, em seguida, relata experiências que chegavam a frustrar o entusiasmo que tinha, entusiasmo, aliás, que o próprio Freud proporcionara ao responder uma carta que Marcondes lhe enviara juntamente com um livro de sua autoria sobre Psicanálise e Literatura. Sobre o início de suas atividades de consultório diz o seguinte: "Aí é que começou um período triste da minha vida. Porque a resistência em nosso meio àquelas idéias e ao emprego daquela técnica era tal que era quase insuportável. (...) me vi cercado de todas as agressões, de todas as ofensas, de todos os empecilhos, de todas as dificuldades. (...) Essa resistência era principalmente dos meios culturais e do meio médico, sobretudo dos meus antigos professores da Faculdade de Medicina."

E acrescenta um episódio ocorrido num hospital psiquiátrico: "Eu arranjei um emprego de médico interno num hospital psiquiátrico particular, um dos mais importantes e dos mais acreditados no meio paulistano. Foi entre 1925 e 1927. Lá eu conversava longamente com os pacientes psicóticos. E pude, então, num vasto e rico material clínico, ter a confirmação de que os delírios dos doentes mentais não eram

(53) SAGAWA, R.Y., Redescobrir as Psicanálises. São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos, 1992, pp. 85-88.

criações arbitrárias, destituídas de sentido, mas tinham suas leis ditadas pelos mecanismos do inconsciente. E podiam ser interpretadas como Freud havia feito com os sonhos. Para mim, isso era muito importante porque, naquele tempo, a psiquiatria aqui em São Paulo era quase que meramente classificatória. (...) Comecei, então, a ouvir atentamente aqueles pacientes do hospital... para verificar o que eles tinham a exprimir com suas produções delirantes. (...) Passei a entender melhor a gênese psicológica daquelas manifestações aparentemente sem sentido".

Pessoalmente, Durval Marcondes aperfeiçoava sua formação, realizando-se com as descobertas que fazia, porém, a Psicanálise não era aceita nem compreendida, como conclui em seu depoimento ao descrever a reação do diretor do hospital ante o atendimento que realizava junto aos pacientes: "... não estou satisfeito com o senhor aqui. Eu não estou satisfeito porque o senhor não está se comportando como deve. Não está se colocando no seu lugar aqui. O senhor vive aí em conversas demoradas com os doentes. O senhor está aqui para ser respeitado. Não é para estar dando confiança aos doentes. O senhor tem que realmente examiná-los, fazer sua observação clínica, fazer seus diagnósticos e pronto. Não tem que ficar aí nessas conversinhas a tarde toda com eles."

Além de Durval Marcondes, também Franco da Rocha sofreu críticas por difundir a teoria psicanalítica. MOKREJS⁵⁴ assim relata como a atuação de Franco da Rocha foi recebida, ele que, já em 1919, incluía a teoria psicanalítica no conteúdo das aulas que ministrava na Faculdade de Medicina de São Paulo:

"O precursor da Psicanálise sofreu os reveses decorrentes da exposição ousada dos princípios freudianos, no próprio meio acadêmico onde militou. A publicação da obra que o consagrou — *O Pansexualismo na Doutrina de Freud* (1919) — gerou na Congregação da Faculdade de Medicina uma certa apreensão em relação à sanidade

(54) MOKREJS, E., op. cit., 34-35.

mental de Franco da Rocha, tendo esse fato contribuído para que não fosse convocado para comparecer a uma das reuniões, na qual formou-se uma comissão para visitar o autor do livro em sua casa, a fim de melhor avaliar suas condições mentais.”

Dos críticos que não aceitavam a Psicanálise, podemos citar José Alves Garcia, Almir Bornfim de Andrade e Renato Jardim, que publicaram diversas obras contestando a teoria psicanalítica nos anos 30 e 40.

Esta reação tem sua importância histórica porque mostra as facções de pensamento existentes na sociedade e na classe médica das primeiras décadas do século XX, a intolerância de muitos indivíduos frente à idéias renovadoras e a própria evolução do pensamento psiquiátrico que passou por três momentos que se completaram para que houvesse essa evolução: o momento da não aceitação da psicanálise, o momento da ambivalência (em que a psicanálise conviveu com ideologias organicistas) e o momento da aceitação.

O primeiro momento já foi exemplificado nos parágrafos anteriores. O momento da ambivalência é quando psiquiatras que aderem à psicanálise, paralelamente ao estudo e utilização das técnicas psicanalíticas também adotam práticas organicistas. Juliano Moreira, que desde 1899 lecionava temas psicanalíticos aos seus alunos e que em 1914 descorreu sobre Psicanálise na Sociedade Brasileira de Neurologia, era membro da Liga Brasileira de Higiene Mental e publicava, nos *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, em 1919, uma conferência em que ligava hereditariedade, doença mental e eugenia. Essa ambivalência ocorreu também com Henrique Belford Roxo e Júlio Porto Carrero.

Sobre o caminhar lado a lado das correntes organicista e psicanalítica no estudo e tratamento das doenças mentais no Brasil até a década de 40, MOKREJS⁵⁵ faz o seguinte comentário:

(55) MOKREJS, E., op. cit., pp. 214-215.

"... a orientação organicista foi preponderante em psiquiatria, tendo ocorrido para isso fatores como a presença do laboratório de neuropatologia em São Paulo, o emprego de técnicas liquorológicas, a descoberta de somatoterapias como a insulina, o cardiazol, o eletrochoque, etc., e a ênfase sobre a biotipologia... Difundida a psicanálise já no fim do século XIX por Juliano Moreira e nas duas primeiras décadas do século XX por Franco da Rocha, não foi senão no início de 1930 que surgiram os primeiros analistas (...) a penetração da psicanálise na semiologia psiquiátrica brasileira ocorreu em fins da década de 40."

A partir da década de 40 a Psicanálise foi se inserindo no contexto cultural, ampliou-se o número de profissionais que aceitavam e utilizavam o método psicanalítico e, com a criação e reconhecimento das Sociedades Brasileiras de Psicanálise, o movimento se solidificou definitivamente.

1.6. SAÚDE MENTAL HOJE CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Falar sobre Saúde Mental no Brasil nos dias de hoje é tarefa difícil e complexa, pois não se pode desvinculá-la de um contexto maior que engloba a situação sócio-econômica da população, a política governamental para a área de Saúde, a formação dos profissionais que irão atuar no setor e as condições de trabalho destes profissionais.

A situação da Saúde hoje é reflexo da política adotada pelo governo após o golpe de 1964. Nas décadas anteriores, a organização de um sistema de Saúde Pública

se deu concomitantemente ao desenvolvimento da industrialização e ao surgimento dos grandes contingentes de assalariados urbanos. Após 1930, o modelo econômico vigente até então, denominado modelo agrário-comercial-exportador dependente, cede terreno a uma política econômica emergente que inicia e posteriormente consolida um modelo nacional-desenvolvimentista com base na industrialização, em atividade desde o início do século XX. Foi essa industrialização emergente que, trazendo transformações nas relações trabalhistas, motivou as lutas por melhores condições de vida e, em consequência, uma atenção maior à questão da saúde.

Não é objetivo do presente estudo, aprofundar-se em áreas da Sociologia, mas é esclarecedor estabelecermos uma relação entre o desenvolvimento da sociedade brasileira, a ascensão do capitalismo, a industrialização e o surgimento das práticas públicas de saúde, pois é um movimento interligado e interdependente que, inclusive, tem sua influência na adoção, por parte do governo pós-64, de uma política de saúde privatizante.

Num aspecto geral, visando a população como um todo, podemos assinalar as seguintes iniciativas por parte do governo, tomadas a partir do alastramento de preocupantes epidemias, e citadas por MERHY⁵⁶, no caso, referindo-se ao estado de São Paulo:

- Criação do Instituto Vacinogênico e da Comissão de Vigilância Epidemiológica para a zona urbana, em 1892;
- Surgimento do Serviço Sanitário Estadual, em 1892;
- Regulamentação do Laboratório Bacteriológico e do Serviço de Desinfecção, em 1893;

(56) MERHY, E.E., O Capitalismo e a Saúde Pública. Campinas: Papyrus Editora, 1985, p. 48.

— Redação do 1º Código Sanitário Estadual e regulamentação do funcionamento do Hospital de Isolamento, em 1894;

— Fundação do Instituto Butantã, em 1901, e do Instituto Pasteur, em 1903."

No Rio de Janeiro, podemos citar a criação do Instituto Soroterápico, em 1900, que posteriormente recebeu o nome de Instituto Osvaldo Cruz; e a criação do Instituto Vital Brasil, em Niterói, em 1919.

O final do século XIX e o começo do século XX caracterizaram-se pelo surgimento de grandes epidemias, o que obrigava o governo a tomar medidas de saneamento. Foram as primeiras políticas de saúde pública, voltadas para a criação de institutos de pesquisa, para a identificação das doenças e sua erradicação, a partir da vacinação da população.

Quanto à criação de centros específicos para o atendimento individualizado da população, as primeiras propostas datam de 1917 e 1925, quando são institucionalizados os Centros de Saúde, que, segundo MASCARENHAS⁵⁷, tinham como objetivo o seguinte:

"a) dispensar aos doentes tratamento medicamentoso, nos casos restritamente previstos no regimento interno do serviço;

b) de uniformizar o tratamento adequado de doenças transmissíveis;

c) de criar principalmente oportunidade para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias;

d) a Educação Sanitária será ministrada ao indivíduo isoladamente ou em grupos... e professada nos Centros de Saúde... (e) ... em visitas domiciliares... e sempre

(57) MASCARENHAS, R. S., Contribuição para o Estudo da Administração Estadual de São Paulo. Tese de Livre-Docência em Saúde Pública. São Paulo: USP, 1949, p. 92.

que operar fora do serviço do Centro, fará propaganda intensiva das vantagens da população em freqüentá-los."

Da mesma forma que a assistência geral, a assistência individualizada nos Centros de Saúde, incorporava a necessidade médico-sanitarista e bacteriológico da época e visava a erradicação de doenças, fosse através de uma ação direta (vacinação em massa), fosse através de uma ação educativa. As epidemias causavam baixas entre o operariado, interferindo na produção, já aí um grande motivo para a ação governamental.

Mas, como relata MERHY⁵⁸, as práticas médico-sanitárias refletiam o modelo social autoritário ditado pela oligarquia dirigente e se voltavam para atender necessidades dessa classe mais do que as da população pobre:

"... aqueles técnicos da Saúde Pública trabalham a partir de um conhecimento, que é instaurado segundo interesses de classes sociais específicas e como funcionários de um Estado, que não se situa acima dos grupos sociais, mas, antes de tudo, expressa e reproduz a dinâmica das classes sociais, segundo uma dominação em particular. Além disso é possível sustentar a idéia de que o lugar onde se efetivam as práticas sanitárias — o Estado — não possibilita indistintamente a expressão de quaisquer interesses ao nível das mesmas, restringindo-as aos vinculados às classes sociais que compõem o bloco no poder."

Até 1930 não se verifica mudanças na Saúde Pública para além do descrito anteriormente. É um período evertente, com disputa pelo poder político, greves de operários, fortalecimento de classes sociais distintas da dominante, porém é com a Revolução de 30 que as transformações sociais e políticas se consolidam e repercutem na área de Saúde, inclusive com a criação do Ministério da Educação e Saúde, em 14 de fevereiro de 1930.

(58) MERHY, E.E., op. cit., pp. 109-110.

Para estudos aprofundados sobre os movimentos sociais da República Velha, remeto o leitor às obras de CARONE⁵⁹, FAUSTO⁶⁰, FERNANDES⁶¹ e BASBAUM⁶², que são fontes específicas dentro de um enfoque histórico-social.

SILVA⁶³ dá a seguinte compreensão sobre o período que compreende o pré-1930 e o pós-1930:

"A característica predominante no período que se estende até 1930, no que se refere às ações estatais ante às questões sociais, está fundamentalmente ligada à própria fraqueza do Estado, que, por uma lado, ainda não está plenamente constituído como Estado Nacional e, por outro, se encontra bastante desaparelhado e marcado por imensas limitações técnicas, financeiras e políticas para intervir... O que se altera no pós-30 é o próprio caráter do Estado, o que possibilita a ampliação de suas bases sociais, abrindo-se necessariamente o espaço para que... as questões sociais ascendam à agenda estatal, façam parte da problemática do poder."

A intervenção do Estado na área de Saúde vai ocorrer através da criação dos institutos de previdência, primeiramente as Caixas de Aposentadoria e Pensões (em 1923), e, após a Revolução de 30, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Ainda que sua principal função fosse a concessão de aposentadorias aos trabalhadores e a eles filiados, e pensões aos familiares no caso de morte, os decretos de criação destes institutos apresentavam artigos específicos que regulamentavam os serviços médicos que beneficiariam seus associados. Vamos ter, ao longo da década de 30, a criação dos IAPs dos Marítimos, dos Bancários, dos Industriários, dos Empregados em Transportes e

(59) CARONE, E., Revoluções do Brasil Contemporâneo: 1922-1938. São Paulo: DESA, 1965.

(60) FAUSTO, B., A Revolução de 1930. São Paulo: Editora Brasiliense, 1970.

(61) FERNANDES, F., A Revolução Burguesa no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1975.

(62) BASBAUM, L., História Sincera da República: de 1889 a 1930. São Paulo: Edições LB, 1962.

(63) SILVA, P.L.B., Atenção à Saúde como Política Governamental. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. Campinas: UNICAMP, 1984, p. 12.

Cargas, dos Comerciais, e dos Servidores Especiais, que leva um nome diferente, Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Estaduais.

Com os institutos, o trabalhador tem assegurado pela primeira vez um conjunto de medidas que o protegem (e aos seus familiares) na velhice (aposentadoria) e na doença (assistência médica), e também outros benefícios sociais que surgem na medida em que a organização dos institutos se aperfeiçoa, como a venda de medicamentos a preços mais acessíveis e financiamento de habitação. A tutela do Estado se dá na direção e na indicação de membros que irão compor o conselho administrativo.

Com pequenas variações entre eles e com modificações não tão relevantes ao longo das décadas seguintes, os institutos de pensão vão ser responsáveis pela prestação de serviços na área de saúde para o trabalhador até 1966.

Um estudo mais detalhado poderá ser feito através da leitura de OLIVEIRA e TEIXEIRA⁶⁴, MERHY⁶⁵ e SILVA⁶⁶.

Podemos considerar importantes, no período pré-64, os seguintes aspectos:

- criação do Ministério da Saúde em 1953, separado da Educação;
- campanhas nacionais visando o combate das seguintes doenças: febre amarela, tuberculose, peste, malária e lepra;
- criação de delegacias federais de saúde;
- criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, em 1956;
- tentativas de unificação do sistema previdenciário representado pelos institutos de pensões.

A Saúde Pública, nas décadas de 40 e 50, segundo orientação do SESP -- Serviço Especial de Saúde Pública -- visava principalmente o combate de epidemias e

(64) OLIVEIRA, J.A. de A. e TEIXEIRA, S.M.F., (In) *Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.

(65) MERHY, E.E., op. cit.

(66) SILVA, P.L.B., op. cit.

endemias. A assistência médica era realizada pelo sistema previdenciário que, devido à sua estrutura organizacional, beneficiava apenas parte da população.

Não há como desvincular a assistência médica da política partidária, pois como esse serviço era prestado pelo sistema previdenciário e este era ligado aos sindicatos classistas, a troca de favores permeava a assistência que deveria ter os filiados à cada instituto previdenciário.

SILVA⁶⁷ sintetiza muito bem esta situação:

"A partir de 1945, com o reflorescimento da mobilização das classes e com a entrada em cena de partidos políticos de origem variada, os sindicatos e a Previdência Social passam a ser disputados na busca de dividendos políticos... O sistema Previdenciário assume maior importância no foco político-partidário, como fonte de barganha política em geral, e cumpre nos sindicatos papel de arrigimentador de votos (e manutenção das lideranças) em troca de favores especiais."

Este foi um dos motivos para que se aumentasse os gastos com assistência médico-hospitalar, aliado, como analisam BRAGA e PAULA⁶⁸, "ao intenso processo de urbanização nas décadas dos 40 e 50, que colocou nas cidades uma massa assalariada em condições de trabalho e remuneração tais, que encontravam no esquema previdenciário um complemento indispensável a suas rendas e a seu consumo básico, inclusive, por certo, os atos médicos destinados a recuperar sua saúde, isto é, recuperar a sua própria capacidade de trabalho."

Vamos ter, por um lado, trabalhadores reivindicando direitos; de outro, sindicatos organizados e políticos buscando formas que tragam benefícios à população com benesses políticas para si; e num extremo, a classe dominante interessada na

(67) SILVA, P.L.B., op. cit., p.41.

(68) BRAGA, J.C. e PAULA, S.G. de., Saúde e Previdência: Estudos de Política Social. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981, p. 71.

manutenção de seu status quo, concedendo, portanto, pequenas melhorias na vida dos trabalhadores.

SILVA⁶⁹ explica que "é necessário entender a política de Previdência e Assistência Social como entrelaçada à política sindical e trabalhista que caracteriza o período populista. Ou seja, como fazendo parte do conjunto de mecanismos que cristalizam a concepção corporativa de Estado, absorvendo controladamente, na vida política, as classes assalariadas, ao mesmo tempo que respondendo às demandas e pressões por melhores salários e condições de vida e trabalho."

A organização sindical contribuía, na verdade para que apenas a parcela de trabalhadores ligados a sindicatos organizados e possuidores de um sistema de previdência e assistência social tivessem mais fácil acesso a um atendimento médico público. Era uma característica da política de saúde dos anos 40 e 50.

A área de Saúde Mental não era coberta pelos sistemas previdenciários, tanto que, em 1941, o governo federal, através de decreto-lei, obrigou os estados e municípios a prestarem assistência psiquiátrica aos previdenciários. Porém, a política de saúde mental das décadas de 40 e 50 voltava-se principalmente (ou quase exclusivamente) para o atendimento em hospitais psiquiátricos, com escassos serviços a nível extra-hospitalar.

Dois pontos da política de Saúde Mental merecem destaque, por retratarem características do período.

Primeiro que, o crescimento rápido da população das cidades na década de 50, fez com que os serviços de saúde pública deparassem com um problema que não foi solucionado, nem nessa época nem nas décadas subseqüentes, persistindo até hoje – o processo acelerado de urbanização aumentou a demanda sem que o governo destinasse

(69) SILVA, P.L.B., op. cit., p.40.

recursos financeiros o suficiente para manter o nível do atendimento e evitar a deterioração dos serviços.

O outro ponto é a utilização, em larga escala, dos psicofármacos, que vêm a constituir a base da terapêutica para as doenças mentais juntamente com a ênfase dada à internação dos pacientes.

A década de 60 vai ser sacudida por um Golpe de Estado em 31 de março de 1964, que trará importantes e drásticas modificações sócio-políticas e econômicas para o país. Militares ligados a grupos de empresários e políticos com tendência ao capital estrangeiro e à uma ideologia entreguista (ou seja, não-nacionalista) assumem o poder. E o Brasil passa por um período de duas décadas com repressão política, censura, perseguição e tortura de presos políticos, centralização do poder, arrocho salarial.

Na área de Saúde, dois acontecimentos decorrentes da política governamental pós-64 precisam ser mencionados.

Em 26 de novembro de 1966, o decreto-lei nº 72 cria o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que absorve todos os institutos de aposentadorias e pensões existentes até então e passa a regular e prever aposentadorias e pensões, auxílios sociais, reabilitação profissional e assistência médica. (Em 1977 é criado o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – que assume a assistência médico hospitalar, ficando o INPS com a concessão de benefícios).

A criação de um instituto único é fruto da política centralizadora do governo, que traça as novas diretrizes para o setor de Saúde, como resume SILVA⁷⁰: "atribui ao Ministério da Saúde as tarefas de formular e coordenar a política nacional de saúde; a ação preventiva em geral e de vigilância sanitária de fronteiras, portos marítimos, fluviais e aéreos; o controle de drogas, medicamentos e alimentos; e a pesquisa médico-sanitária.

(70) SILVA, P.L.B., *op. cit.*, p.71.

Ao Ministério do Trabalho e Previdência Social caberia... a prestação de assistência médica no âmbito da previdência social, que, por sua vez, deveria ser realizada preferencialmente, através de convênios com entidades públicas e privadas."

O INPS incentiva a utilização dos serviços do setor privado, privilegiando a dotação de verbas públicas à instituições particulares que prestassem serviços médicos à população, ao invés de o próprio governo assumir a prestação desses serviços.

De 1970 a 1980 a política de saúde adotada reforçava a privatização do setor, a mercantilização da Medicina e a manutenção do modelo de hospitalização, que no caso da Saúde Mental se trata da internação asilar, modelo privatista este que trouxe conseqüências sérias para a sustentação, desenvolvimento e aperfeiçoamento do sistema de saúde no país, que encontra-se hoje mergulhado no mais profundo caos no que diz respeito à saúde pública em geral, ao atendimento da população nos hospitais e postos de saúde, e à assistência psiquiátrica em particular.

Fazendo um parentese, não só a área de Saúde, mas também a Educação sofreu os efeitos da política de privatização adotada pelo governo, que resultou na mercantilização do ensino com a proliferação de escolas particulares que visavam o lucro e não tinham como objetivo primeiro oferecer um ensino de boa qualidade. Sobre a crise na Educação, vários autores publicaram trabalhos que podem auxiliar um estudo mais completo: CUNHA⁷¹, FREITAG⁷², MARTINS⁷³, MARÇAL RIBEIRO⁷⁴, LIBÂNEO⁷⁵, MELCHIOR⁷⁶, REGIS de MORAIS⁷⁷, CUNHA⁷⁸ e FISCHMANN⁷⁹.

(71) CUNHA, L.A., Educação e Desenvolvimento Social no Brasil. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1989.

(72) FREITAG, B., Escola, Estado e Sociedade. São Paulo: Editora Moraes, 1984.

(73) MARTINS, C.B., Ensino Pago: Um Retrato sem Retoques. São Paulo: Cortez Editora, 1988.

(74) MARÇAL RIBEIRO, P.R., Educação Escolar no Brasil: Problemas Reflexões e Propostas. Coleção Textos, v. 4. Araraquara: FCL/UNESP, 1990.

(75) LIBÂNEO, J.C., Democratização da Escola Pública: A Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos. São Paulo: Edições Loyola, 1984.

(76) MELCHIOR, J.C. de A., O Financiamento da Educação no Brasil. São Paulo: E.P.U., 1987.

(77) REGIS DE MORAES, J.F., Entre a Educação e a Barbárie. Campinas: Papyrus Editora, 1983.

O ensino universitário, onde se enquadra as escolas de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Educação Física e Fonoaudiologia, com as deficiências decorrentes desta política educacional, tem contribuído para uma formação nem sempre adequada e de bom nível, o que vem agravar ainda mais os problemas existentes na área de Saúde. A isto soma-se o fato de que as escolas que formam os profissionais de Saúde ainda mantêm, em sua maioria, um ensino voltado para o mercado privado. Saúde Pública não é prioridade para o governo nem para a maior parte das escolas de formação de profissionais.

Para entender melhor questões específicas sobre o atendimento em Saúde Mental no Brasil contemporâneo, o estudo de VAISSMAN⁸⁰ nos traz o seguinte, referindo-se ao período pós-64:

"As políticas de Saúde, neste período, vão se caracterizar basicamente pela inserção da Saúde no processo de acumulação de capital... Tanto os serviços de assistência psiquiátrica como os de assistência médica em geral foram privatizados; isto é, a Previdência Social, ao repassar recursos à iniciativa privada, admitiu fortes pressões e interesses das Casas de Saúde e Hospitais particulares, sob sua gestão, favorecendo o monopólio da produção de cuidados psiquiátricos."

Ou seja, na prática, o Estado vê a solução dos problemas da Saúde na ação do setor privado, na ênfase ao tratamento médico-hospitalar e na centralização a nível federal dos repasses das verbas aos prestadores dos serviços.

Não obstante a consulta a documentos oficiais do Ministério da Saúde e de outros organismos públicos traga a impressão de que mudanças fundamentadas nos

(78) CUNHA, L.A., (org.) Escola Pública, Escola Particular e a Democratização do Ensino. São Paulo: Cortez Editora, 1986.

(79) FISCHMANN, R., (org.) Escola Brasileira: Temas e Estudos. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

(80) VAISSMAN, M., "Assistência Psiquiátrica e Previdência Social: Análise da Política de Saúde Mental nos Anos 70." Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1983, p. 1.

princípios da Saúde Mental Comunitária estavam sendo propostas e levadas avante, de fato ou, na prática, não era o que ocorria.

Vamos verificar uma contradição entre o discurso oficial existente nas propostas de atuação em Saúde Mental a partir do final da década de 70 e o que realmente foi efetivado na prática. As transformações, que inclusive tinham o respaldo de profissionais e de organismos de reputação nacional e internacional, esbarravam nos interesses privatizantes da política governamental, que, ajudados pela falta de recursos financeiros para os serviços públicos existentes, fizeram com que a assistência em Saúde Mental não avançasse e até hoje são sentidos os reflexos dessa política governamental. Foi a partir de julho de 1971, com os resultados da Convenção Brasileira de Psiquiatria, em Brasília, DF, que se intensificaram as recomendações para que os profissionais de saúde mental lutassem por mudanças na política de saúde mental no Brasil e reformulassem conceitos, procedimentos e posturas.

O desenvolvimento da industrialização no Brasil após 1964, intensificado com o modelo capitalista adotado e com a vinda de empresas multinacionais, favoreceu o crescimento de uma indústria farmacêutica poderosa que necessitava de um mercado interno compensador. O sistema de atendimento médico centrado no hospital e estímulo à uma medicina curativa atendiam à demanda da indústria farmacêutica. Economicamente, esta relação ia de encontro aos interesses da política governamental adotada, que COSTA OLIVEIRA⁸¹ explica da seguinte forma:

"(Na década de 70) o hospital surgiu como local privilegiado, onde se instalou a infra-estrutura de atendimento médico com equipamentos modernos, destinados à prestação de serviços de saúde a população. Neste contexto, o setor de saúde assumiu características de grande consumidor de bens e produtos na área médico-hospitalar,

(81) COSTA OLIVEIRA, N. da., op. cit., pp. 70-71.

favorecendo a ampliação das condições de capitalização na área de saúde. (...) o hospital passou a assumir o papel de reprodutor de condições favoráveis ao sistema capitalista, no que se refere à ampliação e fortalecimento da indústria farmacêutica e de produtos afins".

Os gastos do governo com atendimento hospitalar cresciam, enquanto não havia interesse em investimentos em saúde pública e não se falava em medicina preventiva. Pode-se dizer que o Brasil estava desenvolvendo um sistema de saúde capenga, em que apenas um dos membros de sustentação se desenvolvia, mas que ainda assim era insuficiente para atender a demanda populacional devido aos custos elevados e a impossibilidade de atingir à toda a população, muito superior à capacidade de atendimento dos hospitais. Além disso, os próprios hospitais da rede pública perdiam leitos ou eram desativados, enquanto aumentavam os leitos dos hospitais privados conveniados. O INAMPS (órgão público) pagava serviços prestados pelos hospitais privados em detrimento de uma política que privilegiasse a saúde pública, uma ação preventiva e o bom aproveitamento dos hospitais públicos existentes.

Outro autor, que também vê estas características nas ações de saúde durante o governo militar, é TEIXEIRA⁸², que destaca os seguintes pontos:

"a) A política Nacional de Saúde é orientada para o privilegiamento da prática curativa, individual, assistencialista especialista, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo.

b) A crescente intervenção estatal, através da Previdência Social, atuando como reguladora do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, desenvolveu um padrão de organização de prática médica orientado para a lucratividade, favorecendo os produtores privados destes serviços.

(82) TEIXEIRA, S. M. F. Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: Um Passo Adiante ou Dois Atrás? Rio de Janeiro: FGV/EBAP, 1984, pp. 5-15.

c) É criado e/ou desenvolvido um complexo médico- industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos."

Como principais características das ações de Saúde na década de 70, SILVA⁸³ na mesma linha de Costa Oliveira e de Teixeira, aponta primeiro que "... mantiveram-se, a nível secundário e marginal, as ações em atenção à saúde de natureza preventiva... Essas ações, de responsabilidade do Ministério da Saúde e órgãos subordinados, a nível federal, e das Secretarias de Saúde, a níveis regional e local, ficaram restritas, principalmente, ao desenvolvimento de campanhas sanitárias...". E complementa este dado com o fato de que "a predominância do pólo de atenção médico-hospitalar proporcionou o desenvolvimento dinâmico da rede hospitalar privada, com predominância, de seu segmento lucrativo, que, por suas próprias características de funcionamento, acabou se concentrando em regiões mais desenvolvidas, provocando desequilíbrios inter e intra-regionais em termos de distribuição geográfica, cobertura de atendimento e formação de recursos humanos".

As conseqüências desta política de saúde repercutem até hoje, a população ainda não é eficazmente atendida, e os postos e ambulatórios, que deveriam servir como "primeiro atendimento" e suporte das ações governamentais em saúde pública, não se desenvolveram, não se aperfeiçoaram, nem ampliaram sua capacidade de atendimento.

Quando, a partir da década de 80, mais especificamente após a VIII Conferência Nacional de Saúde (17 a 21 de março de 1986), instituiu-se uma política de saúde descentralizadora através das Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e Sistema Unificado de Saúde (SUS), vieram à tona

(83) SILVA, P. L. B., op. cit., p. 278

todas as mazelas do INAMPS e da política governamental referente à Saúde, desta vez com respaldo dos órgãos do governo.

SOUZA⁸⁴, na ocasião Secretário-Geral do Ministério da Saúde, fez as seguintes críticas:

"O regime de 1964 modificou substancialmente a Política Nacional de Saúde (...). De modo semelhante ao que ocorreu nos vários campos da economia brasileira, o Estado passa a dar prioridade à contratação de serviços privados (e)... o INPS passa a ser o grande comprador de serviços ..., de tal forma que em 1967, três anos após o Golpe, 80% dos hospitais privados no País já estavam contratados".

