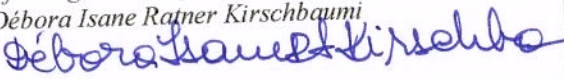


EGLE LUZ LOPES SANDINI

**O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE
TAUBATÉ-SP**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Egle Luz Lopes Sandini
Profa. Dra. Débora Isane Ratner Kirschbaum
Orientadora 

CAMPINAS

2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

EGLE LUZ LOPES SANDINI

**O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE
TAUBATÉ-SP**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.*

Orientadora: Prof. Dra. Débora Isane Ratner Kirschbaum

CAMPINAS

2002

UNIDADE	3e
Nº CHAMADA	UNICAMP
	Sa56a
V	EX
TOMBO BC/	54397
PROC.	124103
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	18/06/03
Nº CPD	

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL DA UNICAMP

CM00183430-2

BIB ID 293810

Sa56a

Sandini, Egle Luz Lopes

O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica : um estudo no Município de Taubaté - SP / Egle Luz Lopes Sandini. -- Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador: Débora Isane Ratner Kirschbaum.

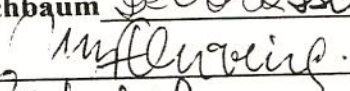
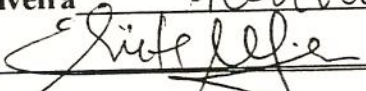
Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Hospitais - Serviços de ambulatório. 2. Saúde mental.
3. Reforma sanitária. 4. Saúde - Aspectos políticos.
5. Psiquiatria - Aspectos sociais. I. Kirschbaum, Débora Isane Ratner. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) Prof(a). Dr(a). Débora Isane Ratner Kirschbaum

Membros:

1. Prof^a. Dr^a. Débora Isane Ratner Kirschbaum 
2. Prof^a. Dr^a. Márcia Aparecida Oliveira 
3. Profa. Dra. Eliete Maria Silva 

**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 23/08/2002

00321055

O Ambulatório de Saúde Mental no
Contexto da Reforma Psiquiátrica:
um Estudo no Município de Taubaté-SP

DEDICATÓRIA

*Ao Eduardo, meu querido esposo
Aos meus adoráveis filhos Bruno e Beatriz*

*Dedico esse trabalho a vocês que por tantas vezes me
ouviram dizer, “deixe para depois”, “depois nós veremos”
e tantos outros apelos para esperarem.*

*Nesse momento vocês, que fazem parte de mim e da
minha vida, passaram a fazer parte da minha conquista.*

Obrigada

O Ambulatório de Saúde Mental no
Contexto da Reforma Psiquiátrica:
um Estudo no Município de Taubaté-SP

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo mundo e pela minha vinda ao mundo;

Aos meus pais, pelo acolhimento nesse mundo, e
pelos exemplos de respeito, dignidade e
responsabilidade ...que me permitem, ao me relacionar
com o mundo, ser quem sou e estar onde estou ...

O Ambulatório de Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica: um Estudo no Município de Taubaté-SP

Aos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental
do ambulatório de Taubaté, que juntos aprendemos
que é preciso lutar na conquista pelo respeito,
pela dignidade, e acima de tudo,
pela busca da felicidade.

À Profª Drª Débora Isane Ratner Kirschbaum, pela paciência,
pelos conhecimentos e pela orientação,
imprescindíveis, para alcançar essa vitória.

Aos colegas, alunos e professores da pós-graduação,
em especial a Rubiane, pelo incentivo nessa conquista e
pela possibilidade de aprender.

À *Nadia Maria Magalhães Meireles*, amiga
em todos os momentos, pela compreensão, apoio
e cumplicidade em querer que o SUS aconteça.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma
para a realização desse trabalho, agradeço com muito carinho.

O Ambulatório de Saúde Mental no
Contexto da Reforma Psiquiátrica:
um Estudo no Município de Taubaté-SP

*AGRADECIMENTO
ESPECIAL*

Eduardo

*“Deixa eu dizer que te amo,
Deixa eu gostar de você.
Isso me acalma
Me acolhe a alma
Isso me ajuda a viver ...”*

JUNIOR
38



SUMÁRIO

	<i>Pág</i>
RESUMO.....	xxv
ABSTRACT.....	xxix
1. INTRODUÇÃO.....	33
1.1. DESPERTANDO PARA O TRABALHO.....	35
1.2. O PERCURSO METODOLÓGICO.....	39
1.2.1. A busca da compreensão do objeto de estudo.....	39
1.2.2. A aproximação com o campo de estudo.....	41
1.2.3. O ambulatório de saúde mental.....	41
1.2.4. Os sujeitos da pesquisa.....	44
1.2.5. As entrevistas.....	44
1.2.6. A análise dos dados.....	45
2. A LOUCURA, AS REFORMAS E OS SERVIÇOS AMBULATORIAIS.....	47
2.1. A história da loucura.....	49
2.2. Saúde pública e saúde mental.....	57
2.2.1. Compreendendo as reformas sanitária e psiquiátrica.....	58

2.2.2. Os alicerces da reforma psiquiátrica.....	71
2.3. Os serviços ambulatoriais de saúde mental.....	79
3. A RECONSTITUIÇÃO DA HISTÓRIA MUNICIPAL.....	87
3.1. O município de Taubaté.....	89
3.1.1. O sistema de saúde no município em estudo.....	92
3.2. A inclusão do atendimento em saúde mental no município.....	95
3.3. A identificação da população atendida.....	106
3.4. A equipe de saúde mental e sua inserção no trabalho.....	109
3.5. A equipe de saúde mental e a organização do trabalho.....	117
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
6. ANEXOS.....	153
ANEXO 1. Parecer do comitê de ética.....	155
ANEXO 2. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	159
ANEXO 3. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	161
ANEXO 4. Roteiro de entrevista.....	163
ANEXO 5. Planilha de Análise e avaliação dos prontuários.....	165
ANEXO 6. Tabela de prontuários por diagnostico e sexo.....	167
ANEXO 7. Tabela de prontuários por diagnostico e faixa etária.....	169

ANEXO 8. Tabela de prontuários por atendimento em equipe.....	171
ANEXO 9. Temas e categorias das entrevistas.....	173
ANEXO 10. Documento da equipe de saúde mental.....	183