Continuando, três questões básicas foram comentadas, questões estas significativas para entendermos o funcionamento do sistema de saúde hoje:

"(Primeiro), o mecanismo de faturamento do complexo médico hospitalar privado ... como o principal fator estimulador das fraudes e, em consequência, de parcela significativa das diversas crises financeiras por que passou a Previdência Social ... (Segundo, que o sistema de saúde foi) organizado com base em premissas distorcidas pela lógica da lucratividade nos seguintes pontos: ações dicotomizadas em função da fase da história natural da doença; predominância da assistência médico-hospitalar e de tecnologias de alto custo; concentração dos serviços nas áreas urbanas e regiões mais desenvolvidas ... (E, terceiro, a existência de) multiplicidade de órgãos nas esferas de governo, com insatisfatório grau de integração programática e operacional; excessiva centralização política e financeira no nível federal de governo; questões referentes ao saneamento básico conduzidas sob a ótica empresarial e bancária."

(84) SOUZA, J. A. H. de. "O Sistema Unificado de Saúde como Instrumento de Garantia de Universalização e Equidade". In Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987, pp. 142-143.

O ponto alto da VIII Conferência foi que tanto os setores do governo quanto os profissionais de saúde, os sindicatos de trabalhadores e até os setores empresariais sentiam a necessidade de se promover uma reforma na área de saúde. Problemas, reflexões e propostas passaram a nortear os trabalhos realizados a partir de 1986, não obstante o sucateamento da rede pública de saúde tenha persistido até hoje e pareça que o Brasil ainda esteja distante de um serviço de saúde satisfatório.

A Reforma Sanitária ficou mais no papel e no discurso dos organismos oficiais do que nas ações efetivas, e os ganhos ficaram mais a nível de estrutura e organização do que em providências reais. O discurso oficial aponta as mazelas e busca soluções, mas a burocracia estatal emperra todo o processo de transformação. Também a ideologia privativista está solidificada o suficiente para impedir (ou pelo menos, dificultar) reformulações que tragam em seu bojo políticas de saúde que contrariem os interesses do setor privado. O Estado não tem interesse nem vontade política para investimentos financeiros de vulto e planejamentos que viabilizem um atendimento eficaz e global à população. Que progressos, benefícios, melhorias atingiram concretamente a população brasileira após a VIII Conferência Nacional de Saúde?

A primeira estratégia de ação, denominada Ações Integradas de Saúde (AIS), constituiu-se a partir dos programas, que desde o final da década de 70, ganhavam espaço na área de saúde, contrapondo-se às políticas de saúde anti-populares e privatizantes que dominavam o período de governo militar. Foram eles o PREV-SAÚDE, de 1980 (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), e o Plano CONASP, de 1982 (Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social).

As AIS envolviam os Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde e da Educação; e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, visando atingir a descentralização e a universalização dos serviços de saúde. Foram ratificadas no governo

Sarney pela Portaria Interministerial nº 1 - MS/MPAS/MEC, em 7 de junho de 1985, não obstante já estarem implementadas desde o governo anterior, do General Figueiredo.

Para se entender a importância das AIS enquanto primeiro passo para a implantação de uma reforma sanitária, é necessário entender que o Sistema Nacional de Saúde era uma organização pluralista descoordenada, com muitas modalidades assistenciais, com as mazelas e vícios já apontados anteriormente, além de funcionar atrelado a uma dependência política por parte dos poderes municipais e estaduais ante o governo federal e o INAMPS, que eram os controladores dos recursos financeiros que deveriam ser repassados e aplicados.

As AIS visavam a confluência de esforços entre os níveis federal, estadual e municipal em substituição àquela vinculação de dependência que hierarquizava o Sistema Nacional de Saúde. Foram a viga mestre da política de assistência em Saúde de um governo que, num período de transição entre a ditadura militar e uma democracia plena, visava reorganizar o sistema de saúde do país, erradicando de sua estrutura e funcionamento os problemas graves que geravam a crise da assistência médico-hospitalar da Previdência Social e repercutiam no congresso, nas associações de classe e na imprensa.

As AIS se constituíam em convênios específicos e anuais que visavam a ampliação da rede pública e a construção de postos de saúde através do repasse de verbas da Previdência para os estados e municípios, e não chegaram a envolver a rede privada.

TANAKA et alii⁸⁵ explicam que "... o Programa das Ações Integradas de Saúde preconizavam a regionalização progressiva do sistema de saúde, planejado e

(85) TANAKA, O. Y. et alii. "O Gerenciamento do Setor de Saúde na Década de 80, no Estado de São Paulo". in Revista de Saúde Pública. São Paulo: Universidade de São Paulo, v. 26, n. 3, 1992, pp. 187.

coordenado por comissão paritária. As AIS tinham como objetivo integrar e racionalizar o atendimento médico tornando os serviços de diferentes níveis de complexidade mais acessíveis à população. As AIS propunham como instâncias de planejamento e gestão: a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS) e as Comissões Locais e/ou Municipais de Saúde (CLIS ou CIMS)."

Cada uma destas comissões era encarregada de deliberação específica, assim constituídas:

"CIPLAN - órgão interministerial responsável pelo acompanhamento das AIS a nível nacional; e pela integração das ações de planejamento.

CIS - instâncias decisórias e gestoras das AIS, compostas, pelo Secretário Estadual de Saúde, pelo Superintendente Regional do INAMPS e por representantes dos ministérios da Saúde e da Educação.

CRIS, CLIS e CIMS - instâncias decisórias em nível das regionais de saúde e a nível dos municípios, sendo integradas pelos participantes das instituições convenentes, as secretarias municipais de saúde, de sindicatos, de entidades comunitárias, que representavam a população em geral."

Porém, se teoricamente as AIS tinham por objetivo aperfeiçoar a assistência médica à população, na prática podemos afirmar que elas começaram capengas desde a sua implantação, não tiveram força para romper com os vícios dos governos anteriores e acabaram por trazer à tona a "esquizofrenia" do novo sistema de saúde, que possuía um organismo a nível nacional (o INAMPS), responsável pela assistência médica que era vinculado a um outro ministério, o da Previdência Social.

Num documento interno elaborado pela secretaria de Planejamento da Secretaria Geral do Ministério da Saúde⁸⁶, esta questão é analisada da seguinte forma:

"A concepção de Ações Integradas de Saúde como um programa de atenção médica, formulado e financiado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social/INAMPS, fez com que, apesar das tônicas discursivas e dos atos formais, o ministério da saúde se colocasse, marginalmente, a esse processo. Nesse sentido, apesar da retórica da coordenação interinstitucional, as Ações Integradas de Saúde foram um programa do MPAS/INAMPS que, para sua execução, estabeleceu mecanismos de articulação bilateral com estados e municípios, com a chancela formal dos Ministérios da Saúde e da Educação. (...) O Ministério da Saúde limitou-se ao exercício de suas funções tradicionais de coordenar, avaliar e, até mesmo, em alguns casos, executar os programas (...) no âmbito da saúde pública."

Ou seja, as AIS foram importantes enquanto precursoras de medidas necessárias para a efetivação de uma reforma sanitária, porém insuficientes no tocante à ações concretas e definitivas, além de terem em seu bojo o ranço de um discurso carregado de euforia ao se referir às políticas de saúde propostas pelo governo da Nova República. Isto se nota nos documentos oficiais e em artigos de representantes do governo, como CORDEIRO⁸⁷, PAIM⁸⁸ e SANTOS⁸⁹, por exemplo. O INAMPS continuou vinculado ao Ministério da Previdência e o sistema nacional de saúde continuou

(86) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Planejamento da Secretaria Geral do Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde e as Ações Integradas de Saúde. Brasília, agosto de 1985, p. 15. (mimeografado).

(87) CORDEIRO, H. de A. "A Política de Saúde na Nova República: Das Ações Integradas de Saúde ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde". in Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador: Secretária da Saúde do Estado da Bahia, v. 15, n. 1/4, 1988, pp. 56-60.

(88) PAIM, J. S. "Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS/BA. A Reforma Sanitária". in Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador: Secretária da Saúde do Estado da Bahia, v. 14, n. 2/4, 1987, pp. 232-234.

(89) SANTOS, R. F. "Discurso de Abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde". in Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987, pp. 15-18.

dicotomizado: saúde pública com o Ministério da Saúde e assistência médica e hospitalar com o Ministério da Previdência e Assistência Social.

As AIS tiveram o seu mérito também no tocante a ampliação da assistência médica em municípios que antes não eram cobertos pelo INAMPS. Como analisa CORDEIRO⁹⁰, "as AIS foram expandidas até dezembro de 1986 para cerca de 2.500 municípios, correspondendo a uma área geográfica onde vivem 90% da população do país. Porém os limites das AIS estavam plenamente definidos. Embora se tivesse logrado aprimorar a programação das ações de saúde, integrando todos os prestadores de serviços, públicos e privados, a transferência de recursos ainda se fazia pela relação de compra e venda de serviços. Não se contemplavam projetos específicos para investimentos, dificultando a reativação de hospitais e unidades ambulatoriais. Não se superavam as formas concentradas de poder de decisão, maior nos organismos federais do que nos estados e municípios".

As limitações das AIS pediam uma mudança qualitativa para as ações de saúde, que veio através do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), criado pelo decreto presidencial nº 94.657 de 20 de julho de 1987, que como ponto principal previa a municipalização da rede pública de saúde.

CORDEIRO⁹¹ resume a implantação do SUDS num parágrafo esclarecedor:

"A partir de 1988, o INAMPS deixa de atuar como órgão responsável pela execução direta (através de serviços próprios) ou indireta (através de contratos e convênios) de ações de saúde, repassando essas atribuições para os Governos Estaduais e Municipais, ficando com a responsabilidade fundamental de participar na definição de políticas e pelo acompanhamento e controle dos recursos financeiros da Previdência Social repassados aos demais níveis de governo".

(90) CORDEIRO, H. de A., Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991, p. 93.
(91) CORDEIRO, H. de A., op. cit., p. 56.

Com o SUDS, a união, os estados e os municípios tiveram suas funções no âmbito da saúde redefinidas, cabendo a cada uma dessas instâncias de poder um papel específico.

O governo federal passou a atuar mais a nível de coordenação e controle do sistema nacional de saúde, voltando-se para a execução dos serviços de abrangência nacional e para a condução da política nacional de saúde, funções estas de nível técnico-normativo. Aos estados coube a adaptação das diretrizes e normas federais, ficando a Secretaria de Saúde responsável pela execução de serviços de saúde de abrangência estadual ou regional. E aos municípios coube a gestão dos serviços básicos de saúde.

TANAKA et alii⁹² explicam que "o SUDS, ao estabelecer a estadualização e a municipalização e ao definir a passagem das responsabilidades da prestação de serviços de saúde, dos serviços próprios e do setor privado para o Estado, definia claramente novos papéis. O SUDS, conferindo ao município a responsabilidade de operar na rede básica, veio transformar substancialmente, a forma e o aspecto político das comissões (aquelas oriundas das AIS e responsáveis pelo planejamento e gestão dos serviços)... O município passou a ter outro tipo de relação com o Estado que passou de intermediário à financiador do setor público municipal. (...) O INAMPS, ao delegar, praticamente, todo o gerenciamento do setor, ficou com a função de fonte financiadora de maneira semelhante a um banco que arrecada e distribui recursos mediante suas políticas maiores, delegando o controle e a operacionalização da rede privada ao nível estadual e municipal".

Com a passagem das unidades de atendimento do INAMPS para os estados e municípios, toda a população passa a receber assistência, não apenas aquelas pessoas que eram seguradas do INAMPS. Vai haver a universalização da prestação de serviços médicos à população.

(92) TANAKA, O. Y. et alii, op. cit., p. 193

Os prós e os contras sobre estas duas etapas da reforma sanitária fazem parte de estudos profundos realizados por diversos autores, que poderão ser consultados no caso de se desejar detalhes mais específicos que não são aqui relatados devido à limitação temática que é estabelecida neste trabalho.

Cito CORDEIRO⁹³, CAMPOS⁹⁴ e TEIXEIRA⁹⁵ como leituras importantes para um estudo mais abrangente. Igualmente importante é a leitura do documento *Uma Revolução na Área da Saúde: A experiência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo*⁹⁶.

O SUDS, pela própria natureza, vinculava-se à estrutura, organização e instituições públicas dos governos federal, estadual e municipal. O mal-funcionamento destas entidades repercutia no êxito ou no fracasso das ações e programas por ele desenvolvidos. A mercantilização da assistência médica, já mencionada, continuou sendo favorecida nos convênios do SUDS, que, como analisa CAMPOS⁹⁷, seguia de forma hegemônica o "padrão medicalizante de serviços, centrado na assistência médica individual, na valorização excessiva da 'produtividade' e no atendimento curativo da demanda", modelo este que "nem de longe se aproxima do conceito de integralidade das ações de saúde, tão presente no discurso oficial. Pelo contrário, mantinha as ações de promoção e de prevenção restritas às campanhas e à vigilância epidemiológica...".

Outra crítica que se pode fazer ao SUDS refere-se ao desentendimento entre os grupos das secretarias de Saúde e dos escritórios regionais do INAMPS, em clima de competição um com o outro por causa da diferença salarial entre os profissionais

(93) CORDEIRO, H., op. cit.

(94) CAMPOS, G. W. de S. "A Reforma Sanitária Necessária", in BERLINGUER, G. TEIXEIRA, S. F. e CAMPOS, G. W. de S. Reforma Sanitária: Itália-Brasil. São Paulo: Hucitec, 1988, pp. 179-194.

(95) TEIXEIRA, S. F. "O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira", *ibid.*, pp. 195-207.

(96) SÃO PAULO. Uma Revolução na Área da Saúde: A Experiência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, 1988.

(97) CAMPOS, G. W. de S., op. cit., p. 194.

federais e estaduais e por causa do clientelismo político, que levava o SUDS a preencher os cargos de confiança segundo critérios de indicação política.

Em defesa do SUDS, não podemos esquecer da complexidade que envolveu a criação de uma nova estrutura para ações de saúde a partir da união de várias estruturas gerenciais de nível regional vinculadas hierarquicamente a poderes distintos, com um expressivo patrimônio físico, um grande número de profissionais e muitos problemas e defeitos herdados do passado.

Na prática, mesmo com as críticas e as mazelas, o SUDS teve papel relevante como protagonista de mais um passo dado no caminho da reforma sanitária. A descentralização e municipalização da assistência médica chegaram para ficar.

Com a constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, de 1990, o discurso oficial preconizava a adoção de medidas que sanariam os problemas detectados, ao mesmo tempo que considerava ter chegado o país à última etapa do processo histórico da reforma da Saúde.

Concretamente, o país está longe de ter atingido um nível ao menos satisfatório na área de assistência médica. As propostas, os projetos, as medidas que têm sido sugeridas sucessiva e paulatinamente desde as AIS provocaram reflexões, questionamentos e debates; levantaram polêmicas entre grupos antagônicos; no papel podem ser consideradas avançadas e transformadoras; porém na prática, um conjunto de fatores impediram que a reforma sanitária realmente se efetivasse.

Quando analisamos as dificuldades de implantação das AIS e do SUDS, deparando com os meandros de uma administração clientelista e de raízes centralizadoras, com os focos de corrupção envolvendo o INAMPS, com a escassez das verbas destinadas a esses programas, percebemos que não basta a existência da lei e da boa intenção de alguns idealistas.

O aperfeiçoamento do SUDS vem com a promulgação da nova constituição, em 1988, que traz em seu texto a proposta do Sistema Único de Saúde (Título VIII, Cap. II, Seção II, Artigos 196 a 200 da Constituição Federal). O SUDS virou SUS e sua regulamentação se deu com a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde.

No papel, a Lei Orgânica da Saúde⁹⁸ apresenta como objetivo "o endereçamento de medidas indispensáveis à reformulação do sistema de saúde no país, além de ir ao encontro dos reclamos da população brasileira quanto à melhoria de suas condições de saúde. (...) Foi elaborada... para indicar os caminhos e viabilizar os mecanismos para a consecução do grande objetivo, historicamente perseguido, de uma transformação profunda no perfil de saúde exibido pela União".

Efetivamente, buscava regulamentar os princípios constitucionais relativos à saúde, ao mesmo tempo em que se apresentava como um aperfeiçoamento do SUDS.

Em seu artigo 4º, a lei 8080/90⁹⁹ assim define o SUS:

"Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados e de equipamentos de saúde.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde, em caráter complementar".

(98) BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1991, p. 5.

(99) op. cit., p. 8.

Sobre esta participação de instituições privadas no SUS, a lei¹⁰⁰ determina o seguinte:

"Art. 24 - Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

§ único - a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 26 - Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º - Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade dos serviços contratados".

Outros pontos tratados pela lei 8080/90 são a política de recursos humanos na área de saúde, as atribuições dos governos federal, estadual e municipal no SUS e o orçamento. A participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências de recursos financeiros entre os governos foram determinadas pela lei 8142 de 28 de dezembro de 1990.

O Brasil tinha, então, no início dos anos 90, um conjunto de leis, propostas e medidas que visavam o aperfeiçoamento do sistema de saúde, mas na prática, as ações do governo não foram efetivas, não se fez cumprir a lei e os recursos financeiros escassos impossibilitaram qualquer avanço. Quando analisamos o SUS e o situação da saúde hoje,

(100) op. cit., p. 17.

deparamos com um quadro muito semelhante ao existente na época dos programas anteriores, no tocante à administração, e um quadro muito mais grave na questão da prestação de serviços à população.

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, de 9 a 14 de agosto de 1992, já apontava em seu relatório final¹⁰¹, além do quadro caótico da saúde da população (alta mortalidade infantil, alto grau de desnutrição, incidência de doenças que já deviam ter sido erradicadas, como dengue e o cólera, precariedade do saneamento básico, dentre outros males), também a doença do Sistema de Saúde, que apresentava os seguintes sintomas:

- insuficiente cobertura assistencial, que se agrava dramaticamente nas regiões e áreas mais carentes;

- ênfase nas atividades curativas e hospitalares, em detrimento das preventivas, ambulatoriais e de reabilitação, constituindo um modelo assistencial inadequado às necessidades da população;

- sucateamento e desqualificação tecnológica e profissional da grande maioria dos serviços públicos e privados contratados pelo poder público;

- absoluta falta de apoio político-financeiro à Universidade brasileira, que se encontra sucateada e deficiente em seus quadros docentes, acarretando a formação inadequada e insuficiente de recursos humanos para o setor de saúde;

- ausência de uma política de recursos humanos que garanta salários dignos, condições adequadas de trabalho e a qualificação necessária, bem como a ausência de uma política que propicie a integração do aparelho formador com o sistema de prestação de serviços;

- má qualidade do atendimento, do ponto de vista técnico e de relações humanas;

(101) BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília 1993, p. 17.

- extrema dependência em relação ao setor hospitalar privado contratado, acostumado a práticas predatórias e fraudulentas e descomprometido com as necessidades e interesses públicos..."

O Sistema de Saúde não prioriza assistência em saúde mental, saneamento, controle de endemias, vigilância epidemiológica, o que restringe a capacidade de ação do SUS e impede a população em geral de ter acesso a serviços outros que não o atendimento individual e curativo.

Os programas que buscavam reorientar a assistência em saúde mental, embora tenha conseguido avanços principalmente na questão dos direitos humanos, não lograram êxito no sentido de promover transformações na filosofia de atendimento, que continuou individual e curativo.

Na esfera do governo, tivemos iniciativas que pareciam ser um recuo na assistência em saúde mental, como a que ocorreu em 1985, no INAMPS, na gestão de Hésio Cordeiro, que extinguiu a Equipe de Saúde Mental. Por outro lado, em vários estados expandiu-se uma política de saúde mental voltada para o atendimento extra-hospitalar. As associações de classe, representando os diversos profissionais de saúde mental, realizavam reuniões e encontros, onde questionavam o sistema vigente e propunham o trabalho interdisciplinar, a desospitalização e a expansão de ambulatórios.

O plano Quinquenal de Saúde (1990-95), embora tenha em suas diretrizes um tópico específico com metas e propósitos em saúde mental, não apresenta nenhuma transformação significativa e tampouco propostas de ação que tornem efetiva a implementação de uma assistência em saúde mental de nível satisfatório em qualidade e quantidade.

SILVA FILHO¹⁰², analisando como vem ocorrendo o processo de reforma sanitária no país, nos remete a uma realidade que exige reflexão e questionamento por parte daqueles que aspiram por mudanças na área de saúde e que buscam ações mais efetivas do que propostas superficiais como as do atual plano quinquenal:

"No Brasil, a modernização e racionalização dos serviços de saúde encontram obstáculos na demanda por mais serviços e nas disputas pelo poder e hegemonia no setor, ligados à história das instituições de saúde em nossa formação social. Isto se expressa na tentativa de implantação de um Sistema Nacional de Saúde, que até o momento não conseguiu concretizar a nova racionalização, não se efetivando na prática as mudanças preconizadas no discurso institucional permanecendo latentes os conflitos na sociedade e entre os grupos e agências no campo de saúde".

As ações em saúde mental se inserem na política de saúde, que por seu turno é consequência das medidas sócio-econômicas adotadas pelo governo. Não se pode desvincular o processo de transformações na saúde do processo de evolução e aperfeiçoamento que ocorre na sociedade, envolvendo relações de ordem política, cultural, social, de trabalho, de educação, de qualidade de vida.

Chegando até nossos dias, o estudo deste capítulo mostrou uma situação complexa e deficitária que parece estar distante do sonho idealista almejado por muitos que militam nos ambulatórios, hospitais e postos de saúde, atendendo uma população carente de assistência médica digna e de qualidade. O resgate da história passada e presente é importante para compreendermos melhor porque o Sistema de Saúde Brasileiro vai mal e para suscitar reflexões que possam servir de subsídios para possíveis propostas de ação.

(102) SILVA FILHO, J. F. da. "O Sistema de Saúde e a Assistência Psiquiátrica no Brasil". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 39, n. 3, 1990, pp. 145-146.

O que fica claro numa análise crítica da proposta de reforma sanitária a partir dos anos 80 é que duas posturas político-ideológicas influenciaram todas as ações em saúde das AIS, do SUDS, do SUS e dos projetos mais antigos, como o PREV-Saúde e o CONASP. De um lado tínhamos os conservadores, atrelados a um modelo privatista em que a saúde ficaria nas mãos de grupos empresariais, e o Estado só poderia intervir para cuidar dos cidadãos "carentes", impossibilitados de se utilizarem de um sistema de saúde privatizado. De outro lado, os reformistas lutavam por uma rede básica de serviços públicos, descentralizados e voltado para atender toda a população indiscriminadamente.

Estas duas políticas antagônicas sempre foram muito fortes, ambas conseguiram que seus objetivos fossem atingidos. Hoje temos a reforma sanitária sendo realizada através do SUS, que universalizou e municipalizou os serviços de saúde. Mas esse mesmo SUS depende das ações dos hospitais privados e predomina o enfoque curativo e farmacológico.

A saúde foi reduzida a uma questão político-financeira de custo/eficácia, de repasse de verbas para hospitais privados, onde a rede básica de serviços de saúde não atua a partir de uma dimensão coletiva do processo saúde-doença, reduzindo-a à medicalização.

Falta seguir um modelo que incorpore no sistema de saúde a integração da assistência médica com a saúde preventiva, com questões ligadas ao meio ambiente, à epidemiologia, à questões sociais, à uma visão holística do paciente, ao trabalho interdisciplinar envolvendo vários profissionais, enfim, que os aspectos preventivos, coletivos e sociais sejam predominantes em relação à clínica individual curativa e centrada no atendimento hospitalar.

1.7. A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE SÃO PAULO E A ESCOLHA DOS SUJEITOS

No Estado de São Paulo, a rede de atendimento à população na área de saúde mental é feita em três situações: Unidade Básica de Saúde (UBS) – atenção primária; ambulatório – atenção secundária; e o hospital psiquiátrico – atenção terciária. As UBSs não são unidades de saúde mental, mas sim unidades de saúde onde, além dos médicos e enfermeiros, existe a figura do profissional de saúde mental, geralmente o psicólogo e/ou o psiquiatra. Outros especialistas, como o nutricionista, o pedagogo e o assistente social também podem ser encontrados nas UBSs, porém, sua presença é recente e não foi universalizada.

As UBSs são o portão de entrada no sistema de saúde, e é a partir de um primeiro atendimento ali realizado que o cidadão receberá assistência, ou só na UBS ou nos ambulatórios ou nos hospitais psiquiátricos, dependendo de sua necessidade. Os antigos Centros de Saúde Estaduais e os Postos de Saúde, municipais e estaduais, é que integram a rede de UBSs. A finalidade maior das UBSs não é o tratamento, mas a identificação dos distúrbios, a intervenção a nível familiar e comunitário, visando evitar a proliferação desses distúrbios, e o encaminhamento nos casos em que o tratamento sistemático se faz necessário. Pode ocorrer que a ausência de uma estrutura organizacional eficaz que possua um ambulatório para o atendimento especializado, acabe transformando a UBS num serviço secundário, contrariando as normas e diretrizes de atenção primária a elas estabelecidas. Mas a capacidade de ação das UBSs restringe-se aos casos de menor dificuldade a nível de terapia, de equipamentos e de diagnóstico.

Os ambulatórios já possuem maior capacidade de ação, tendo condições de oferecer um tratamento especializado, além de ter uma equipe de saúde mental completa e com vários profissionais de cada especialidade.

A secretaria de Estado da Saúde¹⁰³ assim caracteriza as ações de saúde mental:

"As ações de saúde mental desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde caracterizam-se como de atenção primária, integrando profilaxia e tratamento dentro do limite pertinente de atuação e complexidade. Aos ambulatórios responsáveis pela assistência secundária, com um número maior de profissionais de áreas diversificadas, competem as ações mais complexas e individualizadas, em termos de frequência, duração e especificidade do atendimento e funcionam como retaguarda para o nível primário de assistência".

Não obstante este documento seja de 1983, ainda é fonte de referência para a atuação dos profissionais de saúde mental da rede pública, além de ser mais completo e de conteúdo mais específico no tocante ao "como fazer" nas UBSs e ambulatórios.

Para a Secretária de Saúde¹⁰⁴, "compete a cada Unidade Básica o desenvolvimento de ações que levem à melhoria do nível de saúde da população, visando o máximo de cobertura possível. Para se aproximar desse objetivo programam-se ações de assistência a doentes propriamente ditos ao lado de ações preventivas ou promocionais de saúde. Neste segundo grupo incluem-se desde as ações extra-muros, dirigidas à comunidade como um todo (controle sanitário, vigilância epidemiológica, participação em discussões sobre questões de saúde com grupos da comunidade, etc.), até as ações

(103) SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. "Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde e em Ambulatórios de Saúde Mental"; in: Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, 1983, v. 43, n. especial, p. 1.

(104) op. cit., p. 7.

internas de promoção específica (vacinações) ou promoção de saúde (puericultura, atenção à gestação, incentivo ao aleitamento materno, prevenção de câncer ginecológico, etc.). Neste contexto a Equipe de Saúde Mental busca o mesmo objetivo: elevar o nível de saúde mental da população assistida, desenvolvendo ações de recuperação específica de saúde mental (tratamento de doentes) ao lado de ações que visam a elevação do nível de saúde mental (tanto ações extra-muros, dirigidas a grupos comunitários ou à comunidade com um todo, quanto ações dirigidas à demanda interna da própria unidade)."

Em outras palavras, nas UBSs as ações de saúde mental se inserem num contexto mais amplo e é apenas parte de um programa assistencial de saúde da comunidade que pretende dar uma atenção integral à saúde, daí a presença de uma equipe de saúde mental para cuidar do psíquico, já que o físico tem sido objeto de estudo e cuidado na rede pública de saúde desde quando os governos começaram a oferecer assistência médica à população.

Diferentemente, os Ambulatórios de Saúde Mental, como o próprio nome sugere, são unidades voltadas especificamente para cuidados com saúde mental. Enquanto para as UBSs dirigem-se aqueles com qualquer tipo de enfermidade, a Secretaria de Saúde¹⁰⁵ entende o ambulatório como "responsável pela assistência secundária prestada a uma clientela constituída por pessoas manifestadamente comprometidas psiquicamente – 'doentes mentais' – e por outras a elas vinculadas".

A Equipe de Saúde Mental nos ambulatórios, segundo diretriz da Secretaria da Saúde¹⁰⁶, é composta por cinco psiquiatras, cinco psicólogos, três assistentes sociais, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo, um farmacêutico, quatro visitantes domiciliares, e seis atendentes de enfermagem, sendo os sete primeiros

(105) *op. cit.*, p. 21.

(106) SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde, *op. cit.*, pp. 21-22.

profissionais de formação universitária. Há ambulatórios que não tem a equipe completa ou que possui mais profissionais do que esta relação sugerida pela Secretaria.

No ambulatório, a seqüência de atendimentos inicia-se com a recepção e a triagem, esta última, o primeiro atendimento propriamente dito, pois é nela que o profissional responsável em fazer a triagem irá detectar as necessidades do paciente, a capacidade do ambulatório para atendê-lo, como será sua inserção nos diferentes tipos de atendimento ou terapia que o ambulatório oferece, e fazer o diagnóstico. Os procedimentos terapêuticos adotados podem ser a farmacoterapia (prescrição de medicamentos pelo médico), a psicoterapia individual ou os programas terapêuticos, que consistem na organização e funcionamento de grupos com os pacientes, voltados para os estados ou situações específicas passíveis de resolução ou tratamento a partir de técnicas grupais. Assim, são formados grupos de epiléticos, de psicóticos, de idosos, de adolescentes, de alcoólatras, de drogaditos.