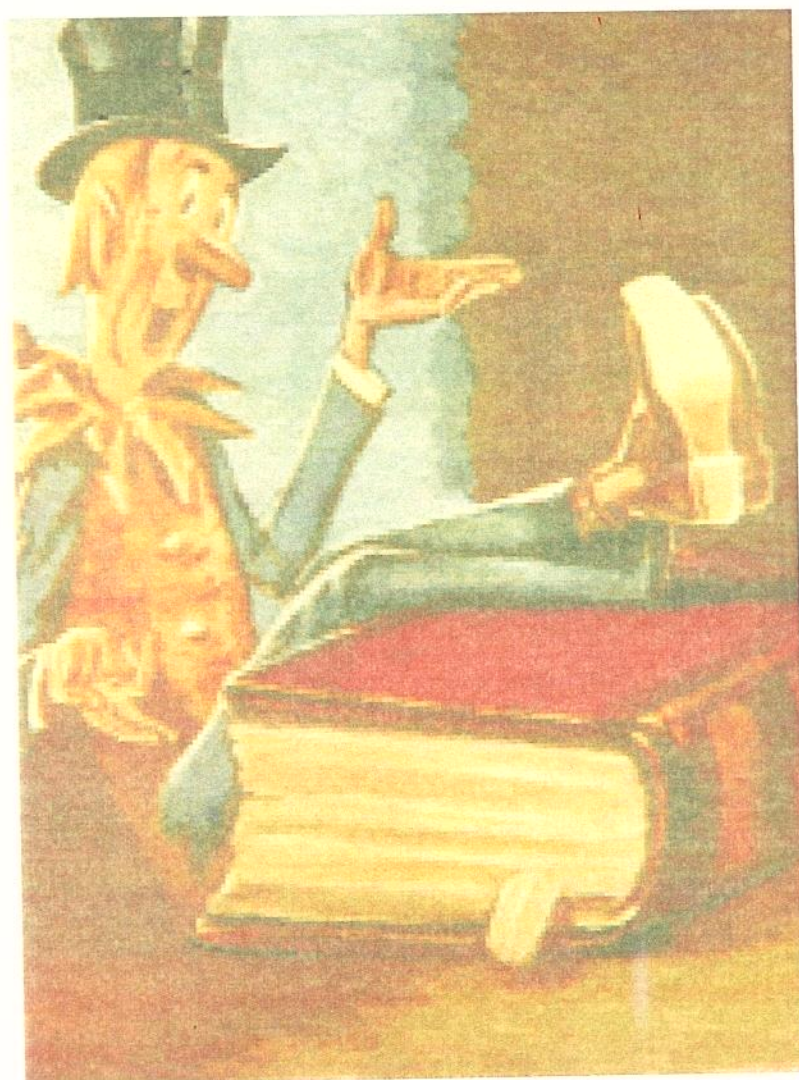


AIS	Ações Integradas de Saúde
ARE	Ambulatório Regional de Especialidades
CADAIS	Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral a Saúde
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASP	Conselho Nacional de Saúde Previdenciária
CS-I	Centro de Saúde I
CSI	Coordenadoria de Saúde do Interior
DIR	Direção Regional de Saúde
ERSA	Escritório Regional de Saúde
HD	Hospital Dia
HOSIC	Hospital Santa Isabel de Clinicas
HU	Hospital Universitário
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística



INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PMT	Prefeitura Municipal de Taubaté
PSM	Pronto Socorro Municipal
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UIST	Unidade Integrada de Saúde de Taubaté
UNITAU	Universidade de Taubaté

O Ambulatório de Saúde Mental no
Contexto da Reforma Psiquiátrica:
um Estudo no Município de Taubaté-SP



"Visconde de Sabugosa" Monteiro Lobato

RESUMO



Esse trabalho teve como objetivo reconstituir historicamente a criação do ambulatório de saúde mental no município de Taubaté, com base na análise dos documentos e de entrevistas. Inicialmente, apresentou-se a história da loucura, pontuando-se os processos de sua compreensão, inclusão e exclusão no universo social que fundamentaram o conjunto de idéias políticas, sociais e econômicas da reforma psiquiátrica. Delineou-se um paralelo entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, compreendendo-as como provenientes de movimentos sociais de denúncia das condições de vida da população. Assim sendo, viabilizou-se a efetivação das propostas reformistas na saúde pública e na saúde mental, que culminaram num processo de inclusão do cidadão na busca de seu direito à saúde, por meio da universalidade, equidade, integralidade e a ampliação da participação social. Os serviços extra-hospitalares apresentam-se como a alternativa ao modelo de internação vigente, apoiando-se no ambulatório como uma das possibilidades de atenção em saúde mental. O atendimento em saúde mental no município de Taubaté inicia-se em 1988. Nos quatro anos anteriores havia um atendimento médico, supervisionado por um psiquiatra de outro município. A equipe, gradativamente, constituiu-se com o “ajuntamento” de alguns profissionais. Pela análise dos documentos e das entrevistas com os atores que participaram direta ou indiretamente da constituição do ambulatório em questão, pode-se identificar que, ao longo do tempo, a equipe preocupou-se em oferecer um serviço que atendesse às necessidades da população que a procurava. Buscou organizar seu trabalho de forma a priorizar a população de psicóticos e neuróticos graves, seus familiares e os egressos de hospitais psiquiátricos, embora acolhessem todos os que procuravam o serviço, tendo em vista ser esse o único atendimento público no município. Procurou mobilizar as instituições de saúde para a organização de um atendimento que contemplasse a urgência/emergência, os leitos de observação e os leitos de média permanência no Hospital Universitário, sem obter sucesso nesses doze anos, exceto com o atendimento no Pronto Socorro. Identificou-se que falta da concretização de uma proposta de trabalho hierarquizada, o isolamento da equipe, a ausência de outros níveis de



complexidade, a carência de investimento para que a equipe se estruturasse apropriadamente para o atendimento, a falta de supervisão e a falta de recursos foram alguns dos aspectos estruturais que dificultaram a realização de um trabalho adequado. Por parte da equipe, as dificuldades centravam-se na lentidão com que a interação entre seus componentes acontecia, nas dificuldades na organização do serviço e no atendimento médico-centrado desvinculado do atendimento que a equipe realizava. Pode-se inferir que a complexidade se articulava no processo de trabalho, questionando a capacidade de os profissionais somarem saberes e fazeres, ou de somente ordená-los em dias e horas marcadas. A ausência de uma intervenção na equipe, fragilizada pelo desgaste do seu potencial de mobilização, culminou nos pedidos de transferência da maioria dos profissionais. Vale ressaltar que, nesse momento, houve o rompimento de uma situação mantenedora do caos, que mobilizou outros setores político-municipais, os quais assumiram o ambulatório de saúde mental no município de Taubaté.

Palavras Chaves: História da loucura; reforma sanitária; reforma psiquiátrica; atendimento ambulatorial; políticas de saúde.

O Ambulatório de Saúde Mental no
Contexto da Reforma Psiquiátrica:
um Estudo no Município de Taubaté-SP



"Visconde de Sabugosa" Monteiro Lobato

ABSTRACT



This work has had the objective of historically reconstituting the creation of the mental health clinic in the city of Taubate, from documents analysis and oral history. Initially, the history of madness was presented punctuating the comprehension, inclusion and exclusion processes of it in the social context, which established the political, social and economical ideas of the psychiatric reform. A parallel between the Sanitary Reform and the Psychiatric Reform was delineated, understanding that they had resulted from social movements of denunciation of the population's life conditions. Therefore, the fact that reforming proposals regarding public and mental health were put into effect was made possible by them, and culminated in a process that included the citizen in seek for his right to health, through universality, equity, wholeness and social participation amplification. The extra-hospital services presented themselves as an alternative to the current internment model, counting on the clinic as one of the possibilities of giving attention to mental health. The service in mental health begins in 1988 in Taubate. As for the four previous years, there had been regular medical service, supervised by a psychiatrist from another town. The team is gradually formed, with the "reunion" of some professionals. From document analysis and interviews with the actors who directly or indirectly participated in the constitution of the clinic mentioned above, it can be identified that as time goes by, the team cared to offer the kind of service that met the necessities of the population who looked for it. They aimed at organizing their work as to prioritize the psychotic and severe neurotic situation, their family and the people coming out of psychiatric hospitals, even though they would welcome everyone who looked for their service, since this was the only public service in town. They aimed at mobilizing the health institutions in order to reach a service organization which would contemplate the urgency/emergency, the observation cots and the medium-length staying cot in the School Hospital, achieving no success in these twelve years, with the exception of the service in the First Aid Clinic. The lack of materialization of a hierarchical work proposal, the isolation of the team, the absence of other complexity levels, the lack of investment for the team to be able to be properly structured for the



service, the lack of resources, were some of the structural aspects that were detected to have prevented adequate work to be accomplished. As far as the team is concerned, the difficulties were concentrated on the slowness of the interaction among the components, the difficulties in the organization of the service and a doctor-centered service disentailed from the service the team provided. It can be inferred that complexity was debated in the work process, questioning whether the professionals were able to add knowledge to work complied, or were merely capable of ordering them to happen at fixed time and days. The fact that the team was shattered by the wear and tear of its mobilization potential, culminated in the transfer requests by most of the professionals. It is important to highlight that at this point, there was the rupture of a situation that maintained the chaos, which mobilized other political-municipal sectors that took over the command of the mental clinic in the city of Taubate.

Key Words: History of madness; sanitary reform; psychiatric reform; clinical service; health politics.

O Ambulatório de Saúde Mental no
Contexto da Reforma Psiquiátrica:
um Estudo no Município de Taubaté-SP



"A Flor" José Antonio da Silva Junior

1. INTRODUÇÃO



1.1. DESPERTANDO PARA O TRABALHO

*Enquanto eu tiver perguntas e não houver respostas, continuarei a
escrever. ... Pensar é um ato. Sentir é um fato.*

Clarice Lispector

No momento de seu ingresso no mestrado, a autora objetivava compreender o local onde havia constituído a sua prática – o Ambulatório. Acreditava que o trabalho não seria tão complexo, pois estaria refletindo e escrevendo sobre algo que conhecia e que fazia parte do seu cotidiano; porém, não foi bem este contorno que encontrou.

Observar e compreender a estrutura em que a saúde mental estava inserida, era reconhecer que até pouco tempo antes o investimento do Estado estava voltado para o modelo hospitalocêntrico, e, portanto, não era de se estranhar que a instituição caminhasse a passos curtos e lentos para a instalação do modelo ambulatorial.