Hierarquicamente, cada ambulatório é subordinado a um Escritório Regional de Saúde (ERSA), que por sua vez é vinculado a uma Coordenação de Regiões de Saúde (CRS). Estas duas instâncias não são de saúde mental, mas de saúde geral, embora tenham em seus quadros organizacionais a presença de profissionais de saúde mental responsáveis pelos programas e pela atuação do pessoal de sua área. Ligado à Secretaria da Saúde existe um Grupo de Atenção à Saúde Mental, de extensão estadual, que é auxiliado pelos Coordenadores Técnicos de Programas de Saúde Mental, de abrangência regional. O secretário de Saúde tem um Assessor para Assuntos de Saúde Mental, que além de orientar o secretário nos assuntos referentes à saúde mental, segundo o art. 73 do Decreto nº 26.774, de 18 de fevereiro de 1987, deve "subsidiar e participar da articulação política de supervisão em saúde mental, em consonância com as diretrizes estabelecidas a nível central e as demandas advindas dos Escritórios Regionais de Saúde; avaliar, a partir da demanda, o processo de integração dos Escritórios ao setor público e privado no que

diz respeito a convênios ou contratos específicos da área de saúde mental; colaborar na supervisão de convênios e contratos com o setor público e privado, definindo critérios para as decisões e alterações dos mesmos; participar de comissões técnicas intra e interinstitucionais para o equacionamento de problemas referentes à saúde mental". É uma função administrativo-burocrática, sem grandes repercussões no planejamento das ações de saúde mental, que fica a cargo das CRSs, ouvidos os coordenadores técnicos de saúde mental.

A rede de ambulatórios é organizada e segue uma programação orientada pela Secretária de Saúde desde o começo da década de 80. Anteriormente a este período, os ambulatórios eram isolados, seguiam a determinação de seu diretor e a terapêutica era centrada no médico e na utilização da farmacoterapia, pois não havia a equipe multidisciplinar.

Ainda que a proposta de atendimento ambulatorial vise uma integração entre UBS-ambulatório e ambulatório-hospital psiquiátrico, no sentido de receber os encaminhamentos feitos pela UBS em função da necessidade do paciente receber atendimento especializado e assistir ao paciente oriundo de uma internação e que necessita de acompanhamento ambulatorial para evitar a re-internação, até que ponto, na prática, isto tem efetivamente ocorrido? Como é o cotidiano de um ambulatório? Quais as dificuldades existentes? Como é o trabalho da equipe de saúde mental? Que contribuições a experiência dos profissionais de um ambulatório pode trazer para uma melhor compreensão das ações estaduais de saúde mental e para levar à população um nível satisfatório na qualidade dos serviços oferecidos?

Como discutirei adiante, resolvi pesquisar quais seriam os problemas, as dificuldades, as relações de trabalho em um ambulatório de saúde mental da rede pública de saúde. Optei por entrevistar um grupo de profissionais que me relatassem suas experiências e vicissitudes, críticas e sugestões, cuja descrição e análise viessem a

constituir dados importantes para estudos, reflexões e propostas no campo da saúde mental. O cotidiano de cada um, as frustrações e alegrias, as reclamações e as críticas, a relação com as instâncias superiores e entre os colegas, isto tudo não é conteúdo de livros, manuais ou instruções normativas, não obstante seja este cotidiano oficioso sem ser oficial que penso representar a realidade do trabalho nos ambulatórios da rede pública de saúde no Estado de São Paulo, afirmação esta, que faço com os devidos cuidados, pensando na minha experiência, na de colegas, pensando que talvez haja um núcleo comum que valha a pena ser estudado a partir do conteúdo dos depoimentos e possa ser entendido como abrangente o suficiente para atingir um universo maior que o pertinente ao ambulatório.

A opção por trabalhar com os profissionais dos ambulatórios ao invés dos das UBSs e dos hospitais psiquiátricos se devem a especificidade tanto dos ambulatórios enquanto instituições de saúde mental quanto dos seus profissionais.

A análise feita por CARVALHO DA SILVA¹⁰⁷ contribuiu para essa escolha:

"As funções das equipes de saúde mental nos níveis secundário e terciários de atenção à saúde, por se apresentarem mais definidas, permitem aos profissionais da área, o empenho na busca de condições concretas para a melhoria do trabalho.

As funções das equipes de saúde mental nas instituições para a Assistência Primária à Saúde, por estarem pouco definidas, têm permitido a ocorrência de uma diversidade de formas de atuação nos Centros de Saúde. Essas atuações quase sempre acabam fugindo aos objetivos desse nível de atendimento. Além disso, por não cumprirem os objetivos de atenção primária, não respondem à necessidade de organização e integração dos diferentes níveis de atenção à saúde".

(107) CARVALHO DA SILVA, R. O Trabalho do Psicólogo em Centros de Saúde: Algumas Reflexões sobre as Funções da Psicologia na Atenção Primária à Saúde. Tese de Doutorado em Psicologia. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 1988, p. 236.

Uma pequena observação na questão da denominação das instituições também teve parcela de influência na escolha para a pesquisa. As UBSs, como já foi dito, são unidades de saúde (geral). Os Hospitais Psiquiátricos são psiquiátricos, não hospitais de saúde mental. Apenas os Ambulatórios têm em seu nome a denominação saúde mental.

2. O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

2.1. OBJETIVOS

O objetivo da pesquisa é descrever o cotidiano de um ambulatório de saúde mental da rede pública de saúde e analisar as relações de trabalho, as relações interpessoais e as relações do ambulatório com as esferas governamentais às quais está subordinado. Parto da hipótese que há uma série de problemas na rede pública de saúde, hipótese esta que surgiu na medida em que estudava os textos que posteriormente nortearam a confecção do Capítulo 1, assim com a leitura de jornais¹⁰⁸ que relatavam sérios problemas existentes no atendimento à população por parte dos serviços públicos de saúde. Quero saber sobre os problemas da Saúde Mental ouvindo quem os enfrenta, quem lida com eles no cotidiano de seu trabalho.

2.2. METODOLOGIA

2.2.1. SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram dez profissionais de nível superior pertencentes à equipe técnica do ambulatório, responsável pelo atendimento à comunidade. Ao todo eram quatro psicólogos, dois enfermeiros, um psiquiatra, dois assistentes sociais e um farmacêutico, não tendo participado da entrevista por estarem ausentes do ambulatório quatro psiquiatras, um assistente social e um terapeuta ocupacional. Os psiquiatras estavam ausentes em função de seu horário de trabalho, a

(108) Por exemplo, O Estado de São Paulo, de 3/10/93, Caderno Especial "A Morte da Saúde" e Folha de São Paulo, de 31/07/94, Caderno Especial "Brasil 95: Educação e Saúde".

terapeuta ocupacional porque era "emprestada" ao ambulatório e só ia uma vez por semana, e a assistente social que faltava estava de licença. A equipe era formada por dezesseis profissionais. Dos que participaram da entrevista, do sexo masculino eram o farmacêutico, o psiquiatra e um psicólogo. Os demais eram mulheres. As idades eram as seguintes:

- 1) Dra. A., psicóloga, 39 anos, 15 anos de serviço público, há 8 anos no ambulatório;
- 2) Dr. C., psiquiatra, 35 anos, 10 anos de serviço público, há 5 anos no ambulatório;
- 3) Dra. J., psicóloga, 58 anos, 28 anos de serviço público, há 15 anos no ambulatório;
- 4) Dra. K., assistente social, 37 anos, 14 anos de serviço público, há 7 anos no ambulatório;
- 5) Dr. B., farmacêutico, 42 anos, 15 anos de serviço público, há 10 anos no ambulatório;
- 6) Dra. N., psicóloga, 36 anos, 11 anos de serviço público, há 4 anos no ambulatório;
- 7) Dra. P., assistente social, 34 anos, 9 anos de serviço público, há 4 anos no ambulatório;
- 8) Dr. R., psicólogo, 38 anos, 6 anos de serviço público, há 6 anos no ambulatório;
- 9) Dra. S., enfermeira, 27 anos, 4 anos de serviço público, há 4 anos no ambulatório;
- 10) Dra. V., enfermeira, 23 anos, 2 anos de serviço público, há 2 anos no ambulatório;

O primeiro contato foi feito com o diretor do ambulatório, a quem expus meu trabalho, meus objetivos e solicitei ajuda no sentido de poder entrevistar os membros da equipe técnica. Ele me apresentou a cada um dos profissionais em duas visitas que fiz ao ambulatório, uma no período da manhã e outra à tarde, ocasião em que expliquei a cada um minhas intenções, explicando como pretendia fazer a entrevista. O diretor combinou com a equipe um dia e o horário para eu voltar e realizar a entrevista com toda a equipe técnica reunida. Porém, como relatei anteriormente, faltaram seis profissionais.

2.2.2. MÉTODO

Para alcançar os objetivos propostos optei por investigar o conteúdo do discurso dos sujeitos, através do qual colherei os elementos que constituirão os dados da pesquisa. O discurso aqui entendido como fala, como manifestação de opinião, vai expressar a experiência profissional dos entrevistados, o que eles sentem, o que eles pensam a respeito do seu trabalho, de sua área de atuação.

FRANÇA¹⁰⁹ diz que "o discurso, como organização do pensamento expressado através da linguagem, constitui um modo de ser do homem, é parte integrante do homem como ser-no-mundo. Através do discurso o ser humano se manifesta, exprime a própria existência. O discurso se expressa por intermédio da linguagem e, como meio de expressão do discurso, a linguagem é uma totalidade de palavras que possibilita o fenômeno da comunicação interpessoal."

STELA¹¹⁰, complementando esta idéia, diz que "é na formulação do discurso que o sujeito se redescobre e se reconhece — através das relações consigo mesmo e com outros sujeitos".

Partindo dessas idéias, considereirei que o método adequado seria o qualitativo, porque no discurso, como diz FRANÇA¹¹¹, "existe uma dimensão simbólica que faz com que este solicite, necessariamente, a interpretação...". O conteúdo é todo subjetivo, se busca o sim e o não, mas também o talvez.

(109) FRANÇA, C. A. V. Psicologia Fenomenológica: Uma das Maneiras de se Fazer. Campinas: Editora da UNICAMP, 1989, p. 18.

(110) STELA, F. Distúrbios Depressivos em um Centro de Atenção Primária: Prevalência Momentânea e Análise do Discurso dos Pacientes. Tese de Doutorado em Saúde mental. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1991, p. 42.

(111) FRANÇA, C.A.V., *op.cit.* p. 18

Como explica TRIVIÑOS¹¹², "a pesquisa qualitativa, ... pelo tipo de técnicas que emprega, de preferência, a entrevista semi-estruturada, o questionamento aberto, o método clínico, a análise de conteúdo, etc., não estabelece separações marcadas entre a coleta de informações e a interpretação das mesmas. (...) A dimensão subjetiva deste enfoque, cujas verdades se baseiam em critérios internos e externos, favorece a flexibilidade da análise dos dados. Isto permite a passagem constante entre informações que são reunidas e que, em seguida, são interpretadas, para o levantamento de novas hipóteses e nova busca de dados".

Trata-se, portanto, de uma pesquisa orientada para um caminho subjetivo oposto a objetividade e quantificação do método experimental, mas que nem por isso deixa de ser científico.

MINAYO¹¹³, comentando sobre ser científico ou não uma modalidade de investigação como a que norteia este trabalho, nos remete à seguinte justificativa:

"A introdução dessa definição (o que é pesquisa qualitativa) insere conseqüências teóricas e práticas na abordagem do social. A primeira delas é uma interrogação sobre a possibilidade de se considerar científico ou não um trabalho de investigação, que ao levar em conta os níveis mais profundos das relações sociais, não pode operacionalizá-los em números e variáveis, critérios usualmente aceitos para emitir juízo de verdade no campo intelectual. Ora, essa questão remete às próprias entranhas do positivismo... que, apenas reconhece como ciência a atividade 'objetiva', capaz de traçar as leis que regem os fenômenos, menosprezando os aspectos chamados 'subjetivos', impossíveis de serem sintetizados em dados estatísticos".

(112) TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Editora Atlas, 1987, p. 170.

(113) MINAYO, M.C. de S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora HUCITEC/ABRASCO, 1993, pp. 10-11.

Ou seja, a dificuldade do reconhecimento das abordagens qualitativas como produtoras de ciência existe, mas não as coloca no "limbo" da produção científica, pois cada vez mais se tem trabalhos de investigação sérios e conclusivos que são aceitos pela comunidade científica, não obstante adotem um outro paradigma. O positivismo é a corrente filosófica dominante nas ciências, embasando sua metodologia, segundo MINAYO¹¹⁴, em três pontos principais:

- (1) A realidade se constitui essencialmente naquilo que nossos sentidos podem perceber;
- (2) As Ciências Sociais e as Ciências Naturais compartilham de um mesmo fundamento lógico e metodologista, elas se distinguem apenas no objeto de estudo;
- (3) Existe uma distinção fundamental entre o fato e valor: a ciência se ocupa do *fato* e deve buscar se livrar do *valor*.

É óbvia a distinção básica no tocante às abordagens qualitativas, que estudam justamente o valor e seus decorrentes.

Por exemplo, no método clínico, que tem sua origem na área médica, no hospital, o princípio básico, descrito por TRIVIÑOS¹¹⁵ é o de "aceitar o modo de falar do doente, seguindo o curso de seu pensamento, sem interferências do clínico, procurando este apreender uma possível coerência interna do pensamento do doente". Será a fala do sujeito, carregada de valores, sentimentos, inquietudes e contradições que dará a sustentação para a investigação, análise e resultados.

Como explicam BOGDAN e BIRTEN¹¹⁶, as características da pesquisa qualitativa são as seguintes:

(114)MINAYO, M.C. de S., op. cit., p. 39.

(115) TRIVIÑOS, A.N.S., op. cit., p. 167.

(116) BOGDAN, R.C. e BIRTEN, S.K. Qualitative Research for Education: an Introduction for Theory and Methods. Boston: Allyn and Bacon, 1982, pp. 27-30.

- "(1) A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave;
- (2) A pesquisa qualitativa é descritiva;
- (3) Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados do produto;
- (4) Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente;
- (5) O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa".

Assim, na presente pesquisa, leva-se em consideração a visão que os entrevistados têm a respeito do cotidiano do ambulatório, do seu trabalho, das relações entre si e com outras instâncias, sempre partindo de sua ótica, de seu ponto de vista. Valoriza-se o conteúdo do discurso, os sentimentos, aquilo que está se expressando e tem significado para quem fala.

Ainda que não se pretenda expor profundamente os fundamentos da Pesquisa Qualitativa, pois não é o propósito deste trabalho, podemos citar os autores que têm estudos sobre esta abordagem e algumas teses que foram desenvolvidas de forma qualitativa, objetivando mostrar a sua fidedignidade.

MARTINS e BICUDO¹¹⁷ colocam que a pesquisa qualitativa "questiona e põe em dúvida o valor da *generalização*. Com isso, diferencia-se da pesquisa comum feita em ciência, ou seja, da pesquisa realizada em moldes científicos tradicionais, que é quantitativa e que tem como alvo chegar a princípios explicativos e a generalizações sobre o estudado."

(117) MARTINS, J. e BICUDO, M.A.V., Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos. São Paulo: Editora Moraes / Editora da PUC - SP, 1989, pp. 22-23

Em seguida, comparam a pesquisa quantitativa com a qualitativa, que reproduzo aqui para melhor descrever como o presente trabalho foi norteado:

"A pesquisa quantitativa se inicia com o estudo de um certo número de casos individuais, quantifica fatores segundo um estudo típico, procura por correlações estatísticas e por probabilidades que digam se tais correlações ocorrem ou não do acaso. Generaliza, então, o encontrado nos casos particulares (individuais), pautada em procedimentos estatísticos. (...). Diferentemente da pesquisa quantitativa, a qualitativa busca uma *compreensão* particular daquilo que estuda (compreensão entendida como uma capacidade própria de o homem compreender). Uma idéia mais geral sobre tal pesquisa é que ela não se preocupa com generalizações, princípios e leis. A generalização é abandonada e o foco da sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados."

STAKE ¹¹⁸ resume a conceituação da pesquisa qualitativa nesta frase:

"... nossa pesquisa deve repousar mais em experiências e significados pessoais enquanto *dados* e na observação participante e introspecção enquanto *procedimento metodológico*."

LÜDKE e ANDRÉ ¹¹⁹ discutem algumas características da pesquisa qualitativa que complementam o exposto até agora:

"Os dados coletados são predominantemente descritivos. O material obtido nessas pesquisas é rico em descrições de pessoas, situações, acontecimentos; inclui transcrições de entrevistas e de depoimentos, fotografias, desenhos e extratos de vários

(118) STAKE, R.E., "Uma Subjetividade Necessária em Pesquisa Educacional". in GOLDBERG, M.A. e SOUZA, C.P. de. (org.) Avaliação de Programas Educacionais. São Paulo: E.P.U., 1982, p. 46.

(119) LÜDKE, M. e ANDRÉ, M.E.D.A., Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986, pp. 12-13.

tipos de documentos. Citações são freqüentemente usadas para subsidiar uma afirmação ou esclarecer um ponto de vista. (...). A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo. Os pesquisadores não se preocupam em buscar evidências que comprovem hipóteses definidas antes do início dos estudos."

Para consultas mais específicas, sugiro a leitura de TRIVIÑOS¹²⁰, GIL¹²¹ e FRANÇA¹²².

Para ilustrar, cito algumas teses que foram frutos de uma abordagem qualitativa em pesquisa, parcial ou totalmente, ainda que algumas tenham utilizado instrumentos metodológicos diferentes da entrevista, como o estudo de caso, a análise documental, a pesquisa-ação, etc.

ARRUDA¹²³ e SILVA¹²⁴ utilizaram o método clínico. STELA¹²⁵ fez a análise do discurso de pacientes. OLIVEIRA¹²⁶, BERNARDO¹²⁷, DINIZ¹²⁸ e SOUZA¹²⁹ utilizaram entrevistas qualitativas. CHARAM¹³⁰ fez análise documental. COSTA

(120) TRIVIÑOS, A.N.S., op. cit.

(121) GIL, A.C., Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

(122) FRANÇA, C.A.V. op. cit.

(123) ARRUDA, S.L.S., Vivências Clínicas de Um Grupo de Mães, cujos Filhos Estão em Ludoterapia. Tese de Doutorado em Saúde Mental. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1991.

(124) SILVA, R.B. de P. e., Alguns Aspectos da Anemia Falciforme no Brasil: A Percepção dos Pacientes, bem como a dos Geneticistas e Hematologistas, a Respeito da Doença. Dissertação de Mestrado em Saúde Mental. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1992.

(125) STELA, F., op. cit.

(126) OLIVEIRA, M.B.L. de., Escolaridade e Processo de Trabalho: O Impacto das Inovações Tecnológicas na Qualificação do Trabalhador da Indústria Mecânica. Tese de Doutorado em Educação. São Paulo: PUC-SP, 1991.

(127) BERNARDO, M.V.C., Re-vido a Formação do Professor Secundário nas Universidades Públicas do Estado de São Paulo. Tese de Doutorado em Psicologia Educacional. São Paulo: PUC-SP, 1986.

(128) DINIZ, S.A., Sentido da Vida: Base para Compreensão do Alcoolista. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP, 1992.

(129) SOUZA, P.L.S., Vivências Sexuais de um Grupo de Jovens da Região Metropolitana do Recife. Dissertação de Mestrado em Educação. Campinas: Faculdade de Educação da UNICAMP, 1983.

(130) CHARAM, I., A Legislação sobre Doentes Mentais no Brasil: Revisão e Estudo Crítico. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1986.

OLIVEIRA¹³¹ utilizou entrevistas qualitativas e análise documental. MONTEIRO¹³² trabalhou com pesquisa-ação.

Na área de Saúde, o trabalho mais completo sobre pesquisa qualitativa é o de MINAYO¹³³, que tece as seguintes considerações sobre os motivos que fazem da saúde um campo favorável ao desenvolvimento de abordagens qualitativas nas pesquisas:

"... a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social. (...) 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 da clientela dos sistemas de saúde. Dentro desse caráter peculiar está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Isto é, o reconhecimento de que o campo da Saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados..."

Assim, considerei que a análise qualitativa melhor se adequava ao meu propósito de atingir os objetivos a partir do discurso dos sujeitos, em se tratando de um conteúdo que previa conter elementos subjetivos, na verdade uma relação complexa envolvendo aspectos ideológicos, sociais, políticos e psicológicos.

(131) COSTA OLIVEIRA, N. da., *A Reorientação das Ações de Saúde Mental na Secretaria de Estado da Saúde: Uma Análise da Atuação do Serviço Social em uma Instituição Psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. São Paulo: PUC-SP, 1988.

(132) MONTEIRO, S.A.L., *Uma Experiência Analítico-Descritiva em Estágio Supervisionado de Orientação Educacional*. Dissertação de Mestrado em Educação. São Carlos: UFSCar, 1989.

(133) MINAYO, M.C. de S., *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993, p. 13.

2.2.3. INSTRUMENTOS

O instrumento básico utilizado para a coleta de dados foi escolhido a partir da junção da técnica da *entrevista* com a de *discussão* de grupo.

A entrevista na pesquisa qualitativa tem características específicas que a diferenciam da entrevista utilizada na pesquisa quantitativa. É considerada como um dos recursos de melhor emprego na coleta dos dados que se quer obter.

KAHN e CANNELL¹³⁴ assim definem a entrevista:

"Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e centrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo".

MARTINS e BICUDO¹³⁵ ampliam este conceito ao descreverem a conduta na entrevista qualitativa:

"Quando se conversa (dialoga) com os respondentes que tomam parte de uma pesquisa qualitativa com a finalidade de obter-se informações úteis e importantes, de relevância para ambos, pesquisador e entrevistado, é impossível seguir as regras e o rigor encontrados nos textos concernentes à metodologia da pesquisa empírica que tratam a entrevista, como 'método'. Ela não é um método. É apenas um recurso metodológico."

Já a discussão de grupo, consiste em reunir um pequeno número de pessoas escolhidas dentre um determinado grupo cujas informações que podem fornecer sejam do interesse da pesquisa. O entrevistador focaliza o tema da discussão e anima o grupo.

(134) KAHN, R.L. e CANNELL, C.F., The Dynamics of Interviewing: Theory, Technique and Cases. New York: John Wiley, 1962, p. 52.

(135) MARTINS, J. e BICUDO, M., *op. cit.*, pp. 53-54.

A importância da discussão de grupo é defendida por SCHRADER¹³⁶ que afirma que "na esfera dos grupos sociais atingidos por situações ou fatos específicos, desenvolvem-se opiniões informais abrangentes, de forma que, sempre que entre membros de tais grupos haja intercomunicação sobre tais fatos, estes se impõem, influenciando normativamente na consciência e no comportamento dos indivíduos".

O local para a reunião do grupo foi uma das salas do ambulatório, e para coletar os dados foram utilizados somente um gravador e quatro fitas cassetes. O tempo de duração foi de quatro horas.

(136) SCHRADER, A., Introdução à Pesquisa Social Empírica. Porto Alegre: Editora Globo, 1987, p. 98.

3. AS VICISSITUDES NO COTIDIANO DO AMBULATÓRIO

O prédio é velho, localizado numa rua movimentada. Na entrada, os pacientes ficam amontoados, alguns em pé, outros sentados nos bancos de madeira, todos muito simples, o olhar típico de um povo sofrido e pobre. São pacientes pacientes, aguardam a sua vez de serem atendidos sem reclamação, como que conformados com a sua situação. Alguns conversam, outros dão risadas, outros ficam calados, alheios a tudo à sua volta. De repente, da recepção, se houve: Fulano de tal! Alguém se levanta, às vezes acompanhado do pai, da mãe, do avô, outras vezes sozinho. Logo sai da vista dos que ficaram na entrada, anda por corredores curtos e tortuosos até chegar numa sala de atendimento, onde vai encontrar um médico ou um psicólogo, ou um grupo de pacientes que participa de alguma atividade grupal sob orientação de algum outro "doutor" do ambulatório.

Para os profissionais de saúde mental que fazem parte da equipe técnica, o atendimento aos pacientes é uma rotina nem sempre compensadora ou satisfatória, pois se de um lado o compromisso com a assistência à comunidade os faz atuarem ética e dedicadamente, o desestímulo decorrente da política de saúde adotada pelo executivo os leva a um desempenho muito aquém da ideal capacidade e até do próprio profissional.

Que o ambulatório vai mal e que o governo não investe em saúde, é opinião unânime para a equipe. E foi a partir de considerações sobre a política de saúde por parte do Estado que foi tecido um diálogo rico e cheio de impressões muito significativas para se entender a quantas anda a saúde mental no Estado de São Paulo.

A entrevista foi centrada num grande tema – *O trabalho no ambulatório* – pois praticamente todas as falas estavam relacionadas com as atividades profissionais que ali eram desenvolvidas. Os grandes grupos de sub-temas que compõem a temática

principal foram assim divididos, agrupando em cada um as opiniões e questionamentos semelhantes:

- a) Cotidiano do Ambulatório;
- b) Política Governamental;
- c) Política Interna;
- d) Regime de Trabalho.

No agrupamento *Cotidiano do Ambulatório* estão as opiniões referentes ao dia-a-dia do ambulatório, limitando-se ao que acontece com os profissionais ou pacientes nas atividades de atendimento, trabalho, posturas, relações interpessoais, e que envolvam questões maiores ou externas, como no agrupamento *Política Governamental*. Neste agrupamento, as opiniões e questionamentos envolvem as instâncias federal, estadual e municipal no tocante à decisões, reformas, políticas de saúde, gerenciamento, salários e verbas, questões estas que afetam o ambulatório mas têm procedência externa a ele. O agrupamento *Política Interna* relaciona-se à reflexões acerca de como o ambulatório é dirigido, conduzido, organizado, como as relações de trabalho são afetadas a partir de normas e orientações da própria direção do ambulatório ou práticas costumeiras. O agrupamento *Regime de Trabalho* refere-se especificamente à críticas ao regime de trabalho, não se enquadrando nos outros agrupamentos.

Poucas vezes foram ressaltados aspectos positivos; a maioria das falas trata de situações negativas que são consideradas importantes como causadoras dos problemas e dificuldades no cotidiano do ambulatório, e além disso, todo o discurso caracteriza-se por estar voltado para o profissional, para o seu problema enquanto especialista que depende do Estado para realizar um bom trabalho.

O primeiro assunto que aparece é o entrosamento da equipe e como ela se desenvolve, se aprimora, principais causas para um bom atendimento à comunidade. E a primeira manifestação refere-se à integração de equipe e ao trabalho que ela desenvolve:

"... A equipe, como você vê, é multiprofissional, a proposta de trabalho é de equipe, mas não é o que ocorre. Não há integração, não há interdisciplinaridade, há uma dificuldade em se comunicar". (Dr. C., psiquiatra)

Após essa afirmação, alguns membros da equipe discordaram, colocando que há uma integração relativa, em pequenos grupos ou duplas:

"Olhe, embora já tenha sido dito por um dos colegas que não há integração, eu discordo um pouco. Esse trabalho que eu e o B. fazemos, juntamente com o médico responsável pela assistência ao epilético, é um trabalho integrado. A gente discute as questões e tal, não é aquela coisa de o médico chegar e dizer 'é isto' e a gente 'sim senhor'. Ele pode até dizer 'é isto', mas a gente olha e diz 'pode até ser isto, mas é mais provável que seja aquilo por causa de...', entende? A questão de não haver integração, interdisciplinaridade, acontece, sim, mas não no que se refere a equipe como um todo. Isoladamente, grupos de dois ou três profissionais acabam fazendo um trabalho integrado". (Dra. S., enfermeira)

Completando esta idéia, mas ao mesmo tempo questionando a ocorrência de integração, temos:

"Em relação ao nosso trabalho, ainda que alguns colegas consigam atuar integrados, eu diria que há exemplos que mostram como a tendência maior é para a individualização. Às vezes temos choques devido a muito interesse pessoal em detrimento do interesse pela instituição. As pessoas buscam, algumas vezes, fazer as coisas dentro dos seus interesses pessoais, principalmente ligado à horário em detrimento de um trabalho. Isso acarreta problemas para a equipe, fica mais difícil realizar coisas, gera até problemas de relacionamento..." (Dr. R., psicólogo)

Segundo algumas falas, a equipe não trabalha integrada porque "a maioria aqui está buscando o melhor para si, voltando-se para atividades que lhe dêem

independência, pouco trabalho..." (Dra. A., psicóloga). É o que confirma a Dra. K.: "É difícil um trabalho integrado, pois cada um está buscando o melhor para si, fica difícil a integração".

Atribuí-se a fatores externos (salários, descaso do governo) a causa para as dificuldades de integração entre a equipe:

"É difícil um trabalho integrado, pois cada um está buscando o melhor para si, a situação econômica e os baixos salários desestimulam e como cada profissional está voltado para si, fica difícil a integração. Nós, funcionários da saúde, nos sentimos muito desprestigiados. Saúde e Educação nunca foram valorizados pelos governos. Eu ganho a sexta parte do que ganha a assistente social do INPS com a mesma carga horária!" (Dra. K., assistente social)

Antes de se prender a essa questão externa, há algumas colocações sobre a dificuldade de integração envolvendo especificamente os psiquiatras e o resto da equipe que podem ser agrupadas ainda neste tópico. Os fatores externos compõem outro agrupamento.

Parece não haver entrosamento da equipe com a maioria dos psiquiatras (com exceção de dois), e as opiniões são unânimes sobre porque isto ocorre:

"Tem uma outra questão, relacionada à postura dos psiquiatras mais velhos, que não vêem os outros profissionais da equipe como colegas, mas como subordinados. É como se eles tentassem impor sutilmente uma precedência. Não são todos, é claro; não pense que há antagonismo entre nós e eles, é apenas uma questão de visão que se tem da sua profissão e da dos demais". (Dra. N., psicóloga)

O que é interessante no momento em que se comentava sobre os médicos é que, logo após a fala da Dra. N. (acima), houve um silêncio de poucos minutos, interrompido por várias colocações seguidas, uma complementando a outra:

"O relacionamento com os médicos é difícil porque eles não participam, eles cumprem o papel deles de forma muito limitada. Se você os procura eles dizem 'não tenho tempo!'" (Dra. N. psicóloga)

"O médico não chega para você e diz 'sabe aquele paciente que eu te encaminhei, como é que ele está?'. O único que, quando o caso chama mais a atenção, se interessa bastante é o J.J. Os outros, quando eles fazem o encaminhamento, o paciente chega na sala trazendo um encaminhamento que você não entende a letra, o médico nem sabe como tratar o colega da outra área. Você recebe o paciente com uma venda nos olhos, pois nem dá para decifrar o diagnóstico". (Dra. V., enfermeira)

Continuando:

"E se você vai procurar o psiquiatra, ele se sente incomodado não tem disponibilidade para lhe dar atenção. Olha, eles não cumprimentam, não falam nem bom dia. É um diálogo difícil mesmo. Eu vou lhe falar uma coisa trabalhei em dois hospitais gerais, com todas as especialidades da medicina e nunca encontrei um relacionamento tão difícil como com os psiquiatras deste ambulatório". (Dra. J., psicóloga).

Eu trabalhei com oito médicos num hospital, todos clínicos, era um relacionamento excelente, nós trabalhávamos integrados". (Dra. V., enfermeira).

"Eu fico abismada. Já convivi com todas as especialidades... até a grosseria do cirurgião é fichinha perto do que eu encontro aqui..." (Dra. S., enfermeira).

Este diálogo provocou a reação do único psiquiatra presente, que tentou desviar o assunto para outro lado:

"Gente, acho que há mais coisas que serão úteis para a tese do Dr. P., não vamos ficar lavando roupa suja agora..." (Dr. C., psiquiatra)

O que provocou uma opinião contrária:

"Não é lavar roupa suja. Acho que se o ambulatório tem problemas, seja de falta de verbas, ou de relacionamento, tudo deve ser colocado. Não vamos omitir fatos só porque podem chocar as pessoas de fora." (Dr. R., psicólogo).

E uma apaziguadora:

"Vocês dois tem razão. E para o ambiente não esquentar — brincadeira tá? — vamos falar de outro aspecto??!!...". (Dra. K., assistente social).

Com isto, não se tocou mais no problema de relacionamento entre eles e sobre a inexistência de efetiva integração no trabalho da equipe.

O ponto central dos depoimentos foi a crítica à falta de integração entre os membros da equipe, à ausência de trabalho interdisciplinar e à falta de comunicação. Os diálogos registrados mostraram como pode ser difícil pôr em prática, propostas dos documentos oficiais relativas a promover a integração da equipe¹³⁷. Pelas opiniões emitidas, o que temos não qualifica a equipe deste ambulatório como uma equipe integrada. A integração pode ocorrer entre colegas que tem idéias e posturas afins, mas não atinge a equipe como um todo.

A postura do médico já foi comentada por CERQUEIRA et alii¹³⁸ num estudo voltado para a relação médico-psicólogo, mas que vai de encontro às opiniões

(137) Veja "Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental", in: Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, v. XLIII, n. especial, 1983.

(138) CERQUEIRA, A.T. de A.R. et alii. "Análise da função do psicólogo na formação do médico". in Anais do II Encontro Latino Americano de Psicologia Marxista e Psiquiatria. Havana, fevereiro de 1988, v. 3, pp. 223-226.

emitidas: "o médico encara o trabalho do psicólogo da mesma forma que o faz com a enfermagem ou com os exames subsidiários. Ou seja: é um instrumento a mais para facilitar a sua triagem orgânico x não orgânico ou para tornar mais precisa sua hipótese diagnóstica e a conduta terapêutica".

No ambulatório, pelo que exprime a opinião dos sujeitos, o psiquiatra mentem-se à distância do restante da equipe, excetuando-se dois, o que é demonstrado inclusive na entrevista, que contou com a participação apenas do Dr. C.

Penso que cada um tem um pouco de razão nas opiniões emitidas, inclusive Cerqueira e colaboradores, mas um outro ponto que ajuda esse distanciamento é o tipo de contrato de trabalho do médico (menos horas que os outros colegas de equipe) e a sua pouca permanência no ambulatório, relatada da seguinte forma por um dos entrevistados:

"A relação com os médicos com exceção do C., que está aqui, e de mais um, não é das melhores, não tanto pela pessoa do médico, mas pela atitude no ambulatório. Não sei se atitude é a palavra certa. Me refiro a presença do médico no ambulatório, ao tempo de permanência. Se você está atendendo um paciente que concomitantemente está fazendo tratamento com medicamento, e você precisa conversar com o psiquiatra, ele mal te atende, pois está sempre com pressa, está perdendo hora. Os horários dos psiquiatras são diferentes dos outros profissionais, cada um tem o seu horário de permanência no ambulatório, mas nunca ficam o período todo." (Dra. N., psicóloga)

Vejo na interdisciplinaridade o caminho necessário para um trabalho integrado e eficaz, talvez a saída para este impasse, pois o que temos na saúde mental é um leque de situações que envolve conhecimentos de diferentes campos científicos, que um só profissional não abarca em sua formação e experiência. A complexidade gerada pela evolução e aperfeiçoamento do saber, somada à amplitude de ação ao se focar o homem a partir de um referencial que contemple todas as suas necessidades, faz com que

se pense num trabalho de equipe. O que antes se restringia ao espaço do hospital psiquiátrico e do tratamento de um tipo de doença genericamente denominada "mental", hoje atinge qualquer espaço em que grupos humanos convivam ou atuam, utiliza medidas de prevenção e não só de tratamento, e envolve um número variado de profissionais num trabalho de equipe, onde antes apenas a figura preceptoral do psiquiatra e a terapêutica farmacológica constituíam a ação predominante. Escolas, fábricas, hospitais gerais, postos de saúde, ambulatórios, são alguns dos espaços que hoje recebem a equipe de Saúde Mental, composta por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, em algumas situações com a participação do farmacêutico e do fonoaudiólogo, além do psiquiatra.

Vários autores têm apresentado trabalhos onde se referem à "equipe multiprofissional" de saúde mental, como, por exemplo PEGUIN e DAVOLI¹³⁹, ZANNON¹⁴⁰, BETTARELLO e BRASILIANO¹⁴¹, BETTARELLO et alii¹⁴², MENDONÇA et alii¹⁴³ e documentos oficiais, como a Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo¹⁴⁴.

(139) PEGUIN, R. C. e DAVOLI, A. "Mudanças em ambulatório de saúde mental após criação de equipe multiprofissional, assessoramento e local de atendimento externo ao hospital coligado". in Revista ABP-APAL. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Psiquiátrica da América Latina, v. 9, n. 2, 1987, pp. 59-62.

(140) ZANNON, C. M. L. da C. "Desafios à Psicologia na Instituição de Saúde ". in Revista Psicologia: Ciência e Profissão. Brasília: CFP, ano 13, n. 1, 2, 3 e 4, 1993, pp. 16-21.

(141) BETTARELLO, S. V. e BRASILIANO, S. "A equipe Multidisciplinar em Saúde Mental". in Revista Insight: Psicoterapia. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos Ltda, ano 1, n. 5, 1991, pp. 22-23.

(142) BETTARELLO, S. V. et alii. "Considerações sobre o trabalho de equipe em saúde mental". in Revista Insight: Psicoterapia. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos Ltda, ano 2, n. 22, 1992, pp. 17-19.

(143) MENDONÇA, R. C. de et alii. "Experiências Iniciais na Implantação de um Serviço de Psiquiatria Preventiva". in Boletim de Psiquiatria. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, v. 9, n. 2, 1976, pp. 36-54.

(144) SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. "Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental." in Arquivo da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, v. 43, n. especial, 1983.

A formação de equipes de profissionais de saúde mental visando um trabalho conjunto, tem esbarrado porém, em dificuldades decorrentes dos longos anos em que esta área era exclusiva da Psiquiatria e se enfocava a "doença" como ponto principal. Além disso, até bem pouco tempo, na medida em que o conhecimento científico evoluía e seu campo de ação aumentava, também ocorria sua fragmentação. Não era mais possível que um só indivíduo abarcasse toda a amplitude de uma determinada área. A especialização nos fragmentos do saber foi a saída encontrada. Cada especialista tornava-se o dono daquele pedaço de saber. Não obstante o avanço conseguido, a fragmentação das ciências trouxe em seu bojo a ação isolada dos diversos profissionais, cada qual voltado para o campo em que se especializava.

Georges Guisdorf, prefaciando JAPIASSU¹⁴⁵, diz que "a medicina contemporânea tornou-se, por excelência, o reduto privilegiado dos especialistas, cuja competência se exerce sobre um território cada vez mais reduzido. O homem doente é um homem cortado em pedaços; um clínico se encarrega de seu coração, outro de seus pulmões, outro ainda de seus órgãos sexuais ou de seu sistema nervoso, etc. Cada um aplica sua terapêutica própria, sem pensar nas possíveis repercussões sobre os órgãos vizinhos, nem nas reações do moral sobre o físico."

A psiquiatria, enquanto especialidade da medicina, e o psiquiatra, enquanto detentor do conhecimento de uma área específica, representavam, agindo isoladamente, a ideologia da fragmentação do conhecimento. Sua ação preceptoral lhes concedia poder, estatus, liderança, predominância. Esta posição, ainda arraigada em muitos profissionais e instituições, dificulta, e às vezes impede, um eficaz trabalho de equipe. A psiquiatria é mais antiga que as outras áreas que integram a saúde mental e por muito tempo atuou sozinha

(145) JAPIASSU, H. Interdisciplinaridade e Patologia do Saber. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976, pp. 24-25.

neste campo, o que contribui para que tenha espaço para continuar isolada e/ou predominante. Às vezes suas ações são tomadas como se fôssem de saúde mental.

O conceito de saúde mental é mais abrangente que o de psiquiatria, na verdade abriga todas as ciências ou especialidades a ela ligadas. Assim, o trabalho de equipe torna-se essencial para as ações de saúde mental.

Para que o trabalho em equipe funcione, é fundamental que haja uma ação interdisciplinar, uma proposta de ação integrada onde cada profissional seja valorizado e o conjunto de conhecimentos contribua para atingir os objetivos pretendidos.

Citando ainda Georges Guisdorf, no seu prefácio de JAPIASSU¹⁴⁶, "a exigência interdisciplinar impõe a cada especialista que transcenda sua própria especialidade, tomando consciência de seus próprios limites para acolher as contribuições das outras disciplinas¹⁴⁷. Uma epistemologia da complementaridade, ou melhor, da convergência, deve, pois, substituir a da dissociação. (...) Desde já, existem equipes pluridisciplinares, reunindo, para o estudo desta ou daquela questão precisa, experts de especialidades diversas. Mas eles permanecem, por sua formação, estranhos uns aos outros; falam linguagens diferentes que, longe de se comporem, de se harmonizarem entre si, se excluem, se negam reciprocamente".

Quando se fala em equipe de saúde mental, ainda se enfoca o trabalho multi e pluridisciplinar, seja por desconhecimento das características de cada tipo de trabalho em equipe, seja porque ainda não foi possível atingir amplamente a interdisciplinaridade nas ações de saúde mental.

No primeiro caso, vamos ter disciplinas ou profissionais agrupados, como explica JAPIASSU¹⁴⁸, mas numa "simples justaposição, num trabalho determinado, dos

(146) JAPIASSU, H., op. cit., p. 26.

(147) Disciplina aqui, tem o mesmo sentido de ciência.

(148) JAPIASSU, H., op. cit., p. 72.

recursos de várias disciplinas, sem implicar, necessariamente um trabalho de equipe e coordenado."

A interdisciplinaridade é mais ampla e implica num conjunto de atitudes que cada membro da equipe deve ter. Segundo FAZENDA¹⁴⁹, "é uma atitude de abertura, não preconceituosa, onde todo conhecimento é igualmente importante. (...) Somente na intersubjetividade, num regime de co-propriedade, de interação, é possível o diálogo, única condição de possibilidade da interdisciplinaridade."

Estes princípios de cooperação existentes num grupo heterogêneo, formado por profissionais com formação em diferentes campos do saber, com métodos, conceitos e técnicas que lhe são próprios, estimulam o respeito e o diálogo, o que contribui para um melhor desempenho da equipe e para a valorização de cada especialidade pelos outros colegas.

JAPIASSU¹⁵⁰ completa esta idéia ao explicar que "o papel específico da atividade interdisciplinar consiste, primordialmente, em lançar uma ponte para religar as fronteiras que haviam sido estabelecidas anteriormente entre as disciplinas com o objetivo preciso de assegurar a cada uma seu caráter propriamente positivo, segundo modos particulares e com resultados específicos".

Em saúde mental, o homem e a comunidade devem ser seu objetivo, mais especificamente, a promoção da saúde e do bem estar. Entre os profissionais responsáveis por isto, as intersecções são mais que os limites, daí que uma ação interdisciplinar é a que mais concorreria para se atingir este objetivo.

(149) FAZENDA, I. C. A. Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro: Efetividade ou Ideologia. São Paulo: Edições Loyola, 1979, p. 8.

(150) JAPIASSU, H., op. cit., p. 75.

SEVERINO¹⁵¹ apresenta a seguinte visão de ações com o homem, que reforça o trabalho interdisciplinar em saúde mental:

"O homem é uma unidade que só pode ser apreendida numa abordagem sintetizadora e nunca mediante uma acumulação de visões parciais. De nada adianta proceder por decomposição, análise e recomposição de aspectos; esta soma não dará a totalidade humana. É preciso, pois, no âmbito dos esforços com vistas ao conhecimento da realidade humana, praticar, intencional e sistematicamente, uma dialética entre as partes e o todo, o conhecimento das partes fornecendo elementos para a construção de um sentido total, enquanto o conhecimento da totalidade elucidará o próprio sentido que as partes, automaticamente, poderiam ter."

Devido a sua complexidade, a interdisciplinaridade não é alcançada facilmente pelas equipes. Uma equipe que se relaciona a partir da organização de outros, adaptando-se passiva e servilmente ao que já vem estabelecido, com cooperação entre os membros mas com objetivos diversos entre si, não está realizando um trabalho integrado nem ligando as pontas entre as especialidades que a compõe, visando a totalidade de seu objetivo. Mas mantém a independência entre os especialistas, dando uma falsa sensação de poder. A interdisciplinaridade, por seu turno, é dinâmica, criativa, reformadora, as ciências ficam no mesmo patamar de igualdade, o que provoca reações por parte daqueles que estão ligados ao esquema tradicional e hierárquico de relações na área médica.

Muitos avanços, porém, têm sido dados por parte de profissionais e instituições que buscam o aperfeiçoamento das relações de trabalho em saúde mental, a melhoria do atendimento oferecido à comunidade e a evolução da saúde mental enquanto ciência e área de atuação.

(151) SEVERINO, A. J. "Subsídios para uma Reflexão sobre Novos Caminhos da Interdisciplinaridade". in SA, J. (org.). Serviço Social e Interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez Editora, 1989, p. 17.

Em muitas equipes o pensamento está cada vez mais próximo da interdisciplinaridade, como diz INFANTE¹⁵²:

" 1. A colaboração interdisciplinar é hoje uma exigência absoluta para o desenvolvimento das ciências sociais e humanas; a fragmentação dos objetos, a falta de interação metodológica e as disparidades epistemológicas a que a especialização tem conduzido essas disciplinas é uma ameaça permanente à sua consolidação científica.

2. A exploração de áreas de fronteira do conhecimento tem mostrado que as diversas especialidades sociais e humanas, convergem em um ponto fundamental: em todas elas noções como *representação, cultura, linguagem, trocas simbólicas, sentido*, apontam para um campo de interação que constitui o campo temático da *comunicação*; a *convergência* das ciências humanas e sociais, portanto um lugar próprio para o exercício da interdisciplinaridade."

Partindo desta visão, as ações de saúde mental transcendem o "psi", que para INFANTE¹⁵³ significa "explorar as possibilidades de cooperação interdisciplinar envolvendo o maior número possível de especialidades em torno de um núcleo minimamente comum; a doença mental e seu tratamento funcionam desse modo como um lugar de convergência de enfoques psiquiátricos, psicológicos, comunicacionais, lingüísticos, assistenciais e sócio antropológicos".

Se, por um lado, a interdisciplinaridade vem integrar conhecimentos diversos que são necessários para se atingir o homem em sua globalidade, por outro, com o entrosamento dos membros da equipe, verifica-se que nas áreas afins há muitas intersecções, o que torna comum a todos um vasto campo da saúde mental. Cada membro aprenderá mais, ampliará seus conhecimentos e ao invés de ter acesso a um

(152) INFANTE, R. "Cultura, subjetividade e política comunitária: novas perspectivas de interdisciplinaridade". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ/ECN, v. 38, n. 3, 1989, pp. 141.

(153) op. cit., p. 141.

saber compartimentalizado, terá ao seu alcance o homem em sua totalidade, unindo em torno de um campo comum todo o conhecimento que é necessário para este fim.

Quando ASWELL¹⁵⁴ diz "e o psiquiatra aprenderá o que não encontra nos manuais, pois se conhecer apenas a psiquiatria, ele não saberá psiquiatria", mostra que em saúde mental o conhecimento necessário vai além da fração a ela destinada tradicionalmente. A autora se refere ao psiquiatra, mas este ensinamento pode ser estendido a todos os profissionais de saúde mental.

Num outro estudo, MARÇAL RIBEIRO e MARÇAL RIBEIRO¹⁵⁵, referindo-se à formação de médicos e psicólogos, dão a seguinte compreensão:

"A integração medicina-psicologia no tratamento global dos pacientes, assim como visão psicossomática da doença, são imprescindíveis no momento atual. Por um lado, é necessário que os médicos tenham em sua formação um conteúdo bastante significativo de Psicologia, Relação Médico-Paciente, Medicina Psicossomática e Ciências Sociais Aplicadas à Medicina, em quantidade e qualidade maiores do que atualmente é dado nas faculdades em geral. Por outro lado, é necessário que o psicólogo tenha em sua formação, disciplinas da área de saúde, cuja ausência dos currículos e desconhecimento, contribuem para uma atuação psicologizante e limitada: é fundamental ao psicólogo conhecer bem Neurologia, Psiquiatria, Psicologia das Somatizações, Neuro-Bioquímica, Neurofisiologia, Psico-biologia e Saúde Pública. em prol do paciente e da saúde."

E os autores buscavam atingir no artigo uma ação específica junto a pacientes, hipertensos e cardiopatas! Ou seja, o conhecimento que eles sugerem como necessário, por mais amplo que pareça, ainda é limitado se considerarmos toda a amplitude que surge diante da complexidade de uma ação em saúde mental.

(154) ASWELL, M. The World Within. New York: Mc Graw Hill, 1947, p. 371.

(155) MARÇAL RIBEIRO, P. R. e MARÇAL RIBEIRO, B. G. "Aspectos psicológicos de um paciente hipertenso e cardiopata com seqüelas de acidente vascular cerebral". in Revista Estudos de Psicologia. Campinas: IP/PUCCAMP, v. 6, n. 2, 1989, p. 124.

A interdisciplinaridade é, no momento, o enfoque que melhor preenche as lacunas existentes nas intervenções em saúde mental, intervenções estas que, a cada dia, encontram espaço em áreas cada vez mais diversificadas, que até algum tempo atrás não cogitavam a possibilidade de profissionais de saúde mental trazerem qualquer tipo de colaboração, e até a presença de profissionais que até há pouco tempo atrás não atuavam com saúde mental.

Num ambulatório de saúde mental, portanto, onde funciona uma equipe técnica multiprofissional que aponta dificuldades de integração e relacionamento, penso ser necessário a implementação de um trabalho ou programa de conscientização e conhecimento, visando atingir a interdisciplinaridade em suas ações de trabalho.

Outro ponto levantado foi sobre o ingresso no ambulatório, que envolve a questão da qualificação profissional nessa ocasião, ainda que tenham estendido essa questão até o momento, quando falam de reciclagem:

"Eu prestei concurso, era uma vaga para Enfermeira mas não estava especificado em qual área eu iria trabalhar. Minha vaga saiu depois de dois anos, e foi para a saúde mental. Quando eu chequei no ambulatório, não estava claro qual a função da enfermeira. Ninguém me disse nada. Quem me deu apoio foi a J., me pegou pelo braço e disse 'vamos fazer isto' 'vamos fazer aquilo'. Foi a primeira pessoa que me ajudou".
(Dra. V., enfermeira).

"A contratação do farmacêutico para os ambulatórios de saúde mental é hoje feita para os locais onde haja atenção em saúde mental e uso de psicotrópicos, por força de uma legislação específica sobre o controle desse tipo de medicamento... Estou há dez anos na área de saúde mental, e como o curso de farmácia não dá formação nesse campo, eu tenho feito alternadamente cursos que me ampliam o conhecimento de saúde mental..." (Dr. B., farmacêutico).

Continuando,

"Eu entrei no ambulatório há quatro anos, fazia seis meses que o ambulatório estava sem enfermeira. Como a V. falou, naquela época eu só tinha a graduação e nenhuma especialização ou, até mesmo conhecimento, da saúde mental. Foi por iniciativa minha, por esforço meu que resolvi investir na minha formação. Já fiz o mestrado e agora estou fazendo o doutorado. Quando eu comecei, o que eu basicamente fazia era administrar os medicamentos prescritos pelos médicos, fazia agenda para os pacientes que vinham no dia marcado, fazia uma avaliação para ver se havia urgência, de forma a encaminhar o paciente no mesmo dia ou em outro. E tudo isso sem conhecer direito a saúde mental". (Dra. S., enfermeira).

"Praticamente, só os psiquiatras e os psicólogos vêm para o ambulatório com algum conhecimento de saúde mental, devido ao próprio currículo. Os demais, não tendo uma formação específica na graduação, vem para cá para aprender..." (Dra. P., assistente social).

Considero esta questão bastante séria, pois não se está respeitando a especificidade do trabalho em saúde mental. Embora o ambulatório seja de saúde mental, não se exige especialidade nessa área para os concursados. Alguns buscam se especializar por conta própria, pois a secretaria estadual de saúde, segundo eles, não oferece reciclagem ou aperfeiçoamento.

Penso que o ingresso num ambulatório de saúde mental deveria ocorrer apenas para quem tivesse alguma formação na área, não apenas a constante no currículo escolar, mas deveria haver critérios mais específicos que exigissem experiência, conhecimento ou aptidão específica em saúde mental, condições óbvias para uma boa atuação na área. Como esperar um serviço de qualidade se não se tem profissionais habilitados para oferecer esse serviço?

O preenchimento das vagas em saúde mental ocorre a partir de concursos públicos gerais para toda a rede estadual de saúde, sendo os aprovados enviados para os locais que necessitam do profissional. Assim, se no ambulatório "X" falta uma enfermeira, esse ambulatório é visto apenas como mais uma unidade que precisa preencher uma vaga, e não como uma unidade específica de saúde mental que precisa de um profissional especializado em saúde mental.

Essa dificuldade de seleção "especializada" penso ser fruto de uma visão distorcida e preconceituosa que passa na área de saúde, visão esta comentada na entrevista mas que pode também ser exemplificada pela seguinte situação:

Na I Conferência Macro Regional de Saúde Mental (15 e 16/10/1992, em São Paulo), preparatória para a I Conferência Estadual de Saúde Mental, foram debatidas e aprovadas muitas propostas visando a reestruturação da atenção em saúde mental no estado de São Paulo. Uma delas, porém, foi rejeitada¹⁵⁶: propunha "que nos programas de seleção de todas as categorias profissionais, de nível superior da área de saúde, fossem incluídas questões referentes à saúde mental".

Se não é opinião corrente que conhecimentos de saúde mental sejam importantes para qualquer profissional da saúde, pelo menos para o que vai atuar especificamente em unidades de saúde mental deveria-se considerar requisito básico e exigir do candidato à vaga esse conhecimento específico.

A fala a seguir, opinião de um dos membros da equipe entrevistada, associa a discriminação à saúde mental à ausência de órgão que faça a ligação entre esta e o restante da área de saúde:

(156) Veja: São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. CADAIS. I Conferência Estadual de Saúde Mental do Estado de São Paulo - A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania. São Paulo, outubro de 1992, p. 58.

"Há um certo preconceito na área de saúde com relação à psiquiatria, ao próprio psiquiatra, com relação ao doente mental. Nós ficamos num segundo plano. Quando existia a Coordenadoria, fluíam recursos, nós tínhamos um elo de ligação com a Secretaria, uma instância que era especializada em saúde mental, que sabia das nossas necessidades e, principalmente, da nossa especialidade, coisa de quem não é da área desconhece". (Dra. V., enfermeira).

Dois depoimentos bastante significativos sobre o ingresso no ambulatório não se referem a ausência de formação específica que possibilitasse o trabalho imediato com saúde mental, mas à própria estrutura de atendimento do ambulatório e à estrutura administrativa:

"Eu trabalho em saúde mental desde 1987. De novembro de 1987 até janeiro de 1989 eu trabalhei num ambulatório de saúde mental municipal, em P. Em 1989 eu deixei o ambulatório de lá, pois fui chamado pelo Estado, iniciando meu trabalho num ambulatório da capital. Fiquei lá só dois meses, até conseguir transferência para cá. Em 1990 eu comecei a fazer especialização em psicodrama. No começo, o ambulatório tinha uma característica interessante, pois os critérios de encaminhamento eram adulto para a psiquiatria, criança e adolescente para a psicologia. Aos poucos, essa visão foi mudando, graças a colaboração do C., do J.J. e do pessoal da psicologia. Inclusive porque muitos adultos vinham ao ambulatório em busca de psicoterapia, e não de tratamento medicamentoso. Só que, como já havia esse esquema, esses pacientes eram encaminhados para a psiquiatria, sendo normalmente receitado Diazepan para os casos de angústia, ansiedade, sintomas psicossomáticos. Isso acabou mudando e hoje os adultos vão para a psicoterapia, a medicalização é mais racional e só ocorre nos casos em que realmente é necessário. Foi um avanço no atendimento. Também quando cheguei, a psicologia atendia crianças mas não tinha contato com as famílias. Normalmente quando

era feita a triagem, marcava-se já os pais com a assistente social e a criança já para o psicólogo. Então, às vezes tínhamos crianças que estávamos atendendo há dois anos, um ano, seis meses, que não tínhamos nem contato com a mãe ou pai dessa criança. Então, uma das coisas que quando eu entrei propus foi que a gente passasse a fazer orientação de pais. Nessa época também começamos a atender pacientes psicóticos, e com o aumento da demanda, comecei a estruturar grupos de terapia de adulto, que até então não havia no ambulatório. Essas mudanças não foram fáceis, eu era recém chegado, mas já trazia idéias. Havia muita resistência por parte do pessoal da psicologia, que só atendia crianças e não estava disposto a alterar essa rotina. Por outro lado, também os psiquiatras relutavam em encaminhar adultos para nós, pois até então a psicologia não era vista como para atender adultos. Havia uma questão que nos ajudou, pois os psiquiatras do ambulatório se colocavam como psicoterapeutas, mas eles não tinham formação para praticarem a psicoterapia, e nós expusemos essa situação, explicando que os psicólogos no ambulatório eram aptos para realizar psicoterapia. Todos foram aos poucos cedendo, a gente começou a assumir o papel nosso de psicoterapeuta e os médicos ficaram com a psiquiatria clínica. Agora, já faz seis anos que eu estou aqui, o atendimento foi aperfeiçoado, o J.J. também faz psicodrama e atua com grupos, nós melhoramos bastante." (Dr. R., psicólogo).

Neste depoimento, assinalo três pontos importantes: o desconhecimento, por parte dos psiquiatras do ambulatório sobre o campo de atuação do psicólogo e a sub-utilização por parte dos psicólogos das técnicas e procedimentos terapêuticos que a eles cabem empregar; uma acomodação a uma rotina de atendimento bastante sedimentada, que não permitia mudanças ou alterações; e que, às vezes, um profissional disposto, com idéias, com conhecimento pode provocar mudanças positivas na estrutura de atendimento, trazendo avanços e melhorias que beneficiam a todos.

É um depoimento importante porque mostra a evolução de um serviço, como é possível aperfeiçoar um atendimento a partir do esforço de uma equipe.

Também o depoimento da Dra. J. — vamos chamar de histórico — mostra uma fase em que o funcionamento do ambulatório comprometia a especificidade do profissional de saúde mental:

"Eu estou no ambulatório há quinze anos, e eu não me esqueço que quando eu entrei tinha uma diretoria administrativa, ela não tinha instrução nenhuma, não sabia fazer nada. Como eu tinha curso de administração hospitalar, ela me forçou a pegar a parte administrativa. Fiz muito serviço burocrático tive de aprender a usar máquina de escrever para poder bater internação; quando não tinha atendente, eu fazia as vezes dele no balcão. Hoje não tem mais essa de fazer serviço nas outras áreas, mas no começo, até médico carimbava pasta!...". (Dra. J., psicóloga).

Destaquei estes trechos referentes a situações do passado porque são interessantes e ilustrativos, embora praticamente todo o discurso na entrevista tenha sido voltado para questões vividas no presente.

Um assunto abordado mais de forma descritiva do que crítica, foi sobre as rotinas de atendimento realizado:

"No ambulatório, o atendimento é feito basicamente através de programas (atendimento do adolescente, do idoso, das patologias orgânicas, do alcoolismo, da drogadicção, etc.). A equipe, como você vê, é multiprofissional." (DR. C., psiquiatra).

Em seguida, alguns dos sujeitos falam sobre suas atividades:

"Estou há dez anos na área de saúde mental, e como o curso de Farmácia não dá formação nesse campo, eu tenho feito alternadamente cursos que me ampliam o conhecimento de saúde mental, fiz um período de terapia, e penso que é o conjunto de

tudo isso que me dá a base para atuar com a S. no programa de orientação ao alcoolismo e no grupo de epiléticos. O grupo de epiléticos se reúne aqui uma vez por mês. São pacientes portadores de epilepsia, que, no grupo, lida com o dia-a-dia, com as dificuldades com a família, com o trabalho. Vemos o estado clínico dele, se está tendo crises, se faz uso correto da medicação. A cada seis meses eles passam por uma avaliação médica, fazem um eletroencefalograma no hospital e um exame toxicológico para verificação da dosagem de anti-convulsivos e de diazepam. Quando eles vão para essa consulta semestral, já vão com esses dados no prontuário. Aí, eu e a S. discutimos o caso com o médico que dá assistência. A gente, na verdade, é que acompanha os pacientes, observando nos grupos... Antes, até havia verbas para visitas domiciliares, mas agora... " (Dr. B., farmacêutico).