A importância do atendimento ambulatorial em saúde mental, como discurso oficial, surgiu a partir de 1973, quando o Ministério da Previdência Social lançou o documento intitulado ***“Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica”*** enfatizando a diversificação da oferta de serviços elegendo o atendimento em ambulatório, emergência, internação parcial ou integral, atendimento emergencial em hospital geral, regionalização do atendimento, atenção aos egressos e reabilitação de crônicos e pensão protegida como alternativas ao atendimento centrado na internação hospitalar.

Na prática, entretanto, nesse período não ocorreram mudanças significativas, pois, em menos de 10 anos de vigência desse documento, observou-se que o Ministério da Previdência Social reduziu à metade a porcentagem de gastos com a assistência psiquiátrica e que manteve como o grande beneficiário dos gastos e investimentos o hospital psiquiátrico, dificultando assim o desenvolvimento de alternativas de atenção em saúde mental.



No Estado de São Paulo, em 1983, a Secretaria de Estado da Saúde (SES)^º elaborou um documento intitulado: *"Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de saúde mental"* incentivando a implantação de ações primárias em saúde mental nos diversos Centros de Saúde do Estado e o atendimento ambulatorial, diversificando os serviços e propiciando teoricamente uma rede de atenção articulada.

No município de Taubaté, registra-se a tentativa de organização da atenção em saúde mental a partir de 1987, quando da abertura de processo seletivo para a contratação de profissionais para atendimento específico nessa área. Esse foi o momento do ingresso da autora no serviço público e o início de seu contato com as questões de saúde mental, pois a sua experiência profissional estava relacionada ao consultório particular, ao trabalho em recursos humanos na indústria, trazendo consigo pouco ou nenhum preparo específico para tal tarefa. Hoje, percebe que esta foi a situação semelhante à maioria das pessoas que ingressaram ou ingressam no serviço público de saúde mental.

O concurso foi aberto para o preenchimento de vagas para o atendimento no Centro de Saúde I – Taubaté, em Campos do Jordão, e para compor a equipe técnica do Escritório Regional de Saúde – ERSA 60. Essa última vaga, com o objetivo de ter um profissional que ocupasse a posição de Articulador de Saúde Mental, que teria como atividades, entre outras: incentivar e organizar a criação de atenção em saúde mental nos municípios que eram de sua abrangência; estabelecer referências e contra-referências para a região; articular a possibilidade na região de se compor uma rede de serviços de forma a permitir que as pessoas que necessitassem de atendimento em saúde mental o conseguissem próximo à sua residência; e, representar a SES-SP nas questões de saúde mental na região.

Ao ingressar, a autora teve uma atuação administrativa, como Articuladora da Saúde Mental, portanto, buscou compreender o que era o ERSA, conhecer seus municípios, o trabalho da equipe técnica na qual estava inserida e iniciar contatos com as

^º Doravante, apenas SES-SP.



pessoas responsáveis pela saúde mental na SES-SP. Em 1988 fez o curso de Especialização em Saúde Pública, na Universidade de Taubaté, o qual ampliou significativamente seus conhecimentos, contribuindo para que entendesse qual era o cenário em que deveria realizar o seu trabalho.

Por alguns anos teve seu trabalho dividido entre a Articulação de Saúde Mental no ERSA e o atendimento clínico no Ambulatório de Taubaté, pois havia uma inquietude em trabalhar no ERSA, pela falta de resolubilidade diante dos problemas de saúde mental que se apresentavam, e a oportunidade de atender no Ambulatório tranquilizava-a devido a essa “ineficiência do sistema”.

No Ambulatório, ao mesmo tempo em que os profissionais procuravam se constituir como equipe, investia-se na construção de uma prática. Notava-se muitas vezes, que os profissionais encontravam-se perdidos, sem conhecimento de por onde começar e de que forma fazê-lo: se nos moldes da aprendizagem acadêmica, ou no que “ouviam-se” dizer que era o preconizado – o atendimento em grupo, e se assim o fosse, como se realizaria o trabalho, já que as suas experiências centravam-se no atendimento individual.

A grande e diversificada demanda de pacientes era outra questão que os incomodava: deveriam atender à demanda fosse qual fosse, ou se concentrariam em selecionar os pacientes?