"Eu atendo pacientes adultos com neuroses, realizando psicoterapia individual ou de grupo. São pacientes encaminhados por profissionais de Unidades Básicas de Saúde, médicos particulares, hospitais psiquiátricos ou mesmo por outro profissional daqui do ambulatório. No caso de encaminhamento de hospital, é que o paciente estava internado, fez tratamento lá e quando teve alta foi encaminhado para o ambulatório, para continuidade do tratamento." (Dra. N., psicóloga).

"Eu estou trabalhando com os grupos terapêuticos, com o R. e a J. Nós trabalhamos mais com o quadro psicoses, com terapia de apoio, orientação da família." (Dra. P., assistente social).

Ainda sobre o cotidiano do ambulatório, aparecem assuntos isolados, trechos que aparecem num dado momento apenas uma vez. São mencionados as seguintes questões:

a) O individualismo no trabalho, ligado à falta de integração da equipe e resultante dos baixos salários, que leva o profissional do ambulatório a buscar atividades

fora da instituição. Com isso, procura isolar-se, cumprir a sua função da maneira mais simples possível, o que implica em ter atitudes individualistas.

b) Aspectos negativos no trabalho com o paciente, especialmente considerados como sendo a predominância do tratamento farmacológico aos doentes mentais e a visão que o médico tem do ambulatório como sendo uma unidade psiquiátrica e não uma unidade de saúde mental.

É o que podemos concluir a partir das falas sobre o cotidiano do ambulatório.

As atividades desenvolvidas seguem as normas estabelecidas pela secretaria de saúde, e mesmo com os problemas e as críticas levantadas, o ambulatório como um todo consegue atender a comunidade, só que fundamentando suas ações em técnicas e procedimentos tradicionais, como a psicoterapia individual e a prescrição de fármacos em larga escala, não obstante a utilização de trabalhos com grupos e a postura crítica que muitos apresentam.

A questão é saber em que grau as dificuldades relatadas contribuem para o comprometimento dos programas de atendimento desenvolvidos. Não basta haver um programa organizado, bonito, no papel, se não há condições de desenvolvê-lo a contento.

Neste ponto se insere o segundo grupo de opiniões — *Política Governamental* — onde os entrevistados expõem o que pensam a respeito da relação do ambulatório com as esferas governamentais, no caso a secretaria municipal de saúde, o ERSA ao qual estão vinculados e a secretaria estadual de saúde. As críticas e questionamentos referem-se principalmente à reforma sanitária e à municipalização da saúde, que, segundo opiniões manifestadas, não foi uma mudança positiva; nesse ponto

de Política Governamental, as opiniões foram unânimes no tocante a relação com a prefeitura, responsável, através do SUS, pelo gerenciamento do ambulatório:

"É que os nossos maiores problemas estão ligados à questão política. O ambulatório atende o ERSA, a demanda é muito grande. O gerenciamento é feito pela prefeitura. Sofremos por causa da crise da saúde, pela falta de verbas. Sofremos por causa da reforma sanitária, pois trouxe a municipalização da saúde, trouxe transformações que nem a prefeitura nem o Estado estão lidando com facilidade. Sendo a demanda muito grande, e o número de profissionais ligados ao atendimento sendo insuficiente para cobrir toda essa demanda, o atendimento fica comprometido. A demanda fica muito além da capacidade de atendimento dos profissionais. A municipalização ainda não é efetiva em termos concretos de atendimento e funcionamento adequado. No papel, sim, mas na prática está em transição, vai levar alguns anos para se atingir o que o SUS propõe. Nesse período de transição quem sofre é a população. O município não tem "know-how", não tem estrutura para manter um atendimento em saúde mental de bom nível. (Dr. C., psiquiatra)

São vários os problemas apontados em virtude do gerenciamento municipal.

Vou exemplificar o que o C. relatou. A gente sente que está muito isolado e sem nenhuma valorização por parte da Secretaria Municipal de Saúde. Porque o secretário de saúde que entrou, além de não conhecer saúde mental, não incentivava o serviço e o gerenciamento era pior do que na época da ditadura. Nós tínhamos de assinar, além de um livro ponto, uma folha de papel almaço colocando horário de entrada, horário de saída e passava um fiscal para verificar se estava todo mundo cumprindo horário. (Dr. R., psicólogo):

Havia uma cobrança por parte do secretário municipal que gerou protestos por parte da equipe:

"Existe uma preocupação muito grande aqui por parte do Secretário Municipal para que os profissionais cumpram o horário contratual. No caso dos médicos, como o contrato é 4 horas diárias, essa exigência não se torna tão problemática quanto para os psicólogos, assistentes sociais, T.O., etc. O contrato deles é de 8 horas..." (Dr. C., psiquiatra).

"Nós tínhamos (ou temos) um argumento de que ficar as oito horas no ambulatório não era possível, tanto a nível salarial quanto a nível da própria saúde mental nossa. É desgastante, estressante. Não se compreende que o tipo de trabalho executado no atendimento ao doente mental é diferente de qualquer outro. Em 1990 foi estabelecida essa questão da vigilância e da folha de papel almaço, aí eu, o R. e a M., que é enfermeira, nós recusamos e fomos colocados em disponibilidade." (Dra. K., assistente social).

"Bom, já que você está tocando nesse assunto, vamos falar às claras para o P. (entrevistador) entender como a situação aqui foi séria. Em 1990 nós tivemos uma crise com o diretor do ambulatório, o que provocou a vinda de uma equipe de São Paulo. Vieram um psiquiatra, uma psicóloga e uma assistente social, para fazer um diagnóstico sobre os problemas do ambulatório. Na época, foi apontado que os problemas principais eram ter pessoas que estavam sem função, ter um diretor técnico que não tinha o perfil desejado e um psiquiatra, que segundo constava no relatório, era esquizofrênico. Foi pedido o afastamento deles e que outros profissionais fossem colocados em seu lugar. Só que o secretário municipal de saúde não acatou este relatório, quando nós pedimos esse relatório ele se negou a nos dar, aí o responsável no ERSA pela saúde mental o enviou para nós e o secretário nos acusou de roubo. O conflito entre o ambulatório e a secretaria de saúde foi acirrado, o que culminou com uma sindicância feita pelo conselho municipal de saúde. O conselho também não considerou esse relatório e os conselheiros fizeram eles mesmos um outro relatório, onde concluíam que havia divergência entre a equipe e o

diretor técnico e propunham uma intervenção. O articulador de saúde mental do ERSA entrou no meio para tentar achar uma solução. Isso tudo levou vários meses, foi um longo período de discórdias. E acabou resultando numa reestruturação do ambulatório, que começou em março de 1992". (Dr. R., psicólogo).

O desentendimento da equipe com o poder municipal resultou em problemas sérios que acabaram sendo resolvidos, inclusive com uma tentativa de reestruturação interna que deveria fazer melhorias no atendimento à comunidade, embora persistisse a animosidade com o diretor, o que resultou na desestruturação dos programas iniciados.

"É... só que a reestruturação começou, mas o problema básico da relação entre nós e o diretor não foi abordado; os problemas continuaram, o articulador de saúde mental foi afastado pelo diretor técnico sem consulta a equipe, logo depois saíram os dois psiquiatras que davam suporte para o atendimento dos psicóticos e o programa desestruturou-se". (Dr. C., psiquiatra).

Essa reestruturação consistia na criação de programas de atendimento específicos para idosos, alcoólatras, psicóticos, etc.

O problema maior levantado pela equipe era a incapacidade da prefeitura em gerenciar o atendimento em saúde mental:

"Sabe o que eu penso? Retomando um pouco o que os colegas disseram, eu penso assim: não há apoio político! Com a municipalização, o ambulatório ficou sem pai e sem mãe. É gerenciado pela prefeitura e esta prefeitura não sabe gerenciá-lo. Há uma verdadeira 'politicagem' que impede, o desenvolvimento pleno das atividades, faltam medicamentos, a decisão de muita coisa é da prefeitura, que não tem uma visão de saúde, tampouco de saúde mental, como o Estado tem". (Dra. K., assistente social).

Pelo que diz a equipe, o gerenciamento por parte da prefeitura é totalmente ineficaz, pois não se conhece saúde mental nem se mantém na secretaria um profissional de saúde mental que possa assessorar suas ações:

"A intervenção da secretaria municipal fica somente a nível de cobrança da produtividade e na questão do horário. E produtividade significa quantos pacientes foram atendidos!". (Dra. J., psicóloga).

"O que interessa são números! Não há interesse sobre a qualidade do serviço, não entendem nada da saúde mental. A preocupação é com o quanto você atende, não com o como você atende". (Dr. C., psiquiatra).

Passam, em seguida a falar sobre as relações com o Estado:

"A gente sente o isolamento, e não há nenhuma valorização por parte da secretaria municipal. Da parte do Estado, o ERSA também não faz muita coisa, já que a gente está municipalizado e cabe ao município o gerenciamento e a elaboração do projeto de saúde mental. Veja a nossa situação: de um lado temos a secretaria municipal que não apoia, sem contar que não tem ninguém de saúde mental lá; de outro lado, a secretaria estadual nos deixa ao "Deus dará" porque não pode intervir". (Dr. R., psicólogo).

Falar sobre desperdício, influência política, baixos salários, burocracia; são fatores externos prejudicando as atitudes no ambulatório:

"Tem muita coisa errada, gasta-se com coisas desnecessárias. Quer um exemplo? Este bloco que eu tenho aqui, é um bloco para usar na internação, foi elaborado, foi mandado pra gráfica, tem uma caixa enorme lá na administração com estes blocos. E o que eu estou fazendo com ele? Rascunho! Não foi utilizado para a finalidade ao qual foi confeccionado. A administração diz que não sabe porque. Falam: 'mandaram fazer, agora está aí, não sei porque não foi usado!' É um desperdício". (Dra. S., enfermeira).

"Os diretores são nomeados por afinidade políticas". Dra. J., psicóloga).

"Muita coisa precisa ser feita, mas se nós não tivermos uma política de saúde forte, no sentido de interessada por beneficiar a população, se não tivermos um governo estadual que entenda que as necessidades nossas vão além de se ter manuais, catálogos e revistas dizendo como o ERSA tem isto ou aquilo, como é constituída a equipe multiprofissional de saúde mental, como se deve formar grupo disto ou daquilo, mas é tudo no papel. A falta de verba, de infra-estrutura e de material para se poder trabalhar bem, isso nunca aparece nos textos da secretaria. Os salários são baixos porque o governo não valoriza a saúde. A burocracia impera. É a falta de investimento no setor que acarreta crise e problemas". (Dr. C., psiquiatra).

Se o ambulatório vai mal ou enfrenta dificuldades no seu dia-a-dia, uma justificativa encontrada é a política governamental, que envolve a falta de verba e os baixos salários, os vilões da história:

"Há falta de verba. Para você ter uma idéia, há um tempo atrás nós servíamos lanches para os pacientes. Eles ficavam horas e horas esperando, vinham de longe, sem recursos, então o lanche era servido. Hoje??!! Às vezes o paciente passa mal, por fome, e não há condições de ajudá-lo. Hoje, se precisar colocar uma carta no correio é preciso mandar para a secretaria! Há falta de funcionários, há falta de médicos!..." (Dra. A., psicóloga).

"Falta material, não tem recursos, o trabalho é desconhecido, não é valorizado, tem muita gente saindo por causa do baixo salário". (Dra. V., enfermeira).

"Antes havia verba para as visitas domiciliares, mas agora..."(Dr. B., farmacêutico).

"Os salários são baixos porque o governo não valoriza a saúde". (Dr. C., psiquiatra).

"O salário aqui é bem pequenininho, como diz o Chico Anísio..."(Dra. S., enfermeira).

E inclusive levam o profissional a deixar o serviço:

"Os profissionais, em vista desse 'caos', demonstram cada vez mais o desejo de sair do ambulatório e buscar outros caminhos... tem muita gente saindo por causa do baixo salário!" (Dra. K., assistente social).

"Eu estou deixando o ambulatório". (Dra. K., assistente social).

"A própria estrutura organizacional do ambulatório, o seu funcionamento atrelado a questões políticas, a falta de interesse do governo para com a saúde, o profissional que se sente desvalorizado e ganhando pouco, isso tudo é que é responsável pelos nossos problemas". (Dr. C., psiquiatra).

Os comentários críticos contidos na fala dos profissionais do ambulatório revelam que, pelo menos para esse grupo e para essa unidade, a reforma sanitária, representada pelo SUS e pela municipalização da saúde, não está evoluindo satisfatoriamente.

A municipalização da saúde implica em mudanças que afetam não só os funcionários mas toda a rede que presta serviços à comunidade, pois se trata de uma reforma que visa que cada município seja responsável pela saúde dos seus cidadãos. Quem coordena as ações de saúde é a secretaria municipal de saúde. O município conta ainda com um conselho municipal de saúde, de poder deliberador, formado por representantes locais. O Estado entra para atuar em ações mais amplas, que fujam do controle do município, e para coordenar as ações de saúde nos municípios que lhe pertencem administrativamente, através dos escritórios regionais de saúde e dos servidores que continuam funcionários públicos estaduais.

O ministério da Saúde¹⁵⁷ estabelece que "à esfera estadual cabem a formulação da política estadual de saúde, a coordenação e planejamento, incluindo a regionalização e hierarquização da rede de serviços, formulação e coordenação da política de investimentos setoriais em seu âmbito; a coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para a saúde dos hemocentros e das redes de laboratórios de saúde pública; ... a supervisão e cooperação técnica e financeira a municípios..".

No caso do ambulatório analisado, parece que tanto o Estado quanto o município têm negligenciado a atenção e cuidados que deveriam lhe prestar. Se o município não tem "know-how", cabe ao Estado assessorá-lo no sentido de evitar as falhas decorrentes do não conhecimento de uma determinada área.

Pareceu-me também que os atritos entre a equipe técnica e o secretário municipal de saúde pode ter ocorrido devido a uma "trombada" entre as instâncias, pois a equipe era composta por servidores estaduais acostumados a um estilo de trabalho. O município interveio num esquema já aceito e seguido por todos, daí a insatisfação geral.

Como inexistente uma política de recursos humanos, em consequência, questões como a da jornada de trabalho ficam sem solução ou mudanças. A ingerência política é corrente, no sentido de o político "x" ou "y", influente na região, solicitar ou sugerir determinado cargo para um apadrinhado seu. Os salários são baixos, e servem de justificativa para o desenvolvimento de atitudes particulares remuneradas fora do ambulatório.

(157) BRASIL. Ministério da Saúde. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. Brasília, 1993, p. 18.

CAMPOS¹⁵⁸, num estudo sobre médicos assalariados que devam cumprir jornada de trabalho pré-determinada, regime este vigente no SUS, diz que "em quase todo o Brasil, eles (os médicos) não cumprem o horário completo para o qual são contratados, o que tem obrigado os dirigentes do sistema a aceitar formas negociadas de acordos, que tornam letra morta os contratos de trabalho. (...) Na prática, o resultado é que, exceto nos serviços de pronto-socorro, não há jornada fixa para os médicos".

Esta prática, seja motivada pelos baixos salários ou pela resistência dos médicos a se aceitarem apenas como assalariados, ou por ambos os motivos, se estende aos demais profissionais da saúde de nível superior que podem dedicar-se a atividades privadas. Ir contra essa prática generalizada pode acarretar resistência e problemas, como de fato aconteceu no ambulatório estudado.

O antagonismo equipe técnica × secretário de saúde pode ser explicado pela oposição entre dois tipos de gerenciamento o estatal e o liberal, assim descritos por CAMPOS¹⁵⁹:

"No Brasil, com a ampliação das funções assistenciais do Estado ocorreu uma combinação dos dois estilos de administração existentes: o liberal e o da saúde pública. (...) Da tradição estatal considerou-se a estrutura rígida e centralizada, a gestão burocrática e autoritária, mas permeável ao clientelismo e às várias formas de utilização provada de coisa pública. Da tradição liberal, conservou-se a autonomia relativa dos profissionais, especialmente dos médicos, o que sem estímulos pessoais do mercado, redundou em uma profunda alienação dos servidores de suas obrigações mais comezinhas.

(158) CAMPOS, G.W. de S. Reforma da Reforma: Repensando a Saúde: São Paulo: Editora HUCITEC, 1992, p. 121.

(159) CAMPOS, G.W. de S., op. cit., p. 90.

Não cabe aqui um estudo abrangente sobre os prós e contras da implementação do SUS, nem críticas à reforma sanitária, mas sim a análise de um conjunto localizado de situações de uma unidade de saúde que está sob um programa de reformas através do SUS. Os possíveis equívocos, descaminhos e desencontros que lá ocorrem, sendo decorrentes da administração municipal, do SUS ou do Estado, estão sendo descritos e comentados como problemas daquele ambulatório e das esferas governamentais a ele vinculadas. Mas, alguns tópicos podem ser considerados comuns à rede pública de saúde.

Assim, posso apontar que a questão salarial e o desperdício são mencionados como problemas a serem solucionados na área de saúde como um todo.

CAMPOS¹⁶⁰ informa que "as maiores secretarias estaduais de saúde — São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Bahia — em 1990, pagavam aos seus médicos vencimentos 60 a 70% inferiores às médias de mercado". NEMO¹⁶¹ fala da "insatisfação geral dos trabalhadores da área de saúde mental quanto aos salários e condições de trabalho, o que tem gerado alta rotatividade, desestímulo e frustrações". O Ministério da Saúde¹⁶², ao falar sobre o financiamento das ações de saúde, faz proposta de como erradicar o desperdício: "Erradicar o desperdício implica em reverter radicalmente a lógica da prática gerencial vigente. Isto implica que todos os gestores do sistema devem assumir a responsabilidade pela regulação e controle dos recursos materiais, humanos, financeiros, tecnológicos, cognitivos e informativos, para extrair deles o resultado ótimo, que é a melhoria das condições de saúde da população, prestando contas desse encargo às instituições competentes e a toda a sociedade."

(160) CAMPOS, G.W. de S., op. cit., p. 122.

(161) NEMO, C.M.B. Saúde Mental e Psicoterapias: O Abandono Prematuro dos Tratamentos e a Questão da Democratização da Saúde Pública. Xerox, Campinas, 1990.

(162) Ministério da Saúde, op. cit., p. 17.

Sobre "Política Interna", o principal ponto abordado foi sobre os funcionários administrativos e seu relacionamento com a equipe de saúde mental. Os depoimentos se concentravam nos problemas gerados pela conduta desses funcionários:

"Nós temos problemas com o serviço dos funcionários, com o que eles tem de fazer e não fazem. Não há organização no tocante as atividades de cada um. Por exemplo, na recepção tem três funcionários de manhã e três à tarde. Vou falar da tarde, que é quando estou aqui. Quem trabalha é aquela senhora alta, os outros dois ficam à toa, você pergunta algo, eles dizem 'não sei', pergunta para a fulana (a senhora alta), e não há uma direção firme que consiga discipliná-los. Não há divisão do trabalho, cada um deles responsável por determinado setor. Muitas vezes o serviço solicitado só é executado quando o funcionário tem vontade de fazer". (Dr. C., psiquiatra).

"Nós temos funcionários sem função. O diretor é uma pessoa boníssima, o atual. Então, todo funcionário que cria problemas no hospital, acaba vindo para cá. E não tem função para esse povo. Nós temos uma ascensorista aqui, mas onde está o elevador? Temos uma meia dúzia de vigias, ou mais. Aí, outro dia, eu esqueci minha bolsa aqui, não tinha certeza se era aqui ou na cidade, mas como eu precisava da chave para entrar em casa, fui na vizinha e telefonei para saber, telefonei, telefonei e nada, ninguém atendia. Eu tive de esperar até as onze horas da noite, até que o meu filho chegasse da aula para eu entrar em casa. Cadê os vigias?" (Dra. P., assistente social).

"O serviço não anda, não é bom. Não tem uma limpeza no dia que você precisa. A mãe vem com a criança, a criança como bolacha, suja a sala, aí você tem outro paciente para atender, a sala precisa ser limpa mas você não consegue que o servente varra. Não tem uma hierarquia para ser respeitada. Sabe que o setor de Psicologia não tem atendente para fazer um telefonema, para fazer remarcação, para ajudar a computar a

parte estatística, para ajudar a avaliar um teste? Não tem um funcionário que possa ficar com a criança enquanto a mãe é atendida". (Dra. A., psicóloga).

"Outro dia entrou uma senhora na minha sala com duas crianças, uma de cinco anos, a outra de três, e mais um nenenzinho no colo. Ai nem deu para fazer a anamnese direito, porque ela começou a dar mamá para o neném, a menina menor ficou com ciúmes, começou a puxar a saia da mãe e a chorar, a outra queria subir na janela, no fim eu precisei pegar uma delas do meu lado para rabiscar, pus a outra no meu colo, se não era impossível pegar algum dado. Isto porque, se eu chegasse na recepção e pedisse para alguém me ajudar, sabe o que eles diriam? 'Não é minha função'." (Dra. J., psicóloga).

Há uma observação que merece destaque:

"Só uma coisinha antes, R., sobre essa questão das pessoas que prestam serviços, as serventes os assistentes, os vigias, quando dizem 'eu não faço', ou 'eu não ganho para isso' ou 'não é minha função'. Eu pensei numa coisa. Isso só acontece no serviço público! Se aqui fosse uma clínica particular, com empregados particulares, não haveria recusas, todos teriam um papel, normas a seguir. E funcionaria muito bem. Porque essa rebeldia do funcionário público?" (Dra. K., assistente social).

"Olhe, P., é a recepção que conduz o atendimento no ambulatório. Ah, estou me lembrando, eu e minhas recordações, mas esta é curiosa. Quando eu entrei no ambulatório, o atendente gritava do balcão: 'Fulano! O responsável por fulano, vem cá!' Ai, vinha o paciente, humildezinho, com o pai e a mãe. Ai o atendente gritava, 'o paciente não, só o responsável!' Ai eu dizia, 'fulano, não pode agir assim, não pode tratar o paciente dessa forma' e ele retrucou 'A senhora é diretora?'. Era assim que funcionava quando eu entrei." (Dra. J., psicóloga).

Outro aspecto comentado foi sobre a percepção que têm do ambulatório, como unidade de saúde que precisa se transformar para melhor atender as necessidades da comunidade. Foi um discurso longo, se comparado com às demais falas, com idéias e sugestões que a própria equipe poderia levar adiante:

"O ambulatório é um recurso muito importante para a comunidade, só que eu sinto que a gente deveria repensar a questão do papel do ambulatório, porque ele tem suas funções estabelecidas pela política do Estado. Seu papel é o de atenção secundária, quer dizer, o curativo. E eu acho que a gente deveria repensar um pouco a nossa atuação, porque nós ficamos como órgão de tratamento e começa a ser discutido, principalmente em locais como Campinas e São Paulo, uma visão mais globalizada onde a saúde mental é inserida dentro da saúde pública e não como uma coisa isolada. Então as pessoas trabalham não só a nível da instituição mas elas saem da instituição e prestam serviço na comunidade, aonde for necessário. Se trabalha com professores, se trabalha os conflitos do papel do professor, se trabalha a questão da agressividade, do professor para o aluno e vice-versa; isso é um exemplo de como outras coisas poderiam ser feitas. Eu sinto que a gente deveria não ter só aquele papel de atenção secundária, eu acho que saúde mental hoje em dia não é mais aquela onde você recebe o doente e trata dele na instituição. A saúde mental também deveria ser inserida dentro de um aspecto social onde a gente sairia para promover um pouco mais a saúde mental da população. Porque esperar que a população chegue até nós? Eu sinto que nós estamos muito naquela visão de doença, enquanto que deveríamos promover a saúde mental. Pode ser através de vivências, mesmo na instituição, no ambulatório, promovendo discussão sobre a loucura, discussão sobre sexualidade, e que no psicodrama é chamado de sociodrama tematizado. É uma idéia que eu tinha desde o ano passado, tentando implantar essa idéia de se fazer sociodrama tematizado na instituição, onde se abriria o ambulatório à população em geral

que buscaria essas vivências baseadas nas necessidades e nos temas. Existe um preconceito muito grande ainda quanto à loucura, o ambulatório ainda tem toda uma discriminação e eu acho que a gente deveria abrir as portas para que as pessoas pudessem conhecer mais nosso trabalho. Saúde mental hoje não é só lidar com a doença. Eu sinto que hoje talvez o mais importante não seja as psicoterapias, mas promover atos terapêuticos onde se possibilite as mudanças tanto pessoais, quanto sociais. Sinto que o ambulatório tá muito fechado para isso, está ainda naquele momento médico-paciente, onde você recebe e, trata da doença. A disposição do pessoal daqui se mostra muito pequena em relação a isso, ainda há muito da visão da relação médico-paciente tradicional. Algumas pessoas estão buscando novos caminhos, novas técnicas pra se fazer, mas a maioria ainda se encontra naquela postura de médico-paciente mesmo, de esperar o paciente trabalhar aquela queixa que ele traz, trabalhar o conflito que ele traz; é a psicoterapia tradicional, onde eu acho que nesse caso o ambulatório já não está mais cumprindo a expectativa da comunidade, o desejo e o anseio da população. Acho que a população hoje em dia anseia por outras coisas e não isso, principalmente porque as psicoterapias de um modo geral têm a questão da demora, têm a questão do tempo, a questão do horário. Quer dizer, nós funcionamos das sete às dezessete horas e há pessoas que trabalham e que não podem vir." (Dr. R., psicólogo).

É comentada a visão que a comunidade tem do ambulatório:

"O ambulatório, às vezes, é desconhecido. As pessoas acham que aqui é um hospital, então vem aqui e têm muito medo de serem internadas. Às vezes as pessoas acham que o ambulatório é o que chamamos de Centro de Triagem, onde as pessoas são encaminhadas para o hospital para internação ou não. Nós atendíamos muito a população mais carente, que tinha essa visão. Quando começamos a atender uma população que a gente pode chamar de antiga classe média (professores, gente universitária, profissionais

liberais que estavam no início de carreira e que não tinham condições de fazer uma psicoterapia em consultório), e com o aumento gradativo dessa população que buscava psicoterapia no ambulatório, é que o nosso perfil foi mudando ante os olhos da comunidade. Daí que concordo com o que o R. colocou. Nós precisamos realizar transformações profundas em saúde mental. O que o R. falou pode ser um começo." (Dra. K., assistente social).

Neste agrupamento de respostas — *Política Interna* — vejo a questão do relacionamento da equipe técnica com os funcionários administrativos como um fato que poderia ser resolvido a partir de uma postura de liderança por parte do diretor do ambulatório. Um dos entrevistados opinou dessa forma:

"Eu acho que a direção tem de ter uma certa ascendência sobre os funcionários, dirigir mesmo, orientar. Se a gente procura o diretor, ele diz 'eu não sei' e não toma providência." (Dr. C., psiquiatra).

Não encontrei, na pesquisa bibliográfica, trabalhos sobre servidores administrativos da área de saúde. FIRMINO¹⁶³, ao descrever as vicissitudes dos pacientes psiquiátricos dos hospitais mineiros, mostra a conduta dos funcionários dos hospitais visitados, porém não se assemelha aos relatos desta entrevista. COSTA¹⁶⁴ analisa o poder burocrático e diz que "a frieza com que a burocrata trata os mais patéticos sinais de carência e sofrimento dos outros, torna-se entendível, no momento em que percebemos de que lei ele fala. A lei burocrática aparece ao funcionário como um simulacro da lei natural. Como uma espécie de razão absoluta do Estado-burocrata, que não precisa do concurso dos homens para se legitimar ou transformar-se. O burocrata que se imagina do lado desta

(163) FIRMINO, H. Nos Porões da Loucura. Rio de Janeiro: Editora CODECRI, 1982.

(164) COSTA, J.F. "Psiquiatria Burocrática Duas ou Três Coisas que sei Dela". in Clinica do Social: Ensaios. São Paulo: Editora Escuta, 1991, p. 72.

lei observa os acontecimentos humanos em torno de si como quem presencia um desfile de marionetes...".

Mas não são trabalhos que descrevam as situações opinadas pela equipe técnica e não há como ter certeza de que ocorram generalizadamente na rede pública de saúde.

Sobre as mudanças e transformações que têm sido debatidas, sugeridas e iniciadas na rede de serviços de saúde mental, a bibliografia é vasta e variada, prova de que as opiniões emitidas na entrevista têm eco entre o pessoal da área.

KALLIL et alii¹⁶⁵ produziram um texto onde descrevem programas em andamento, debatem questões de reformas em saúde mental e apresentam sugestões que vão de encontro ao pensamento da equipe entrevistada neste trabalho.

Posso citar, dentre outros, os trabalhos de MARSIGLIA et alii¹⁶⁶; BRAGA CAMPOS et alii¹⁶⁷; LUZIO, REIS e MATTIOTI¹⁶⁸; RUSSO e SILVA FILHO¹⁶⁹; KINOSHITA e ZONTA¹⁷⁰; VAISSMAN, LEVCOVITZ e AMARANTE¹⁷¹, todos voltados para uma ação transformadora em saúde mental.

(165) KALLIL, M.E.X. (org.) Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde. São Paulo/Salvador: Editora HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

(166) MARSIGLIA, R. et alii. Saúde Mental e Cidadania. São Paulo: Edições Mandacaru, 1987.

(167) BRAGA CAMPOS, F.C. (org.) Psicologia e Saúde: Repensando Práticas. São Paulo: Editora HUCITEC, 1992.

(168) LUZIO, C.A., REIS, J.R.T. e MATTIOTI, O.C. "Saúde Mental: o Desenvolvimento de um Programa em Saúde Pública." in Perfil: Boletim de Psicologia. Assis: Departamento de Psicologia Clínica da UNESP, n. 3, 1990, pp. 39-50.

(169) RUSSO, J. e SILVA FILHO, J.F. da. (org.) Duzentos Anos de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Relumé Dumará/Editora da UFRJ, 1993.

(170) KINOSHITA, R.T. e ZONTA, C. "O Programa de Saúde Mental de Bauru". in CAPISTRANO FILHO, D. e PIMENTA, A.L. (org.) Saúde Para Todos: Desafios ao Município. São Paulo: Editora HUCITEC, 1988, pp. 92-96.

(171) VAISSMAN, M., LEVCOVITZ, S. e AMARANTE, P.D. "A Saúde Mental na Reforma Sanitária." in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ/ECN, v. 36, n. 6, 1987, pp. 347-352.

O último agrupamento de opiniões refere-se às críticas feitas ao regime de trabalho, aí inserindo questões sobre a carga horária diferenciada entre médicos e não-médicos, a diferença salarial e a existência concomitante de servidores estaduais e federais exercendo a mesma função, numa mesma unidade e recebendo salários diferenciados. As críticas assemelham-se às feitas quando da fala sobre a exigência de permanência de oito horas no ambulatório, feita pela secretaria municipal de saúde, mas agora a questão é mais específica sobre o regime diferenciado de trabalho existente no ambulatório, independente da postura daquela instância de poder:

O médico é contratado por quatro horas de trabalho, enquanto os demais são por oito horas. O salário é maior e ele fica menos tempo no ambulatório. Muitos são como visita. Vêm, ficam aquela horinha para atender, vão embora porque tem outros lugares onde atua no mesmo esquema. E a idéia que têm do ambulatório é de uma unidade psiquiátrica não uma unidade de saúde mental." (Dr. R., psicólogo).

"Os horários dos psiquiatras são diferentes dos outros profissionais, cada um tem o seu horário de permanência no ambulatório, mas nunca ficam o período todo. Têm três médicos que são federais, eles são contratados por quatro horas, mas não ficam as quatro horas no ambulatório. Aí se você precisa conversar com eles, é difícil encontrar um horário." (Dra. N., psicóloga).

Explicam o porque da presença de servidores federais numa unidade estadual:

"É que embora o ambulatório seja estadual, como estamos com um sistema único de saúde, você pode encontrar servidores estaduais, federais, ou municipais atuando na mesma unidade." (Dr. C., psiquiatra).

"Só que o federal ganha mais e trabalha menos..." (Dra. P., assistente social).

Foi citada também, em seqüência às opiniões acima, a questão da prescrição excessiva de psicofármacos, atribuída ao pouco tempo de permanência do médico no ambulatório, que acaba não desenvolvendo outras atividades:

"Se você me permite, R., é por causa dessa visão que predomina o tratamento farmacêutico." (Dr. C., psiquiatra)

"Mas você não é adepto da utilização de medicamentos como regra geral do tratamento. Você colaborou muito para o processo de desmedicalização de muitos pacientes. Eram pessoas que tomavam Diazepan e Neozine há quinze anos e o trabalho nosso foi lidar gradativamente com os conflitos, com a dependência, e pouco a pouco se pôde reduzir acentuadamente o uso do medicamento." (Dr. R., psicólogo).

Duas considerações podem ser feitas a partir das colocações deste último agrupamento. A primeira, é que há psiquiatras (os mais jovens, me parece) que ficam mais tempo no ambulatório e participam também de atividades terapêuticas distintas da prescrição de medicamento, que é o caso do Dr. C. e do Dr. J.J. A segunda é que esses psiquiatras se entrosam com os membros da equipe técnica e se envolvem em programas interdisciplinares, trabalhando com grupos e integrados com os demais colegas.

Sobre a questão da diferença salarial, o próprio Ministério da Saúde admite ser um problema generalizado que inclusive se torna um desafio à consolidação do SUS:

"Outro problema que vem sendo objeto de exaustivas discussões e estudos é a heteronomia salarial, conseqüência da própria história de construção do SUS, onde trabalhadores do setor de saúde mantêm seus vínculos institucionais de origem, agora na responsabilidade de um mesmo gestor. Apesar disso, ainda não existe uma proposta que apresente uma solução aconselhável para esta questão".

Sobre a prescrição de fármacos, penso que um livro é pouco para analisar este aspecto da terapêutica em saúde mental. Não se critica a utilização de medicamentos,

mas sim a utilização indiscriminada dos mesmos e o reducionismo do tratamento à farmacoterapia.

Esta prática tem raízes históricas e políticas, considerando o poder e a influência dos laboratórios farmacêuticos no sentido de o governo federal ter privilegiado durante décadas uma medicina curativa e medicamentosa, como foi detalhado no Capítulo 1.

Penso que o caminho está na integração dos tratamentos farmacológico e psicoterápico, aliados à medidas preventivas e educação para a saúde, onde a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe apontarão os caminhos para melhor atendermos à comunidade e suas necessidades. A prescrição pura e simples de medicamentos como conduta terapêutica generalizada limita à uma faceta um campo amplo e abrangente do conhecimento humano, focalizando o cérebro enquanto órgão a ser tratado e excluindo os aspectos sociais, psicológicos, comportamentais e ambientais que possam estar ligados à manifestação da doença.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, primeiramente busquei traçar um panorama da saúde mental no Brasil, indo às suas origens desde a Colônia. Elementos da história que podem passar despercebidos, descritos em conjunto e em seqüência transformam-se em ilustrações úteis para comparar com situações atuais, ocasião em que se pode criar a partir dos resultados conhecidos, evitar que erros cometidos não se repitam ou fundamentar-se nos acertos de outrora para o amadurecimento de propostas que se queira levar adiante.

Um período de cinquenta, cem ou duzentos anos que separa acontecimentos passados dos dias de hoje pode nada significar em termos de evolução ou transformação, pois as ações, idéias e práticas ficam estagnadas e acomodadas no passado, sem que as pessoas provoquem reflexões e mudanças.

RESENDE in TUNDIS e COSTA¹⁷², descrevendo a maneira de se tratar o doente mental na época do Império em que surgiram os primeiros hospitais psiquiátricos — a partir de 1880 — muito se assemelha a FIRMINO¹⁷³, que faz um estudo sobre os hospitais psiquiátricos de Minas Gerais em 1980!

Creio que poucos se recordam do Projeto Julianelli, de 27/06/1980, apresentado à Câmara Federal pelo deputado Salvador Julianelli, que alterava todas as regulamentações gerais das profissões da área de saúde. No Caso do psicólogo, por exemplo, lhe seria vedado a prática da psicoterapia e o atendimento psicológico só ocorreria mediante prescrição médica, repetindo portanto, uma tentativa de oito anos antes,

(172) RESENDE, T., *op. cit.*, p. 39

(173) FIRMINO, H., *op. cit.*

quando o Conselho Nacional de Saúde questionava juridicamente o exercício profissional do psicólogo que descrevo com mais detalhes no Capítulo 1.

Conhecer a história pelo prazer de conhecer, pela vontade de descobrir fatos interessantes e curiosos, apenas para saber como foi, porque foi... Isto também é valioso. Um município se chama Franco da Rocha, outro Belford Roxo, e se descobre que os nomes homenageiam dois pioneiros da psiquiatria. Se fica sabendo que a psicologia como profissão quase veio em 1932, trinta anos antes da regulamentação oficial, e por iniciativa e trabalho de um psicólogo polonês hoje desconhecido. Quantos conhecem este fato?

Assim, acabei por estender-me um pouco ao descrever a História da Saúde Mental no Brasil, pois não gostaria de ficar com uma lacuna neste trabalho, deixando de expor fatos que considere importantes como referencial para estudos posteriores e mais aprofundados.

Concentrando-me na situação da saúde mental hoje, mostro os estudos referentes à questões que envolvem o Estado, a legislação e as políticas de saúde adotadas, questões estas que resultaram nos erros e acertos que deixaram a saúde no estado de abandono que tem sido reconhecido pela imprensa, pelos pesquisadores e pelo próprio Ministério da Saúde.

No caso particular da saúde mental, enquanto vinculada à saúde — seu próprio nome já predispõe isto — passa pelos mesmos problemas e dificuldades, além de ser vista de forma não muito positiva pelo pessoal da saúde geral.

O conteúdo da entrevista com a equipe de saúde mental do ambulatório, trouxe elementos que poderiam servir como referencial para estudos voltados para a realidade do serviço público de saúde. Foram depoimentos cujos temas não poderiam ser omitidos de estudos que pretendam trazer contribuições para a atenção à saúde da comunidade.

O discurso dos sujeitos é exemplo vivo de várias das análises feitas pelos autores citados ao longo do trabalho, o que o torna fundamental como organizador de outros trabalhos que objetivem uma compreensão maior do cotidiano das instituições de saúde mental.

A revisão bibliográfica apontou para a problemática da saúde mental enquanto dimensão ampla e globalizada.

As políticas de saúde refletem a ideologia do governo federal de investimentos na internação hospitalar e na medicina curativa em longa escala, contrapondo-se inclusive às iniciativas desinstitucionalizantes e preventivas que grassam nos próprios órgãos públicos da saúde e representem avanços no modelo de assistência médica. É uma relação ambivalente, onde convivem em luta política e ideológica os dois modelos de assistência em saúde. A implantação do SUS implica na descentralização das decisões, na extinção do INAMPS e na transferência de suas instalações para os estados e municípios. Mas os próprios órgãos federais resistem à essa transferência. Os hospitais continuam sendo o centro dos atendimentos, os privados, quero dizer, com os quais o SUS mantém convênios, repassando verbas para que eles prestem atendimento à população. Só que, nesse caso, a descentralização ainda não ocorreu de fato, pois o controle e a supervisão dos contratados não é do município, mas do governo federal.

CAMPOS¹⁷⁴ faz uma crítica à maneira como o SUS vem sendo implantado:

“O resultado dessa unificação parcial e municipalização incompleta é que não estão criando condições para o enfrentamento das contradições decorrentes do predomínio da lógica neoliberal nos hospitais, restando aos municípios, em relação à atenção individual, o comando da execução de ações básicas, atendimento à urgências e

(174) CAMPOS, G.W. de S., op. cit., pp. 96-97.

eventualmente, algumas especialidades: saúde mental, reabilitação, entre outras menos frequentes."

Convivem juntos, o hospital privado com todas as características neoliberais, e a saúde pública, transformadora e idealista.

Continuando, CAMPOS¹⁷⁵ remete esta ambivalência ao profissional de saúde:

"Essa situação não tem imposto obstáculos à viabilização da forma liberal de produzir serviços já que o crescimento da assistência pública não alterou a dupla vinculação de profissionais ao Estado e à iniciativa privada, nem vem substituindo a oferta privada de atenção."

Talvez PITTA-HOISEL¹⁷⁶ traduza melhor esta ambivalência:

"O Estado, conquanto em essência subordinado às forças econômicas e sociais dominantes, tem a suficiente desenvoltura e plasticidade para absorver determinadas mudanças, desde que não descaracterizem sua representação. Muito pelo contrário, ao fazê-lo, ainda que prejudicando aqui e ali interesses menores, acaba por favorecer seu interior, emprestando a si próprio e a elas a modernidade necessária, que encontra na política distributiva de bens e serviços uma das suas faces."

A saúde mental, conquanto pertencente à área da saúde, sofre os reflexos das determinações governamentais, por isto, muitos dos problemas levantados pela equipe técnica entrevistada são decorrentes de políticas públicas e não de situações localizadas no próprio ambulatório.

Aqui entram os baixos salários, a falta de verbas, a doença como ponto central das políticas de saúde, a insatisfação dos profissionais quanto aos salários, má

(175) CAMPOS, G.W. de S., op. cit., p. 97.

(176) PITTA-HOISEL, A. M. Sobre uma Política de Saúde Mental. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1984, p. 142.

condução e implementação do SUS, gerenciamento da prefeitura insatisfatório, ingerência político-partidária, e desperdício.

Em relação ao funcionamento do ambulatório, as dificuldades e problemas no seu dia-a-dia referem-se a falta de integração da equipe, o relacionamento difícil com os psiquiatras por parte dos demais profissionais de saúde mental e despreparo dos profissionais que não são psiquiatras e psicólogos para lidar com saúde mental ao ingressarem no ambulatório.

Os problemas pertinentes à política interna referem-se à postura e rebeldia dos funcionários administrativos, que não trabalham como deveriam, e a postura do diretor do ambulatório, que não tem papel de liderança para determinar o que deve ser feito no ambulatório.

E, finalmente, os sujeitos criticaram o regime de trabalho diferenciado entre os médicos e os não médicos.

O que caracterizou o conjunto de opiniões e críticas como um todo, foi que as reflexões e questionamentos voltam-se para os próprios profissionais, para os problemas deles. Ainda que comentassem situações envolvendo os pacientes e discorressem sobre os programas de atendimento, o ponto central da entrevista relacionava-se aos problemas e dificuldade do profissional.

Esta particularidade chama a atenção porque são muitas as críticas levantadas, até parecendo que não valeria a pena continuar como servidor público, quando de fato os entrevistados estavam no ambulatório há vários anos. Porém, por trás dos questionamentos, há esperança embutida em várias das sugestões de mudança e melhoria, particularmente quando é citada a importância do ambulatório e qual o seu papel para a comunidade; quando referem-se aos grupos com os paciente e como esse trabalho é enriquecedor e estimulante; quando comentam sobre a iniciativa de desmedicalização.

Ao final da entrevista, as últimas manifestações também traduzem esta esperança:

"Sabe, eu estou achando muito boa essa sua idéia, P., pois os trabalhos que existem e nos chegam através do ERSA e da secretaria, não mencionam o dia-a-dia do ambulatório. Quando você lê algo que foi produzido por um órgão do governo, você vê o que eles querem que faça, o ideal, o bonitinho, falam da equipe, da interdisciplinaridade, de toda uma organização que na prática não existe. Num texto assim você não encontra estas críticas que fazemos." (Dr. B., farmacêutico).

"Nós que estamos na linha de frente é que sentimos a rajada da metralhadora. Você veio ao lugar certo." (Dra. A., psicóloga).

"Mas cuidado para não levar tiros! Tem gente que não gosta de ouvir verdades!" (Dr. C., psiquiatra).

Realmente, pode-se considerar o material colhido bastante polêmico, talvez até um pouco agressivo, nos momentos em que tocam nos assuntos que mais os incomodam.

Questões como baixos salários e falta de verba, são decorrentes de determinações governamentais que fogem à alçada dos servidores, porém parecem ser o ponto central que gera insatisfações, desestímulos, críticas. Enquanto o governo e sua política de saúde estiverem voltados para orientações de organismos financiadores internacionais que pregam contenção de gastos, verificaremos alto grau de contradições, pois como implementar uma reforma sanitária que visa o bem estar da comunidade, com propostas de atendimento universalizado e de boa qualidade, se não há investimentos econômicos no setor?

Sobre a falta de integração e a dificuldade de relacionamento com os psiquiatras, penso que somente uma política de recursos humanos, com vistas a formação, capacitação, reciclagem e planos de carreira, cargos e salários para o pessoal é

que poderia dar condições de se resolver essa questão. Essa mesma política de recursos humanos também poderia solucionar os problemas de postura e rebeldia dos funcionários administrativos, que como os profissionais da equipe técnica, sofrem com os baixos salários e a desmotivação para o serviço e sentem a falta dessa política de recursos humanos.

Poderia citar que as categorias profissionais que compõem a equipe de saúde mental não têm, em sua formação durante o curso de graduação, conteúdos que as coloquem em condições de atuar em saúde pública e interdisciplinarmente. No caso do psicólogo e do psiquiatra, a sua formação é centrada no atendimento clínico individual, que para este último, incluía a prescrição de medicamentos como alternativa principal. Os demais profissionais não recebem formação em saúde mental e ainda buscam consolidar o espaço conquistado na área de saúde pública o que provoca lutas corporativistas que distanciam o trabalho em equipe interdisciplinar da prática no ambulatório. É preciso uma efetiva integração entre as escolas formadoras dessas categorias profissionais e as necessidades da saúde pública, manifestadas nas formas de atendimento vigentes em postos de saúde, ambulatórios e hospitais, que buscam modelos de atenção à comunidade distintas dessa prática clínica individual adotada na maioria das situações.

Penso ter atingido os objetivos traçados. É um ponto de partida para a realização de trabalhos que acusem os problemas da saúde mental e estimulem as transformações e mudanças tão necessárias para que os serviços públicos de saúde se coloquem realmente em prol do bem estar da comunidade e ofereçam o melhor atendimento possível aos seus pacientes; assim como levem condições satisfatórias de trabalho e remuneração adequada aos seus profissionais.

BIBLIOGRAFIA

- ACIOLI, A. "Reflexões sobre o Humano na Assistência Psiquiátrica Brasileira". in Revista de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Casa de Saúde Dr. Eiras, v. 22, n. 34, 1979, pp. 121-128.
- ALONSO, R.J.L. "Consideraciones sobre el Futuro de la Psiquiatria". in Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, v. 30, n. 1, 1989, pp. 39-46.
- ARCARO, N.T. e MEJIAS, N.P. "À Evolução da Assistência Psicológica e em Saúde Mental: Do Individual para o Comunitário". in Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília: UNB, v. 6, n. 3, 1990, pp. 251-260.
- ARMANI FILHO, O. "Psicologia Comunitária: Síntese de Uma Experiência de Implantação de um Serviço de Atendimento Psicológico Comunitário". in Revista das Faculdades Franciscanas. Bragança Paulista: Faculdades Franciscanas, v. 1, n. 2, pp. 102-123.
- ARRUDA, S.L.S. Grupo de Encontro de Mães: Vivências Clínicas do seu Funcionamento em um Ambulatório de Saúde Mental. Dissertação de Mestrado em Saúde Mental Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1989.
- ARRUDA, S.L.S. Vivências Clínicas de um Grupo de Mães, Cujos Filhos estão em Ludoterapia. Tese de Doutorado em Saúde Mental. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1991.
- ASWELL, M. The World Within. New York: Mc Graw Hill, 1947.
- ATIVIDADES do Psicólogo. in Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro: ISOP, v. 26, n.1, 1974, pp. 99-124.

- BANDEIRA, M. "Desinstitucionalização ou Transinstitucionalização: Lições de Alguns Países". in Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília: UNB, v. 6, n. 2, 1990, pp. 171-182.
- BANDEIRA, M. "Desinstitucionalização: Estão os profissionais de psicologia preparados?". in Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília: UNB, v. 8, n. 3, 1992, pp. 373-384.
- BARRETO, A.P. "Ulisses Pernambucano, educador.". in Revista Psicologia, Ciência e Profissão. Brasília: CFP, n. 1, 1992, pp. 14-17.
- BARROS, F.C. e MARI, J. de J. "Promoção da Saúde Mental: Existe Lugar para uma Ação Médica?". in Boletim de Psiquiatria. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, v. 20, n. 1 e 2, 1987, pp. 29-33.
- BASBAUM, L. História Sincera da República: de 1889 a 1930. São Paulo: Edições LB, 1962.
- BASSUK, E.L. e GERSON, S. "Desinstitutionalization and Mental Health Services". in Scientific American, v. 238, n. 2, 1978, pp. 46-53.
- BELLAK, L. and BARTEN, H.H. (coord.) Progress in Community Mental Health. New York: Brunner/Mazel Publishers, s/d, 3º vol.
- BERLINGUER, G., TEIXEIRA, S.M.F. e CAMPOS, G.W. de S. Reforma Sanitária: Itália & Brasil. São Paulo/Londrina: HUCITEC/CEBES, 1988.
- BERNARDO, M.V.C. Re-vendo a Formação do Professor Secundário nas Universidades Públicas do Estado de São Paulo. Tese de Doutorado em Psicologia Educacional. São Paulo: PUC-SP, 1986.

BERTOLETE, J.M. "OMS e a Saúde Mental". Entrevista in Revista Insight: Psicoterapia.

São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos, n. 30, junho de 1993, pp. 4-7.

BETTARELLO, S.V. e BRASILIANO, S. "A Equipe Multidisciplinar em Saúde Mental" in

Revista Insight: Psicoterapia. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos Ltda., ano 1, n. 5,

1990, pp. 22-23.

BETTARELLO, S.V., SOUZA, A.C. de, BRASILIANO, S. e LOUZÃ NETO, M.R.

"Considerações sobre o trabalho de equipe em saúde mental". in Revista Insight:

Psicoterapia. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos Ltda., ano 2, n. 22, 1991, pp. 17-

19.

BIRMAN, J. A Psiquiatria como Discurso da Moralidade. Rio de Janeiro: Edições Graal,

1978.

BLEGER, J. Psico-Higiene e Psicologia Institucional. Porto Alegre: Editora Artes Médicas

Sul, 1992.

BOARINI, M.L. "Estágio em Posto de Saúde: Prática e Reflexão". in Revista Psicologia:

Ciência e Profissão. Brasília: CFP, n. 2, ano 9, 1989, pp. 27-30.

BOCK, A.M.B., FURTADO, O. e TEIXEIRA, M. de L. Psicologias: Uma Introdução ao

Estudo da Psicologia. São Paulo: Editora Saraiva, 1988.

BORQUEZ ROJAS, E., TORRES, P., TAPIA, L., ROCHA, P., LARREA, J., YULIS, J. e

BORQUES, J.A. "Psiquiatria de Enlace: Una Nueva Perspectiva de la Salud Mental

para Latino America". in Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica da América Latina, v.

35, n. 1, 1989, pp. 48-54.

BRAGA, J.C. de S. e PAULA, S.G. de. Saúde e Previdência: Estudos de Política Social.

São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. Lei Orgânica da Saúde.

Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. Plano Quinquenal de

Saúde (1990/95): A Saúde do Brasil Novo. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde.

Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Planejamento da Secretaria Geral do

Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde e as Ações Integradas de Saúde. Brasília,

agosto de 1985. (mimeografado).

CABRAL, A. e NICK, E. Dicionário Técnico de Psicologia. São Paulo: Editora Cultrix, 1989.

CAMPOS FILHO, C.J. de e ARAUJO, F. de A. "Transformação da Instituição Psiquiátrica -

Um Caminho (I)" in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 35, n. 5,

1986, pp. 313-318.

CAMPOS FILHO, G.W. de SÃO. Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. São

Paulo Editora HUCITEC, 1992.

CAMPOS, R.H. de F. "Helena Antipoff: Da Orientação Sócio Cultural em Psicologia a uma

Concepção Democrática de Educação". in Revista Psicologia: Ciência e Profissão.

Brasília: CFP, n. 1, 1992, pp. 4-13.

CAPLAN, G. Princípios de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

CARONE, E. Revolução do Brasil Contemporâneo: 1922 - 1938. São Paulo: DESA, 1965.

CARVALHO DA SILVA, R. O Trabalho do Psicólogo em Centros de Saúde: Algumas Reflexões sobre as Funções da Psicologia na Atenção Primária à Saúde. Tese de Doutorado em Psicologia. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 1988.

CASSORLA, R.M.S. "Reflexões sobre a Formação do psicólogo Clínico". in Revista Estudos de Psicologia. Campinas: Instituto de Psicologia da PUCCAMP, v. 7, n. 2, 1990, pp. 207-215.

CENTOFANTI, R. "Radecki e a Psicologia no Brasil". in Revista Psicologia: Ciência e Profissão. Brasília: CFP, n. 1, 1982, pp. 2-50.

CERQUEIRA, L. "O Trabalho com Grupos em Saúde Mental". in Revista Neurobiologia. Recife, v. 47, n. 1, 1984, pp. 49-54.

CERQUEIRA, L. "O Trabalho como Terapia: Importância da Terapia Ocupacional". in Revista Neurobiologia. Recife, v. 46, n. 4, 1983, pp. 341-350.

CERQUEIRA, L. Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1989.

CHAPLIN, J.P. Dicionário de Psicologia. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1981.

CHARAM, I. "A Legislação sobre Doentes Mentais no Brasil: Revisão e Estudo Crítico". Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1986.

CLIMENT, C. E. e ARANGO, M.V. de. "Estrategias para la Extension de los Servicios de Salud Mental en países en Desarrollo: I- Descripción del Proyecto". in Acta Psiquiátrica e Psicologia da América latina. v. 26, 1980, pp. 48-53.

- CLIMENT, C. E. e ARANGO, M.V. de. "Atencion Primaria de Salud mental en America latina". in Acta Psiquiatrica e Psicologia da America latina. v. 27, 1981, pp. 257-274.
- COLEMAN, J.C. A Psicologia do Anormal e a Vida Contemporânea. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1973, 2 Vol.
- CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil, 1988, Título VIII, Cap. II, Seção II, Artigos 196 a 200.
- COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL DE SÃO PAULO. "Proposta de Trabalho para Equipe Multiprofissional em Unidades Básicas e Ambulatórios de Saúde Mental de São Paulo". in Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo, n. 43, 1983, pp. 35-49.
- CORDEIRO, H. de A. "A Política de Saúde na Nova República: Das Ações Integradas de Saúde ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde". in Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, v. 15, n. 1/4, 1988, pp. 56/60.
- CORDEIRO, H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.
- COSTA OLIVEIRA, N. da. A Reorientação das Ações de Saúde Mental na Secretaria de Estado da Saúde: Uma Análise da Atuação do Serviço Social em uma Instituição Psiquiátrica. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. São Paulo: PUC-SP, 1988.
- COSTA, J.F. "Saúde Mental: Produto da Educação?". in Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, n. 11, 1981, pp. 59-66.
- COSTA, J.F. "Psiquiatria Burocrática Duas ou Três Coisas que sei Dela". in Clínica do Social: Ensaio. São Paulo: Editora Escuta, 1991.

COSTA, J.F. História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1981.

COSTA, M.B.F. "Psiquiatria e Loucura". in Revista de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Casa de Saúde Dr. Eiras, v. 27, n. 39, 1983, pp. 7-21.

CUNHA, L.A. (org.) Escola Pública, Escola Particular e a Democratização do Ensino. São Paulo: Cortez Editora, 1986.

CUNHA, L.A. Educação e Desenvolvimento Social no Brasil. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1989.

DINIZ, S.A. Sentido da Vida: Base para Compreensão do Alcoolista. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP, 1992.

DÓRIA, C.S. "Memória Viva: Madre Cristina". Entrevista in Revista Psicologia, Ciência e Profissão. Brasília: CFP, n. 2, ano 4, 1984, pp. 40-43.

DUARTE JR., J.F. A Política da Loucura: A Anti-Psiquiatria. Campinas: Papyrus Editora, 1983.

FAUSTO, B. A Revolução de 1930. São Paulo: Editora Brasiliense, 1970.

FAZENDA, I.C.A. Interdisciplinaridade: História Teoria e Pesquisa. Campinas: Papyrus Editora, 1994.

FAZENDA, I.C.A. Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro: Efetividade ou Ideologia. São Paulo: Edições Loyola, 1979.

FERNANDES, F. A Revolução Burguesa no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

- FERNANDES, G.G., SILVA, L. de O., ALVES, S.R.P., ASSAD, M.M.E. e PARGA, S.R.F.A. "Estudo sobre o Funcionamento de Um Ambulatório Psiquiátrico Universitário". in Revista de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Casa de Saúde Dr. Eiras, v. 21, n. 32, 1977, pp. 255-278.
- FERRAZ, M.P. de T. e MORAIS, M. de F.L. "Política de Saúde Mental: Revisão dos dois Últimos Anos". in Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental. São Paulo: Coordenadoria de Saúde Mental, v. 45, 1985, pp. 11-22.
- FERRAZ, M.P.T. "Prioridades em Saúde Mental". in Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo, n. 44, 1984, pp. 11-17.
- FERREIRA, C.V.L. "Psiquiatria Comunitária e Epidemiologia". in Revista Estudos de Psicologia. Campinas: Instituto de Psicologia da PUCCAMP, v. 4, n. 2, 1987, pp. 69-82.
- FIRMINO, H. Nos Porões da Loucura. Rio de Janeiro: Editora CODECRI, 1982.
- FISCHMANN, R. (org.) Escola Brasileira: Temas e Estudos. São Paulo: Editora Atlas, 1987.
- FRAIZE-PEREIRA, J. O Que é Loucura. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.
- FRANÇA, C. Psicologia Fenomenológica: Uma das Maneiras de se Fazer. Campinas: Editora da UNICAMP, 1989.
- FREITAG, B. Escola, Estado e Sociedade. São Paulo: Editora Moraes, 1984.

- GERALDES, P.C. "A Formação Educacional e a Ação na Área de Saúde Mental". in Revista de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Casa de Saúde Dr. Eiras, v. 21, n. 31, 1977, pp. 97-104.
- GIL, A.C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Editora Atlas, 1988.
- GIORDANO JR., S. "Algumas Indagações sobre a Saúde Mental na Atenção Primária". in Revista ABP-APAL. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Psiquiátrica da América Latina, v. 10, n. 3, 1988, pp. 91-94.
- GONÇALVES, A.M., NASCIMENTO, A.M.C., CARVALHO, A.T. de, BICALHO, C.F.S., BAHIA, I.V., ROSA, M.M. e ALVES, S.L. "Assistência Psiquiátrica Prestada por Uma Equipe Interdisciplinar". in Revista de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Casa de Saúde Dr. Eiras, v. 23, n. 35, 1980, pp. 53-60.
- GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. (org.) Saúde e Sociedade no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumara, 1994.
- HILGARD, E. e ATKINSON, R. Introdução à Psicologia. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976.
- HOIRISCH, A. "Ação da Psiquiatria na Sociedade Contemporânea". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. v. 23, n. 1 e 2, 1974, p. 122
- INFANTE, R. "Cultura, Subjetividade e Política Comunitária: Novas Perspectivas da Interdisciplinaridade". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. v. 38, n. 3, 1989, pp. 139-142.
- INFANTE, R. "Saúde Mental: Novas Perspectivas de Intercâmbio Científico". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. v. 38, n. 1, 1989, p. 3.

- INFANTE, R. e BARBOSA, W. "Importância da Interciplinaridade em Saúde Mental". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 39, suplemento 2, 1990, pp. 6s-7s.
- JAPIASSU, H. Interdisciplinaridade e Patologia do Saber. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.
- JUSTO, H. "Identidade Profissional do Psicólogo Clínico". in Psico: Revista Semestral do Instituto de Psicologia da PUC-RS. Porto Alegre: PUCRS, v. 2, n. 1, 1981, pp. 5-21.
- KAHN, R.L. e CANNEL, C.F. The Dynamics of Interviewing: Theory, Technique and Cases. New York: John Owiley, 1962.
- KAPLAN, H. e SADOCK, B. Compêndio de Psiquiatria. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1990.
- KNOBEL, M. E SAIDEMBERG, S. (org.) Psiquiatria e Saúde Mental. São Paulo: Editora Autores Associados, 1983.
- KINOSHITA, R.T. e ZONTA, C. "O Programa de Saúde Mental de Bauru". in CAPISTRANO FILHO, D. e PIMENTA, A.L. (org.). Saúde Para Todos: Desafios ao Município. São Paulo: Editora HUCITEC, 1988.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.B. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1983.
- LEMOS, M.M. "Dez Princípios de Saúde Mental". in Publicações nº 1. São Paulo: Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo, 1973.

LIBÂNEO, J.C. Democratização da Escola pública: A Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos. São Paulo: Edições Loyola, 1984.

LIPPI, J. da S. e CRUZ, A.R. (org.) Psiquiatria Infantil: Estudo Interdisciplinar. Belo Horizonte: ABENEPI, 1987.

LOPES, J.L. "Saúde Pública e Saúde Mental". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, v. 21, 1972, pp. 115-125.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986.

LUZ, M. T. As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

LUZIO, C.A., REIS, J.R.T. e MATTIOTI, O.C. "Saúde Mental: o Desenvolvimento de um Programa em Saúde Pública." in Perfil: Boletim de Psicologia. Assis: Departamento de Psicologia Clínica da UNESP, n. 3, 1990, pp. 39-50.

MACEDO, R.M. (org.) Psicologia e instituição: Novas Formas de Atendimento. São Paulo: São Paulo Cortez, 1984.

MAIA, E. "Assistência Psiquiátrica no Brasil". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 5, n. 2, 1961.

MARÇAL RIBEIRO, P.R. "Ação Social do Psicólogo". in Revista Estudos de Psicologia. Campinas: PUCCAMP, v. 3, n. 1 e 2, 1986, pp. 131-134.

MARÇAL RIBEIRO, P.R. "História da Educação Escolar no Brasil: Notas para uma reflexão". in Cadernos de Educação Paidéia. Ribeirão Preto: FFCL/USP, n. 4, 1993.

- MARÇAL RIBEIRO, P.R. "Psicoterapia e Atendimento Psicológico em Grupos: Soluções para Problemas Institucionais". in Revista Estudos de Psicologia. Campinas: IP/PUCCAMP, v. 5, n. 1, 1988, pp. 172-177.
- MARÇAL RIBEIRO, P.R. "Saúde Mental Infantil em Instituição: Estratégias do Atendimento Clínico". in Revista Estudos de Psicologia. Campinas: IP/PUCCAMP. v. 6, n. 1, 1989, pp. 111-126.
- MARÇAL RIBEIRO, P.R. e MARÇAL RIBEIRO, B.G. "Aspectos psicológicos de um Paciente Hipertenso e Cardiopata com Sequelas de Acidente Vascular Cerebral". in Revista Estudos de Psicologia. Campinas: IP/PUCCAMP, v. 6, n. 2, 1989, pp. 120-125.
- MARÇAL RIBEIRO, P.R. Educação Escolar no Brasil: Problemas, Reflexões e Propostas. Coleção Textos, v. 4. Araraquara: FCL/UNESP, 1990.
- MARÇAL RIBEIRO, P.R., CIRIANO, C.R., MIRANDA, M. da G.D. e CAMPOS, V.L. de. "Prevenção e Tratamento em Saúde Mental na Infância: Relato de uma Experiência para Formação e Atuação Profissional nos Países de Terceiro Mundo". in Perfil - Boletim de Psicologia. Assis: Departamento e Psicologia Clínica UNESP, n. 2, outubro de 1989, pp. 11-22.
- MARSIGLIA, R. et alii. Saúde Mental e Cidadania. São Paulo: Edições Mandacaru, 1987.
- MARTINS, C.B. Ensino Pago: Um Retrato sem Retoques. São Paulo: Cortez Editora, 1988.
- MARTINS, J. e BICUDO, M.A.V. A Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos. São Paulo: Editora Moraes / Editora da PUC - SP, 1989.

- MARTZ, P., CHAVES, C.A.M. de S. e COSTA, R.C.Q. "Aspectos Teóricos e Subsídios para o Conceito de Saúde Mental". in Revista de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Casa de Saúde Dr. Eiras, v. 23, n. 35, 1980, pp. 23-36.
- MARX, M.H. e HILLIX, W.A. Sistemas e Teorias em Psicologia. São Paulo: Editora Cultrix, 1990.
- MASCARENHAS, R.S. "Contribuição para o Estudo da Administração Estadual de São Paulo". Tese de Livre-Docência em Saúde Pública. São Paulo: USP, 1949.
- MASSIMI, M. "A Contribuição de um Iluminista Brasileiro à História das Idéias Psicológicas". in Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília: UNB, 1993, v. 9, n. 1, pp. 39-50.
- MASSIMI, M. "A Psicologia Clínica Experimental em São Paulo e Domingos Jaguaribe". in Revista Psicologia. São Paulo: Sociedade de Estudos Psicológicos, 1987, ano 13, n. 2, pp. 15-25
- MASSIMI, M. "As Definições da Psicologia na Cultura Brasileira do Século XIX". in Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília: UNB, 1989, v. 5, n. 2, pp. 203-215
- MEDEIROS, M. de. "Centenário do Edifício Sede da Universidade do Brasil". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 2, n. 2, 1952.
- MEDEIROS, T. "Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil". Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1977.
- MEDEIROS, T. "Uma História da Psiquiatria no Brasil". in RUSSO, J. e SILVA FILHO, J.F. Duzentos Anos de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Relumé - Dumará e Editora da UFRJ, 1993.

- MELCHIOR, J.C. de A. O Financiamento da Educação no Brasil. São Paulo: E.P.U., 1987.
- MENDONÇA, J.L. de. "Saúde Mental" in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: ECN/UFRJ, v. 34, n. 2, 1985, pp. 91-94.
- MENDONÇA, R.C. de, KOBARG, L.H., LEITE, J.C.A., FAVA, I.S., SCATIGNO, A.L., PICOLO, C.M. e MASCARENHAS, M.L. "Experiências Iniciais na Implantação de um Serviço de Psiquiatria Preventiva". in Boletim de Psiquiatria. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, v. 9, n. 2, 1976, pp. 36-54.
- MERHY, E.E. O Capitalismo e a Saúde Pública. Campinas: Papyrus Editora, 1985.
- MINAYO, M.C. de S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.
- MOKREJS, E. A Psicanálise no Brasil: As Origens do Pensamento Psicanalítico. Petrópolis: Editora Vozes, 1993.
- MONARCHA, C. "Questões sobre o tema da interdisciplinaridade". in Revista Didática. Marília: UNESP, v. 29, 1993/94, pp. 9-12.
- MONTEIRO, S.A.I. Uma Experiência Analítico-Descritiva em Estágio Supervisionado de Orientação Educacional. Dissertação de Mestrado em Educação. São Carlos: UFSCAR, 1989.
- MOREIRA, J. "Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil". in Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria. Rio de Janeiro, v. 38, 1955, pp. 65-101.
- NEMO, C.M.B. Saúde Mental e Psicoterapias: O Abandono Prematuro dos Tratamentos e a Questão da Democratização da Saúde Pública. Xerox, Campinas, 1990.

- NUNES, E.P. "A Dimensão Social em Psiquiatria". in Revista Brasileira de Medicina: Psiquiatria. São Paulo: EDIMBRAS, n. 2, 1982, p. 38.
- OLIVEIRA, J.A. de e TEIXEIRA, S.M.F. (In) Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.
- OLIVEIRA, M.B.L. de. Escolaridade e Processo de Trabalho: O Impacto das Inovações Tecnológicas na Qualificação do Trabalhador da Indústria Mecânica. Tese de Doutorado em Educação. São Paulo: PUC-SP, 1991.
- ORGANIZACION Panamericana de la Salud. Dimensiones Sociales de la Salud Mental. Publicacion Científica n. 446. Washington, 1983.
- PAIM, I. Tratado de Clínica Psiquiátrica. São Paulo: E.P.U., 1991.
- PAIM, J.S. "Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS/BA. A Reforma Sanitária". in Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, v. 14, n. 2/4, 1987, pp. 232-234.
- PEGUIN, R.C. e DAVOLI, A. "Mudanças em ambulatório de saúde mental após a criação de equipe multiprofissional, assessoramento e local de atendimento externo ao hospital coligado". in Revista ABP-APAL. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Psiquiátrica da América Latina, v. 9, n. 2, 1987, pp. 59-62.
- PERESTRELLO, D. A Medicina da Pessoa. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1974.
- PEREZ, A.M. "Programa de Prevencion Primaria en Salud Mental". in Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica da América Latina, 1984, pp. 146-150.

- PESSOTI, J. "Dados para uma História da Psicologia no Brasil". in Revista Psicologia. São Paulo: Hucitec, n. 1, 1975, pp.
- PESSOTTI, I. "Notas para uma História da Psicologia Brasileira". in Conselho Federal de Psicologia. Quem é o Psicólogo Brasileiro?. São Paulo:EDICON, 1988.
- PETRAGLIA, J.C. Interdisciplinaridade: O Cultivo do Professor. São Paulo: Editora da Universidade São Francisco/Editora Pioneira, 1993.
- PITTA-HOISEL, A.M. Sobre Uma Política de Saúde Mental. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1984.
- PRADO, M.P. de A. "Durval Marcondes". in Revista Brasileira de Medicina: Psiquiatria. São Paulo: EDIMBRAS, n. 2, 1982, p. 39.
- RAMON DE LA FUENTE, J. "Enseñanza e Investigacion en Salud Mental en America Latina: Prioridades e Implementacion". in Acta Psiquiátrica y Psicologia da América Latina, 1985, n. 31, 1985, pp. 269-283.
- REALI, M. "A Psiquiatria Democrática Italiana - Repercussões Sociais: A Mudança na Abordagem da Saúde Mental". in Jornal Brasileiro de Psichiatria. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 39, s. 2, pp. 8s-9s.
- REGIS DE MORAES, J.F. Entre a Educação e a Barbárie. Campinas: Papyrus Editora, 1983.
- REGIS DE MORAIS, J.F. (org) Construção Social da Enfermidade. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978.

- RESENDE, H. "Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica". in TUNDIS, S.A. e COSTA, N. do R. Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 1992, pp.
- RIBEIRO, M.A.R. História sem Fim...Inventário da Saúde Pública. São Paulo: Editora UNESP, 1993.
- ROCHA, G.S. Introdução ao Nascimento da Psicanálise no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1989.
- RODRIGUES, C.R.C. "A Especialização em Psiquiatria". in Revista ABP-APAL. São Paulo: Associação Psiquiátrica da América Latina, v. 11, n. 4, 1989, pp. 155-159.
- ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: HUCITEC/Editora Unesp, 1994.
- ROTELLI, F. e AMARANTE, P. "Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: Aspectos Históricos e Metodológicos". in BEZERRA JR., B. e AMARANTE, P. Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume - Dumará Editora, 1992, pp.
- RUSSO, J. e SILVA FILHO, J.F. da. (org). Duzentos Anos de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Relumê Dumará/Editora da UFRJ, 1993.
- SAGAWA, R.Y. Redescobrir as Psicanálises. São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos, 1992.
- SANDLER, P.C. "O Campo da Psiquiatria Social: Definição de Termos e um Esquema". in Boletim de Psiquiatria. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, v. 8, n. 3 e 4, 1975, pp.

SANTOS FILHO, L. Pequena História da Medicina Brasileira. São Paulo: Editora Parma, 1980.

SANTOS, R.F. "Discurso de Abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde". in Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília Ministério da Saúde, 1987, pp. 15-18.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. "Saúde Mental - Planejamento e Organização de Serviços: Subsídios para o Planejamento Municipal e Regional". in Cadernos de Saúde. São Paulo, s/d.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. "A Organização Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo". in Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo. São Paulo, 1987, v. 46, n. 5, suplemento, pp. 9-45.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. "Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental". in Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo. São Paulo, 1983, v. 43, número especial, pp. 1-42.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Programas de Saúde. São Paulo, 1992.

SÃO PAULO. Uma Revolução na Área da Saúde: A Experiência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, 1988.

SARTORIUS, N. "Mental Health in the early 1980s: some perspectives". in Bulletin of The World Health Organization. Geneva, v. 61, n. 1, 1983, pp. 1-6.

SCHRADER, A. Introdução à Pesquisa Social Empírica. Porto Alegre: Editora Globo, 1987.

SCHULTE, W. e TÖLLE, R. Manual de Psiquiatria. São Paulo: E.P.U., 1981.

SEMINÉRIO, F. Lo P. e FIQUEIREDO, J.C. "A Psicologia no Brasil" in Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, v. 25, n. 1, 1973, pp. 147-161.

SEVERINO, A.J. "Subsídios para uma Reflexão sobre Novos Caminhos da Interdisciplinaridade". in SÁ, J. (org). Serviço Social e Interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

SIEBENEICHIER, F.B. "A Interdisciplinaridade na crise atual das ciências". in Revista Educação e Filosofia. Uberlândia: UFV, v. 3, n. 5 e 6, 1988/89, pp. 105-114.

SILVA FILHO, J.F. da. "O Sistema de Saúde e a Assistência Psiquiátrica no Brasil". Rio de Janeiro: UFRJ, v. 39, n. 3, 1990, pp. 135-146.

SILVA FILHO, J.F. da. "O Sistema de Saúde e a Assistência Psiquiátrica no Brasil". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 39, n. 3, 1990, pp. 135-146.

SILVA, P.L.B. Atenção à Saúde como Política Governamental. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. Campinas: UNICAMP, 1984.

SILVA, R.B. de P. e. Alguns Aspectos da Anemia Falciforme no Brasil: A Percepção dos Pacientes, bem como a dos Geneticistas e Hematologistas, a Respeito da Doença. Dissertação de Mestrado em Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1992.

SILVA, R.C. da. O Trabalho do Psicólogo em Centros de Saúde: Algumas Reflexões sobre as Funções da Psicologia na Atenção Primária à Saúde. Tese de Doutorado em Psicologia. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 1988.

SOIFER, R. Psiquiatria Infantil Operativa. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1985, v. 2.

SOUZA, J.A.H. de. "O Sistema Unificado de Saúde como Instrumento de Garantia da Universalização e Equidade". in Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987, pp. 141-144.

SOUZA, P.L.S. Vivências Sexuais de um Grupo de Jovens da Região Metropolitana do Recife. Dissertação de Mestrado em Educação. Campinas: Faculdade de Educação da UNICAMP, 1983.

STAKE, R.E. "Uma Subjetividade Necessária em Pesquisa Educacional." in GOLDBERG, M.A. e SOUZA, C. P. (org.). Avaliação de Programas Educacionais. São Paulo: E.P.U., 1982.

STELA, F. "Avaliação de Traços e Estudos de Ansiedade em Pacientes Hipertensos de Centro de Saúde". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ/ECN, v. 40, n. 10, 1981, pp. 497-499.

STELA, F. Distúrbios Depressivos em um Centro de Atenção Primária: Prevalência Momentânea e Análise do Discurso dos Pacientes. Tese de Doutorado em Saúde Mental. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1991.

TANAKA, O.Y., ESCOBAR, E.M.A., GIMENEZ, A.S.M., CAMARGO, K.G., LELEI, C.L.S. e YOSHIDA, T.M. "Gerenciamento do Setor de Saúde na Década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil". in Revista de Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, v. 26, n. 3, 1992, pp. 185-194.

TEIXEIRA, S.M.F. Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: Um Passo Adiante ou Dois Atrás?. Rio de Janeiro: FGV/EBAP, 1984.

TORRES, A.R., POMPEI, M.S. e KERR-CORRÊA, F. "Avaliação da Implantação de um Serviço de Saúde Mental em Centro de Saúde I". in Revista ABP-APAL. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Psiquiátrica da América Latina, v. 11, n. 3, 1989, pp. 114-120.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

UCHOA, D. de M. "Ações Programáticas para a Implantação de Uma Psiquiatria de Comunidade". in Boletim de Psiquiatria. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, v. 7, n. 1, 1974, pp. 5-11.

UCHÔA, D. de M. Conceito de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1973.

UCHOA, D. de M. Organização da Psiquiatria no Brasil. São Paulo: Editora Sarvier, 1980.

VAISSMAN, M. "A Responsabilidade da Previdência Social na Área da Saúde Mental". in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 38, n. 3, 1989, pp. 129-132.

VAISSMAN, M. Assistência Psiquiátrica e Previdência Social: Análise da Política de Saúde Mental nos Anos 70. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1983.

VAISSMAN, M., LEVCOVITZ, S.ÃO. e AMARANTE, P.D. "A Saúde Mental na Reforma Sanitária." in Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ/ECN, v. 36, n. 6, 1987, pp. 347-352.

- VERAS, F.M.F. "Atenção Primária em Saúde". in ROUQUAYROL, M.Z. (org.) Epidemiologia e Saúde. Fortaleza: UNIFOR/CNPq, 1983.
- VERSIANI, M. "A Importância da Epidemiologia Psiquiátrica para a Promoção de Saúde Mental". in Revista de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Casa de Saúde Dr. Eiras, v. 22, n. 34, 1979, pp. 227-234.
- WARREN, H.C. (comp.) Dicionário de Psicologia. México: Fondo de Cultura Economica, 1991.
- WEIL, P. "Evolução da Psicologia Industrial e Organizacional no Brasil". in Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro: ISOP, v. 24, n. 3, 1972, pp. 7-13.
- WOLF, S.M.R. "Alguns Dados Sobre a Caracterização da Clientela do Centro de Psicologia Aplicada da UNESP". in Perfil - Boletim de Psicologia do Departamento de Psicologia Clínica. Assis: UNESP, n. 1, 1988, pp. 78-96.
- WORLD Health Organization. Child Mental Health and Psychosocial Development. Geneva, 1977, (Technical Reports Series n. 613).
- WORLD Health Organization. Child Mental Health and Psychosocial Development. Geneva, 1977. (Technical Reports Series n. 613).
- ZANNON, C.M.L. da C. "Desafios à Psicologia na Instituição de Saúde". in Revista Psicologia: Ciência e Profissão. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, ano 13, n. 1,2,3 e 4, 1993, pp. 16-21.

ANEXO

**O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NA OPINIÃO DE UM
GRUPO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE MENTAL.**

Entrevistador: Como já expliquei a cada um de vocês no primeiro contato que tive individualmente, estou colhendo depoimentos dos profissionais de saúde mental deste ambulatório, visando levantar a opinião de vocês sobre o cotidiano do ambulatório, os problemas as dificuldades, a maneira como vocês trabalham, as relações entre o profissional, seus superiores, o ERSA, o ESTADO. Vocês fiquem a vontade para expressar o que quiserem, não vou dirigir a entrevista, ainda que possa fazer algumas perguntas mais específicas. Primeiramente, vocês poderiam colocar um pouco da sua experiência, o que cada um faz... É só o começo!...

Dra. A. (psicóloga): Eu cheguei no ambulatório em 1987, uma época de conflitos sérios entre os vários funcionários. Por causa de questões políticas, que inclusive influenciavam o desenvolvimento profissional. Quero dizer, política partidária, se você fosse do partido da maioria, você conseguia as coisas. Se não, até uma perseguição velada poderia ocorrer.

Dr. C. (psiquiatra): Mas isto não existe mais!...

Dra. A.: Sim, as coisas mudaram, mas acho importante estar colocando isto. É história do ambulatório! História recente, mas é história. Naquela época, as questões do funcionamento do ambulatório, como por exemplo, resolver sobre a abertura do ambulatório durante as noites, a contratação de novos funcionários, isso ficava em segundo plano. Importante era se fulano ia ser transferido não sei pra onde, ou se iria ficar

aqui, ou então se beltrano vai cair como diretor porque mudou o secretário da saúde e aí ele troca o diretor do ERSA... Na verdade o ambulatório parecia existir para que se fizesse política. Eu sentia que havia uma preocupação bem maior com os cargos, com os postos-chaves que seriam mudados, com a hierarquia acima do que com os pacientes, com o atendimento.

Dra. J. (psicóloga): Olhe, essa questão da política não acabou de tudo, não. Os diretores são nomeados por afinidades políticas. E vocês sabem como o nosso ambulatório ficou isolado.

Entrevistador: Como assim?

Dra. J.: A maioria dos médicos e demais profissionais daqui era do PT. Para não criar problemas, pois o pessoal daqui era de briga, as instâncias superiores, que eram de outro partido, foram isolando o ambulatório. Eles (os burocratas de cima) ou tem medo de se aproximar ou é falta de interesse mesmo. E com a municipalização, nós acabamos ficando por conta da prefeitura.

Entrevistador: Bem, vocês começaram por um outro lado, preferiram abordar a questão política do ambulatório...

Dr. C.: É que os nossos maiores problemas estão ligados à questão política. O ambulatório atende o ERSA, a demanda é muito grande. O gerenciamento é feito pela prefeitura. Sofremos por causa da crise da saúde, pela falta de verbas. Sofremos por causa da reforma sanitária, pois trouxe a municipalização da saúde, trouxe transformações que nem a prefeitura nem o Estado estão lidando com facilidade. Sendo a demanda muito grande, e o número de profissionais ligados ao atendimento sendo insuficiente para cobrir toda essa demanda, o atendimento fica comprometido. A demanda fica muito além da capacidade de atendimento dos profissionais. A municipalização ainda

não é efetiva em termos concretos de atendimento e funcionamento adequado. No papel, sim, mas na prática está em transição, vai levar alguns anos para se atingir o que o SUS propõe. Nesse período de transição quem sofre é a população. O município não tem "know-how", não tem estrutura para manter um atendimento em saúde mental de bom nível.

Dr. R. (psicólogo): Vou exemplificar o que o C. relatou. A gente sente que está muito isolado e sem nenhuma valorização por parte da Secretaria Municipal de Saúde. Porque o secretário de saúde que entrou, além de não conhecer saúde mental, não incentivava o serviço e o gerenciamento era pior do que na época da ditadura. Nós tínhamos de assinar, além de um livro ponto, uma folha de papel almaço colocando horário de entrada, horário de saída e passava um fiscal para verificar se estava todo mundo cumprindo horário.

Dr. C.: Existe uma preocupação muito grande aqui por parte do Secretário Municipal para que os profissionais cumpram o horário contratual. No caso dos médicos, como o contrato é 4 horas diárias, essa exigência não se torna tão problemática quanto para os psicólogos, assistentes sociais, T.O., etc. O contrato deles é de 8 horas...

Dra. K. (assistente social): Nós tínhamos (ou temos) um argumento de que ficar as oito horas no ambulatório não era possível, tanto a nível salarial quanto a nível da própria saúde mental nossa. É desgastante, estressante. Não se compreende que o tipo de trabalho executado no atendimento ao doente mental é diferente de qualquer outro. Em 1990 foi estabelecida essa questão da vigilância e da folha de papel almaço, aí eu, o R. e a M., que é enfermeira, nós recusamos e fomos colocados em disponibilidade.

Dr. R.: Bom, já que você está tocando nesse assunto, vamos falar às claras para o P. (entrevistador) entender como a situação aqui foi séria. Em 1990 nós tivemos uma crise com o diretor do ambulatório, o que provocou a vinda de uma equipe de São

Paulo, vieram um psiquiatra, uma psicóloga e uma assistente social, para fazer um diagnóstico sobre os problemas do ambulatório. Na época, foi apontado que os problemas principais eram ter pessoas que estavam sem função, ter um diretor técnico que não tinha o perfil desejado e um psiquiatra, que segundo constava no relatório, era esquizofrênico. Foi pedido o afastamento deles e que outros profissionais fossem colocados em seu lugar. Só que o secretário municipal de saúde não acatou este relatório, quando nós pedimos esse relatório ele se negou a nos dar, aí o responsável no ERSA pela saúde mental o enviou para nós e o secretário nos acusou de roubo. O conflito entre o ambulatório e a secretaria de saúde foi acirrado, o que culminou com uma sindicância feita pelo conselho municipal de saúde. O conselho também não considerou esse relatório e os conselheiros fizeram eles mesmos um outro relatório, onde concluíam que havia divergência entre a equipe e o diretor técnico e propunham uma intervenção. O articulador de saúde mental do ERSA entrou no meio para tentar achar uma solução. Isso tudo levou vários meses, foi um longo período de discórdias. E acabou resultando numa reestruturação do ambulatório que começou em março de 1992.

Dr. C.: É... só que a reestruturação começou, mas o problema básico da relação entre nós e o diretor não foi abordado; os problemas continuaram, o articulador de saúde mental foi afastado pelo diretor técnico sem consulta a equipe, logo depois saíram os dois psiquiatras que davam suporte para o atendimento dos psicóticos e o programa desestruturou-se.

Entrevistador: O Programa?...

Dr. C.: Ah! É que eu não expliquei, mas a reestruturação resultou na elaboração de programas de atendimento, coisas que não existia aqui antes. Eu vim de um ambulatório de São Paulo onde havia vários programas (atendimento ao idoso, ao alcoólatra, ao psicótico, etc.).

Dr. B. (farmacêutico): Até a saída dele, a relação nossa com o diretor era difícil, ao ponto de a equipe não conversar com ele nas reuniões.

Dra. K.: Para você ver, o cotidiano do ambulatório é barra! Desgastante! E ainda tem a relação com o secretário.

Dra. A.: Olhe, está certo que nós somos contratados por oito horas, mas se nós fôssemos ficar direto aqui, as oito horas, pelo pouco que recebemos, nós estaríamos pagando para trabalhar. Eu teria de por uma empregada em casa e o que eu ganho não dá para pagar uma empregada.

Dra. V.: O dia em que neste ambulatório for obrigado ficar as oito horas eu não trabalho mais aqui. Eu não tenho com quem deixar o meu filho!...

Dr. B.: Não pense que a gente não trabalha. A gente trabalha e muito, só que dividimos as atividades, quem vem de manhã não vem a tarde, e vice-versa, mas no período estabelecido todos ficam o tempo todo. Não é só uma horinha, não...

Entrevistador: A questão da vigilância ainda existe?

Dra. K.: A folha de papel almaço não vingou, mas a cada ano ele torna uma atitude diferente referente a essa questão de horário. Uma vez tinha de entregar toda semana uma lista de presença na secretaria, outra vez a encarregada de pessoal tinha que telefonar depois das oito horas da manhã e após a uma hora da tarde para dizer quais as pessoas presentes na unidade. E agora é alguém da secretaria que liga! É uma relação bem persecutória.

Dra. J.: A intervenção da secretaria municipal fica somente a nível de cobrança a produtividade e na questão do horário. E produtividade significa quantos pacientes foram atendidos!

Dr. C.: O que interessa são números! Não há interesse sobre a qualidade do serviço, não entendem nada da saúde mental. A preocupação é com o quanto você atende, não com o como você atende.

Dr. R.: A gente sente o isolamento, e não há nenhuma valorização por parte da secretaria municipal. Da parte do ESTADO, o ERSA também não faz muita coisa, já que a gente está municipalizado e cabe ao município o gerenciamento e a elaboração do projeto de saúde mental. Veja a nossa situação: de um lado temos a secretaria municipal que não apóia, sem contar que não tem ninguém de saúde mental lá; de outro lado, a secretaria estadual nos deixa ao "Deus dará" porque não pode intervir.

Dr. B.: Nós, funcionários da saúde, funcionários do estado, nós nos sentimos muito desamparados, sem saber onde recorrer nos casos de arbitrariedade. A gente sabe que em todo o Estado, em todos os ambulatórios, tirando os médicos, os demais membros da equipe trabalham no máximo seis horas diárias, meio período, ou de manhã ou à tarde. Já foi colocado que oito horas não dá, aí quando nos é cobrado esse horário, o ERSA não intervém, a Secretaria Estadual fica omissa nos assuntos que são importantes para nós e que se relacionam com o gerenciamento do ambulatório. Em 1992, com a saída dos dois psiquiatras que o C. falou, nós ficamos só com um psiquiatra e mais o diretor, com a desestruturação do programa de atendimento aos psicóticos, simplesmente começou a aumentar o número de internações. Os doentes que estavam controlados, que já estavam quase retornar a sua vida normalmente, acabaram sendo internados, a re-internação acontecia várias vezes. Veja como um ambulatório sem funcionar a contento traz prejuízos e problemas para a comunidade. Não há empenho, seja da esfera municipal, seja da esfera estadual, para investir no profissional, para se discutir alternativas, para chamar profissionais que ocupem as funções vagas. É a comunidade quem paga!... Só agora é que estamos com mais psiquiatras.

Dra. V. (enfermeira): Os profissionais, em vista desse "caos", demonstram cada vez mais o desejo de sair do ambulatório e buscar outros caminhos. Falta material, não tem recursos, o trabalho é desconhecido, não é valorizado, tem muita gente saindo por causa do baixo salário.

Dra. K.: Sabe o que eu penso? Retomando um pouco o que os colegas disseram, eu penso assim: não há apoio político! Com a municipalização, o ambulatório ficou sem pai e sem mãe. É gerenciado pela prefeitura e esta prefeitura não sabe gerenciá-lo. Há uma verdadeira "politicagem" que impede, o desenvolvimento pleno das atividades, faltam medicamentos, a decisão de muita coisa é da prefeitura, que não tem uma visão de saúde, tampouco de saúde mental, como o Estado tem. É difícil um trabalho integrado, pois cada um está buscando o melhor para si, a situação econômica e os baixos salários desestimulam e como cada profissional está voltado para si, fica difícil a integração. Nós funcionários da saúde, nos sentimos muito desprestigiados. Saúde e Educação nunca foram valorizados pelos governos. Eu ganho a sexta parte do que ganha a assistente social do INPS, com a mesma carga horária! Eu estou deixando o ambulatório.

Entrevistador: E o cotidiano do ambulatório? Como é o trabalho de vocês?

Dra. A.: Há falta de verba. Para você ter uma idéia, há um tempo atrás nós servíamos lanches para os pacientes. Eles ficavam horas e horas esperando, vinham de longe, sem recursos, então o lanche era servido. Hoje??!! Às vezes o paciente passa mal, por fome, e não há condições de ajudá-lo. Hoje, se precisar colocar uma carta no correio é preciso mandar para a secretaria! Há falta de funcionários, há falta de médicos. O paciente chega no balcão e a atendente diz "Olhe, você volta amanhã de manhã porque agora à tarde não tem médico!". É uma situação muito desagradável, às vezes o paciente aceita, outras vezes reclama, pois vem de outra cidade, ou de um bairro muito longe, gastou

dinheiro. Mas fazer o que? Falta médico! Então, o nosso trabalho é afetado, o cotidiano do ambulatório é afetado, não dá para atuar de forma satisfatória.

Dr. C.: No ambulatório, o atendimento é feito basicamente através de programas (atendimento do adolescente, do idoso das patologias orgânicas, do alcoolismo, da drogadicção, etc) A equipe, como você vê, é multiprofissional, a proposta de trabalho é de equipe, mas não é o que ocorre. Não há integração, não há interdisciplinaridade, há uma dificuldade em se comunicar.

Dr. B: Eu vou falar sobre as minhas atividades, então. A contratação do farmacêutico para os ambulatórios de saúde mental é hoje feita para os locais onde haja atenção em saúde mental e uso de psicotrópicos, por força de uma legislação específica sobre o controle dessa tipo de medicamento. Mas a minha participação no ambulatório vai além dessa especialidade. Estou há dez anos na área de saúde mental, e como o curso de Farmácia não dá formação nesse campo, eu tenho feito alternadamente cursos que me ampliam o conhecimento de saúde mental, fiz um período de terapia, e penso que é o conjunto de tudo isso que me dá a base para atuar com a S. no programa de orientação ao alcoolismo e no grupo de epiléticos.

Entrevistador: Como é a sua atuação num grupo sendo farmacêutico?

Dr. B: O grupo de epiléticos se reúne aqui uma vez por mês. São pacientes portadores de epilepsia, que, no grupo, lida com o dia-a-dia, com as dificuldades com a família, coma o trabalho, vemos o estado clínico dele, se está tendo crises, se faz uso correto da medicação. A cada seis meses eles passam por uma avaliação médica, fazem um eletro-encefalograma no hospital e um exame toxicológico para verificação da dosagem de anti-convulsivos e de diazepam. Quando eles vão para essa consulta semestral, já vão com esses dados no prontuário. Aí, eu e a S. discutimos o caso com o médico que dá

assistência. A gente, na verdade, é que acompanha os pacientes, observando nos grupos... Antes, até havia verba para visitas domiciliares, mas agora...

Dr. S. (enfermeira): Olhe, embora já tenha sido dito por um dos colegas que não há integração, eu discordo um pouco. Esse trabalho que eu e o B. fazemos, juntamente com o médico responsável pela assistência ao epilético, é um trabalho integrado. A gente discute as questões e tal, não é aquela coisa de o médico chegar e dizer "é isto" e a gente "sim senhor". Ele pode até dizer "é isto", mas a gente olha e diz "pode até ser isto, mas é mais provável que seja aquilo por cauda de..." entende? A questão de não haver integração, interdisciplinaridade, acontece, sim, mas não no que se refere a equipe como um todo. Isoladamente, grupos de dois ou três profissionais acabam fazendo um trabalho integrado.

Dra. A.: São as circunstâncias, e essa integração não atinge todos os profissionais. Como a K. falou, a maioria aqui está buscando o melhor para si, voltando-se para atividades que lhe dê independência, pouco trabalho...

Dra. S.: Nós nos sentimos muito gratificados com o desenvolvimento dos grupos tem um lado muito positivo que é a questão do vínculo. O vínculo que foi criado conosco e entre eles próprios. Como no caso do Euclides, que quando entrou no grupo nem falava, tinha uma gagueira bem acentuada que dificultava a comunicação. E de uns meses para cá, esse paciente tem deixado aflorar muitas coisas, a gente nunca tinha percebido esse lado dele, de falar, expor suas idéias. Tem muitos debates entre eles próprios, com questões que eles trazem. Os pacientes dão palpites sobre os pontos de vista dos colegas, falam se acham determinada posição do companheiro adequada ou não certa ou errada. Eles ficam muito à vontade para se colocar. Esse trabalho para eles é bom, aliás para todos nós também. É estímulo, pois se a gente fosse trabalhar pelo salário,

não faria nada. O salário aqui é bem pequenininho, como diz o Chico Anízio... "E o salário: Ohhh!". Se fosse pelo salário, a gente vinha, assinava o ponto e ia embora.

Dr. R.: Aí a gente volta no questão política. E eu me lembrei de um dado importante para você compreender a nossa situação. No começo do governo Quéricia, foi extinta a Coordenadoria de Saúde Mental, um órgão da Secretaria de Saúde que, como o próprio nome sugere, coordena as ações de saúde mental no Estado. As pessoas que eram da Coordenadoria foram para a Secretaria, os ERSAs ficaram soltos, sem uma supervisão...

Dr. C.: Se você olhar um organograma, verá que, ligado à Secretária de Saúde, há um chamado Grupo de Atenção à Saúde Mental, e ligado a esse Grupo, existem Coordenadores Técnicos dos Programas de Saúde Mental, cada um responsável por sua região de saúde mental, mas o problema é que acabou aquela coisa de saúde mental separadamente, com organização própria, seguindo as diretrizes de uma coordenadoria. Agora a saúde mental fica no bojo da saúde...

Dra. V.: É a dificuldade da saúde mental se integrar a saúde pública...

Entrevistador: Como assim?

Dra. V.: Há um certo preconceito na área de saúde com relação à psiquiatria, ao próprio psiquiatra, com relação ao doente mental. Nós ficamos num segundo plano. Quando existia a Coordenadoria, fluíam mais recursos, nós tínhamos um elo de ligação com a Secretaria, uma instância que era especializada em saúde mental, que sabia das nossas necessidades e, principalmente, da nossa especialidade, coisa que quem não é da área desconhece.

(Silêncio).

Entrevistador: Há ainda duas pessoas que não se manifestaram. Vocês poderiam falar sobre o seu trabalho, dando início a este aspecto do cotidiano do ambulatório? Aí, os outros também poderão colocar mais alguma coisa, se quiserem.

Dra. N. (psicóloga): Eu atendo pacientes adultos com neuroses, realizando psicoterapia individual ou de grupo. São pacientes encaminhados por profissionais de Unidades Básicas de Saúde, médicos particulares, hospitais psiquiátricos ou mesmo por outro profissional daqui do ambulatório. No caso de encaminhamento de hospital, é que o paciente estava internado, fez tratamento lá e quando teve alta foi encaminhado para o ambulatório, para continuidade do tratamento.

Dra. P. (assistente social): Eu estou trabalhando com os grupos terapêuticos, com o R. e a J. Nós estamos trabalhando mais com o quadro de psicoses, com terapia de apoio, orientação da família.

Dra. N.: A dificuldade que temos (ou, uma das) é a demanda. Tem um número muito grande de pacientes, e a secretaria só quer saber do número de atendidos. O que a gente faz aqui dentro, a maneira que a gente trabalha, as dificuldades, isso tudo tanto faz. A gente nem tem a quem reclamar! A relação com os médicos com exceção do C., que está aqui, e de mais um, não é das melhores, não tanto pela pessoa do médico, mas pela atitude no ambulatório. Não sei se atitude é a palavra certa. Me refiro a presença do médico no ambulatório, ao tempo de permanência. Se você está atendendo um paciente que concomitantemente está fazendo tratamento com medicamento, e você precisa conversar com o psiquiatra, ele mal te atende, pois está sempre com pressa, está perdendo hora. Os horários dos psiquiatras são diferentes dos outros profissionais, cada um tem o seu horário de permanência no ambulatório, mas nunca ficam o período todo. Tem três médicos que são federais, eles são contratados por quatro horas, mas não ficam

as quatro horas no ambulatório. Aí se você precisa conversar com eles, é difícil encontrar um horário.

Entrevistador: Você disse federais?

Dr. C.: É que embora o ambulatório seja estadual, como estamos com um sistema único de saúde, você pode encontrar servidores estaduais, federais, ou municipais atuando na mesma unidade.

Dra. P.: Só que o federal ganha mais e trabalha menos...

(Risos).

Dr. R.: Acho que não tem problema se a gente acabar repetindo um pouco a opinião dos colegas, não é? Afinal, se você quer colher nossa opinião, deve ser até importante a coincidência entre o que um e outro falam, aí você vê que não é uma opinião isolada.

Entrevistador: Tudo o que vocês colocarem é importante, e o que você está chamando de repetição, eu digo que é complemento. Pode expor a sua idéia.

Dr. R.: Em relação ao nosso trabalho, ainda que alguns colegas consigam atuar integrados, eu diria que há exemplos que mostram como a tendência maior é para a individualização. Às vezes temos choques devido a muito interesse pessoal em detrimento do interesse pela instituição. As pessoas buscam, algumas vezes, fazer as coisas dentro dos seus interesses pessoais, principalmente ligado à horário em detrimento de um trabalho. Isso acarreta problemas para a equipe, fica mais difícil realizar coisas, gera até problemas de relacionamento. O Serviço Social, muitas vezes se mostra sub-utilizado, mas ao mesmo tempo o próprio serviço social não se mostra disponível e com disposição de fazer algum projeto mais abrangente em saúde mental. Se restringe ao atendimento e

orientação dos familiares dos pacientes. Só que poderia ser mais abrangente, realizar um trabalho de visitas domiciliares...

Dra. K.: Mas há o problema de verba, de condução...

Dr. R.: Tudo bem, eu sei, mas se a gente quiser, pode dar um jeitinho. E se não for visitas domiciliares, pode-se pensar em outra coisa. Sinto que há necessidade de reciclagem, de uma maior formação para trabalhar com grupos familiares. Com a Terapia Ocupacional é aquela terapia ocupacional tradicional, não é feito algo diferente, não se busca novas propostas. Quando a gente começou com o programa de psicóticos, havia um paciente que era engenheiro agrônomo. Então, nós fizemos a proposta e ele aceitou, de dar algumas idéias de como fazer uma horta para os pacientes trabalharem, arrumamos as sementes, ajeitamos tudo para essa atividade com os pacientes, só que a T.O. não deu continuidade a esse trabalho, ela não tinha motivação para fazer outro tipo de trabalho além do tradicional. No caso da psiquiatria, o que modificou foi que a presença de dois psiquiatras novos, com idéias mais modernas, permitiram um intercâmbio maior entre a psiquiatria e os demais membros da equipe. É que na instituição, o médico se integra de uma maneira diferente que todos os outros profissionais. De início, como já foi dito, ele é contratado por quatro horas de trabalho, enquanto os demais são por oito horas. O salário é maior e ele fica menos tempo no ambulatório. Muitos são como visita. Vem, fica aquela horinha para atender, vai embora porque tem outros lugares onde ele atua no mesmo esquema. E a idéia que têm do ambulatório é de uma unidade psiquiátrica não uma unidade de saúde mental.

Dr. C.: Se você me permite, R., é por causa dessa visão que predomina o tratamento farmacêutico.

Dr. R.: Mas você não é adepto da utilização de medicamentos como regra geral do tratamento. Você colaborou muito para o processo de desmedicalização de muitos

pacientes. Eram pessoas que tomavam Diazepan e Neozine há quinze anos e o trabalho nosso foi lidar gradativamente com os conflitos, com a dependência, e pouco a pouco se pôde reduzir acentuadamente o uso do medicamento.

Dra. N.: Tem uma outra questão, relacionada à postura dos psiquiatras mais velhos, que não vêem os outros profissionais da equipe como colegas, mas como subordinados. É como se eles tentassem impor sutilmente uma precedência. Não são todos, é claro; não pense que há antagonismo entre nós e eles, é apenas uma questão de visão que se tem da sua profissão e da dos demais.

(Silêncio).

Dra. P.: O relacionamento com os médicos é difícil porque eles não participam, eles cumprem o papel deles de forma muito limitada. Sê você os procura eles dizem "não tenho tempo!".

Dra. V.: O médico não chega para você e diz "sabe aquele paciente que eu te encaminhei, como é que ele está?". O único que, quando o caso chama mais a atenção, se interessa bastante é o J.J. os outros, quando eles fazem o encaminhamento, o paciente chega na sala trazendo um encaminhamento que você não entende a letra, o médico nem sabe como tratar o colega da outra área. Você recebe o paciente com uma venda nos olhos, pois nem dá para decifrar o diagnóstico.

Dra. J.: E se você vai procurar o psiquiatra, ele se sente incomodado não tem disponibilidade para lhe dar atenção. Olha, eles não cumprimentam, não falam nem bom dia. É um diálogo difícil mesmo. eu vou lhe falar uma coisa trabalhei em dois hospitais gerais, com todas as especialidades da medicina e nunca encontrei um relacionamento tão difícil como com os psiquiatras deste ambulatório.

Dra. V.: Eu trabalhei com oito médicos num hospital, todos clínicos, era um relacionamento excelente, nós trabalhávamos integrados.

Dra. S.: Eu fico abismada. Já convivi com todas as especialidades... até a grosseria do cirurgião é fchinha perto do que eu encontro aqui...

Dr. C.: Gente, acho que há mais coisas que serão úteis para a tese do Dr. P., não vamos ficar lavando roupa suja agora...

Dr. R.: Não é lavar roupa suja. Acho que se o ambulatório tem problemas, seja de falta de verbas, ou de relacionamento, tudo deve ser colocado. Não vamos omitir fatos porque podem chocar as pessoas de fora.

Dra. K.: Vocês dois têm razão. E para o ambiente não esquentas, brincadeirinha, tá?, Vamos falar de outro aspecto.

Entrevistador: Vocês poderiam falar sobre o ingresso de vocês no ambulatório? Como foi, quando foi, as primeiras impressões...

Dra. V.: Eu prestei concurso, era uma vaga para Enfermeira mas não estava especificado em qual área eu iria trabalhar. Minha vaga saiu depois de dois anos, e foi para a saúde mental. Quando eu chequei no ambulatório, não estava claro qual a função da enfermeira. Ninguém me disse nada. Quem me deu apoio foi a J., me pegou pelo braço e disse "vamos fazer isto, vamos fazer aquilo". Foi a primeira pessoa que me ajudou.

Dra. J.: Ela tinha bastante conhecimento e me ajudou muito no grupo de adolescentes. Depois ela deu idéia de fazer triagem com os pacientes do J.J., que eram muitos, e começou a fazer.

Dra. S.: Eu entrei no ambulatório há quatro anos, e fazia seis meses que o ambulatório estava sem enfermeira. Como a V. falou, naquela época eu só tinha a graduação e nenhuma especialização ou, até mesmo conhecimento, da saúde mental. Foi

por iniciativa minha, por esforço meu que resolvi investir na minha formação. Já fiz o mestrado e agora estou fazendo o doutorado. Quando eu comecei, o que eu basicamente fazia era administrar os medicamentos prescritos pelos médicos, fazia agenda para os pacientes que vinham no dia marcado, fazia uma avaliação para ver se havia urgência, de forma a encaminhar o paciente no mesmo dia ou em outro. E tudo isso sem conhecer direito a saúde mental.

Dra. P.: Praticamente, só os psiquiatras e os psicólogos vêm para o ambulatório com algum conhecimento de saúde mental, devido ao próprio currículo. Os demais, não tendo uma formação específica na graduação, vem para cá para aprender...

Dr. R.: Eu trabalho em saúde mental desde 1987. De novembro de 1987 até janeiro de 1989 eu trabalhei num ambulatório de saúde municipal, em P. Em 1989 eu deixei o ambulatório de lá, pois fui chamado pelo Estado, iniciando meu trabalho num ambulatório da capital. Fiquei lá só dois meses, até conseguir transferência para cá. Em 1990 eu comecei a fazer especialização em psicodrama. No começo, o ambulatório tinha uma característica interessante, pois os critérios de encaminhamento eram adulto para a psiquiatria, criança e adolescente para a psicologia. Aos poucos, essa visão foi mudando, graças a colaboração do C., do J.J. e do pessoal da psicologia. Inclusive porque muitos adultos vinham ao ambulatório em busca de psicoterapia, e não de tratamento medicamentoso. Só que, como já havia esse esquema, esses pacientes eram encaminhados para a psiquiatria, sendo normalmente receitado diazepam para os casos de angústia, ansiedade, sintomas psicossomáticos. Isso acabou mudando e hoje os adultos vão para a psicoterapia, a medicalização é mais racional e só nos casos em que realmente é necessário. Foi um avanço no atendimento. Também quando eu cheguei, a psicologia atendia as crianças mas não tinha contato com as famílias. Normalmente quando era feita a triagem, marcava-se já os pais com a assistente social e a criança já para o psicólogo.

Então, às vezes tínhamos crianças que estávamos atendendo há dois anos, um ano, seis meses, que não tínhamos nem contato com a mãe ou pai dessa criança. Então, uma das coisas que quando eu entrei também propus foi que a gente passasse a fazer orientação de pais. Nessa época também começamos a atender pacientes psicóticos, e com o aumento da demanda, comecei a estruturar grupos de terapia de adulto, que até então não havia no ambulatório. Essas mudanças não foram fáceis, eu era recém chegado, mas já trazia idéias. Havia muita resistência por parte do pessoal da psicologia, que só atendia crianças e não estava disposto a alterar essa rotina. Por outro lado, também os psiquiatras relutavam em encaminhar adultos para nós, pois até então a psicologia não era vista como para atender adultos. Havia uma questão que nos ajudou, pois os psiquiatras do ambulatório se colocavam como psicoterapeutas, mas eles não tinham formação para praticarem a psicoterapia, e nós expusemos essa situação, explicando que os psicólogos no ambulatório eram aptos para realizar psicoterapia. Todos foram aos poucos cedendo, a gente começou a assumir o papel nosso de psicoterapeuta e os médicos ficaram com a psiquiatria clínica. Agora, já faz cinco anos que eu estou aqui, o atendimento foi aperfeiçoado, o J.J. também faz psicodrama e atua com grupos, nós melhoramos bastante.

Dra. J.: Eu estou no ambulatório há quinze anos, e eu não me esqueço que quando eu entrei tinha uma diretora administrativa, ela não tinha instrução nenhuma, não sabia fazer nada. Como eu tinha curso de administração hospitalar, ela me forçou a pegar a parte administrativa. Fiz muito serviço burocrático tive de aprender a usar máquina de escrever para poder bater internação; quando não tinha atendente, eu fazia as vezes dele no balcão. Hoje não tem mais essa de fazer serviço nas outras áreas, mas no começo, até médico carimbava pasta!...

(Silêncio)

Entrevistador: Uma outra questão que gostaria que vocês abordassem é sobre os funcionários do ambulatório, como é o serviço deles, como é o relacionamento com a equipe técnica, como o ambulatório é dirigido...

Dr. C.: Nós temos problemas com o serviço dos funcionários, com o que eles tem de fazer e não fazem. Não há organização no tocante as atividades de cada um. Por exemplo, na recepção tem três funcionários de manhã e três à tarde. Vou falar da tarde, que é quando estou aqui. Quem trabalha é aquela senhora alta, os outros dois ficam à toa, você pergunta algo, eles dizem "não sei", "pergunta para a fulana" (a senhora alta), e não há uma direção firme que consiga discipliná-los. Não há divisão do trabalho, cada um deles responsável por determinado setor. Muitas vezes o serviço solicitado só é executado quando o funcionário tem vontade de fazer.

Dra. J.: Olhe, P., é a recepção que conduz o atendimento no ambulatório. Ah, estou me lembrando, eu e minhas recordações, mas esta é curiosa. Quando eu entrei no ambulatório, o atendente gritava no balcão "Fulano! O responsável por fulano, vem cá!" Ai, vinha o paciente, humildezinho, com o pai e a mãe. Ai o atendente gritava, "o paciente não, só o responsável!" Ai eu dizia, "Fulano, não pode agir assim, não pode tratar o paciente dessa forma" e ele retrucou "A senhora é diretora?". Era assim que funcionava quando eu entrei.

Dra. P.: Nós temos funcionários sem função. O diretor é uma pessoa boníssima, o atual, então, todo funcionário que cria problemas no hospital, acaba vindo para cá. E não tem função para esse povo. Nós temos uma ascensorista aqui, mas onde está o elevador? Temos uma meia dúzia de vigias, ou mais. Ai, outro dia, eu esqueci minha bolsa aqui, não tinha certeza se era aqui ou na cidade, mas como eu precisava da chave para entrar em casa, fui na vizinha e telefonei para saber, telefonei, telefonei e nada,

ninguém atendia. Eu tive de esperar até as onze horas da noite, até que o meu filho chegasse da aula para eu entrar em casa. Cadê os vigias?

Dra. A.: O serviço não anda, não é bom. Não tem uma limpeza no dia que você precisa. A mãe vem com a criança, a criança como bolacha, suja a sala, aí você tem outro paciente para atender, a sala precisa ser limpa mas você não consegue que o servente varra. Não tem uma hierarquia para ser respeitada. Sabe que o setor de Psicologia não tem atendente para fazer um telefonema, para fazer remarcação, para ajudar a computar a parte estatística, para ajudar a avaliar um teste? Não tem um funcionário que possa ficar com a criança enquanto a mãe é atendida.

Dra. J.: É mesmo. Outro dia entrou uma senhora na minha sala com duas crianças, uma de cinco anos, a outra de três, e mais um nenenzinho no colo. Aí nem deu para fazer a anamnese direito, porque ela começou a dar mamá para o neném, a menininha menor ficou com ciúmes, começou a puxar a saia da mãe e a chorar, a outra queria subir na janela, no fim eu precisei pegar uma delas do meu lado para rabiscar, pus a outra no meu colo, se não era impossível pegar algum dado. Isto porque, se eu chegar na recepção e pedisse para alguém me ajudar, sabe o que eles diriam? "Não é minha função".

Dr. C.: Eu acho que a direção tem de ter uma certa ascendência sobre os funcionários, dirigir mesmo, orientar. Se a gente procura o diretor, ele diz "eu não sei" e não toma providência.

Dr. R.: Não há organização. Nós não temos um supervisor, não há um acompanhante do trabalho, do que se faz.

Dra. S.: Tem muita coisa errada, gasta-se com coisas desnecessárias. Quer um exemplo? Este bloco que eu tenho aqui, é um bloco para usar na internação, foi

elaborado, foi mandado pra gráfica, tem uma caixa enorme lá na administração com estes blocos. E o que eu estou fazendo com ele? Rascunho! Não foi utilizado para a finalidade ao qual foi confeccionado. a administração diz que não sabe porque. Falam, "mandaram fazer, agora está aí, não sei porque não foi usado!" É um desperdício.

Dr. B.: Sabe, eu estou achando muito boa essa sua idéia, P., pois os trabalhos que existem e nos chegam através do ERSA e da Secretaria, não mencionam o dia-a-dia do ambulatório. quando você lê algo foi produzido por um órgão do governo, você vê o que eles querem que faça, o ideal, o bonitinho, falam da equipe, da interdisciplinaridade, de toda uma organização que na prática não existe. Num texto assim você não encontra estas críticas que fazemos.

Dra. A.: Nós que estamos na linha de frente é que sentimos a rajada da metralhadora. Você veio ao lugar certo.

(Risos).

Dr. C.: Mas cuidado para não levar tiros! Tem gente que não gosta de ouvir verdades!

(Risos).

Dr. R.: Já está acabando? Eu quero falar uma coisa que acho muito importante...

Dra. K.: Só uma coisinha antes, R., sobre essa questão das pessoas que prestam serviços, as serventes os assistentes, os vigias, quando dizem "eu não faço", ou "eu não ganho para isso" ou "não é minha função". Eu pensei numa coisa. Isso só acontece no serviço público! Se aqui fosse uma clínica particular, com empregados particulares, não haveria recusas, todos teriam um papel, normas a seguir. E funcionaria muito bem. Porque essa rebeldia do funcionário público?

Dr. C.: A própria estrutura organizacional do ambulatório, o seu funcionamento atrelado a questões políticas, a falta de interesse do governo para com a saúde, o profissional que se sente desvalorizado e ganhando pouco, isso tudo é que é responsável pelos nossos problemas.

Dr. R.: O ambulatório é um recurso muito importante para a comunidade só que eu sinto que a gente deveria repensar a questão do papel do ambulatório, porque ele tem suas funções estabelecidas pela política do Estado, seu papel é o de atenção secundária, quer dizer, o curativo. E eu acho que a gente deveria repensar um pouco a nossa atuação, porque nós ficamos como órgão de tratamento e começa a ser discutido, principalmente em locais como Campinas e São Paulo, uma visão mais globalizada onde a saúde mental é inserida dentro da saúde pública e não como uma coisa isolada. Então as pessoas trabalham não só a nível da instituição mas elas saem da instituição e prestam serviço na comunidade, aonde for necessário. Se trabalha com professores, se trabalha os conflitos do papel do professor, se trabalha a questão da agressividade, do professor para o aluno e vice-versa; isso é um exemplo de como outras coisas poderiam ser feitas. Eu sinto que a gente deveria não ter só aquele papel de atenção secundária, eu acho que saúde mental hoje em dia não é mais aquela onde você recebe o doente e trata dele na instituição. A saúde mental também deveria ser inserida dentro de um aspecto social onde a gente sairia para promover um pouco mais a saúde mental da população. Porque esperar que a população chegue até nós? Eu sinto que nós estamos muito naquela visão de doença, enquanto que deveríamos promover a saúde mental. pode ser através de vivências, mesmo na instituição, no ambulatório, promovendo discussão sobre a loucura, discussão sobre sexualidade, e que no psicodrama é chamado de sociodrama tematizado. É uma idéia que eu tinha desde o ano passado, tentando implantar essa idéia de se fazer sociodrama tematizado na instituição, onde se abriria o ambulatório à população em geral

que buscaria essas vivências baseadas nas necessidades e nos temas. Existe um preconceito muito grande ainda quanto à loucura, o ambulatório ainda tem toda discriminação e eu acho que a gente deveria abrir as portas para que as pessoas pudessem conhecer mais nosso trabalho. Saúde mental hoje não é só lidar com a doença. Eu sinto que hoje talvez o mais importante não seja as psicoterapias, mas promover atos terapêuticos onde se possibilite as mudanças tanto pessoais, quanto sociais. Sinto que o ambulatório tá muito fechado para isso, está ainda naquele momento médico-paciente, onde você recebe e, trata da doença. A disposição do pessoal daqui se mostra muito pequena em relação a isso, ainda há muito da visão da relação médico-paciente tradicional. Algumas pessoas estão buscando novos caminhos, novas técnicas pra se fazer, mas a maioria ainda se encontra naquela postura de médico-paciente mesmo, de esperar o paciente trabalhar aquela queixa que ele traz, trabalhar o conflito que ele traz; é a psicoterapia tradicional, onde eu acho que nesse caso o ambulatório já não está mais cumprindo a expectativa da comunidade, o desejo e o anseio da população. Acho que a população hoje em dia anseia por outras coisas e não isso, principalmente porque as psicoterapias de um modo geral têm a questão da demora, têm a questão do tempo, a questão do horário. Quer dizer, nós funcionamos das sete às dezessete horas e há pessoas que trabalham e que não podem vir.

Dra. K: O ambulatório, às vezes, é desconhecido. As pessoas acham que aqui é um hospital, então vem aqui e têm muito medo de serem internadas. Às vezes as pessoas acham que o ambulatório é o que chamamos de Centro de Triagem, onde as pessoas são encaminhadas para o hospital para internação ou não. Nós atendíamos muito a população mais carente, que tinha essa visão. Quando começamos a atender uma população que a gente pode chamar de antiga classe média (professores, gente universitária, profissionais liberais que estavam no início de carreira e que não tinham

condições de fazer uma psicoterapia em consultório), e com o aumento gradativo dessa população que buscava psicoterapia no ambulatório, é que o nosso perfil foi mudando ante os olhos da comunidade. Daí que concordo com o que o R. colocou. Nós precisamos realizar transformações profundas em saúde mental. O que o R. falou pode ser um começo.

Dr. C.: Muita coisa precisa ser feita, mas se nós não tivermos uma política de saúde forte, no sentido de interessada por beneficiar a população, se não tivermos um governo estadual que entenda que as necessidades nossas vão além de se ter manuais, catálogos e revistas dizendo como o ERSA tem isto ou aquilo, como é constituída a equipe multiprofissional de saúde mental, como se deve formar grupo disto ou daquilo, mas é tudo no papel. A falta de verba, de infra-estrutura e de material para se poder trabalhar bem, isso nunca aparece nos textos da secretaria. Os salários são baixos porque o governo não valoriza a saúde. A burocracia impera, tudo que o ambulatório precisa é pelo ERSA, aí o fornecimento demora. É a falta de investimento no setor que acarreta crise e problemas.

Dra. S.: Olhe, P., eu preciso ir embora, está na hora de eu pegar meu filho na escola. Eu gostei muito de ter participado deste grupo, e espero que você realmente possa usar as informações que passamos para produzir um trabalho que traga contribuições para a melhoria do sistema de saúde.

Entrevistador: Eu acho que já conversamos bastante, eu até perdi a noção da hora e sei que vocês tem seus afazeres. Tomei muito tempo de vocês, mas podem ter certeza que tudo o que foi dito aqui será muito útil para o meu trabalho. Eu agradeço realmente a presença de vocês.

(Despedida).