Na organização dos serviços no ambulatório, emergiam diferentes experiências de trabalho, as quais muitas vezes dificultavam a estruturação de um trabalho adequado à realidade que se apresentava. Além de todas as dificuldades relacionadas diretamente à execução do trabalho, os trabalhadores enfrentavam a segregação à qual a saúde mental era submetida no ambulatório onde estava inserida, o que provavelmente refletia em como a saúde mental era compreendida no processo de estruturação do atendimento em saúde no município.



Como exemplo dessa exclusão, o local (as salas) para o atendimento era sempre “invadido” pelas outras especialidades que, por qualquer motivo, precisassem sair dos seus locais de atendimento, o que impossibilitava a continuidade do atendimento em saúde mental, e ele era realizado em qualquer outro lugar onde fosse possível receber os profissionais, como o hospital universitário ou até mesmo os bancos do corredor do prédio.

Como parte integrante desse percurso de encontros, desencontros e descobertas, a autora foi refletindo e tateando o caminho que a levaria a realizar um estudo que possibilitasse a compreensão da constituição do ambulatório de saúde mental, de que forma a política de alternativas à atenção em saúde mental se efetivava na realidade. A ausência de equipe multiprofissional, a pouca estruturação e a falta de investimento e de organização do serviço de saúde mental, foram pontos marcantes e que causavam desassossego; portanto, permearam a escolha do objeto de estudo.

Ao refletir sobre a assistência à saúde mental em Taubaté, *delimitou-se a reconstituição histórica da criação do ambulatório no município, a fim de identificar e analisar a organização do Ambulatório de Atenção à Saúde Mental no município de Taubaté, compreendendo-o como produto e produtor das políticas de saúde mental vigentes no país, no período de 1980 a 2000.*

Para tanto, objetivou-se:

- * *caracterizar o contexto histórico em que o ambulatório de atenção à saúde mental foi implantado;*
- * *identificar a finalidade da criação desse serviço ambulatorial de atenção à saúde mental;*
- * *identificar o modo de organização do processo de trabalho do ambulatório de atenção à saúde mental, no município de Taubaté, e as modificações introduzidas ao longo do período.*



1.2. PERCURSO METODOLÓGICO

O homem se identifica com sua própria ação: objetiva o tempo, temporaliza-se, faz-se homem-história.

Paulo Freire

Introduziu-se, primeiramente, de forma abreviada, a história da loucura, pontuando os seus processos de compreensão, inclusão e exclusão no universo social, trazendo algumas reflexões que permearam a reforma psiquiátrica. Neste momento, é importante delinear um paralelo entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, para identificar os fatores econômicos, políticos e sociais que arquitetaram os seus respectivos caminhos, ressaltando os alicerces legais da Reforma Psiquiátrica favorecedores de sua efetivação e, especificamente, para a organização dos serviços ambulatoriais de saúde mental no Estado. Sendo assim, há que se considerar que, no início da década de 80, havia um cenário onde os serviços extra-hospitalares, inclusive o ambulatório núcleo desse estudo, configuravam-se na alternativa de atenção em saúde mental.

1.2.1. A busca da compreensão do objeto de estudo

Neste trabalho, procurou-se: resgatar o percurso histórico que a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica traçaram no Brasil; destacar os alicerces legais que deram suporte para que as propostas da reforma psiquiátrica se constituíssem; e, retratar como foi proposta e implementada a organização do serviço de saúde mental no município de Taubaté.

Para tanto, a autora realizou uma pesquisa bibliográfica, da literatura científica e documentos oficiais referentes à política de saúde mental no Brasil – federais e estaduais - que promovessem a ampliação do seu leque de conhecimentos, favorecendo, por meio de



uma análise crítica, a melhor compreensão de algumas indagações deste estudo. Como afirma Minayo (2000a: p.19), *a teoria é construída para explicar ou compreender um fenômeno, um processo ou um conjunto de fenômenos e processos.*

Compreendendo que o que determina o olhar dirigido à realidade são os referenciais do pesquisador historicamente construídos, e que a realidade é que direciona este olhar, como se estivessem numa via de mão dupla, considera-se que a realidade é um plano de variáveis contínuas, produzindo sujeitos e objetos, produzindo instituições e a própria realidade.

Ainda segundo Minayo (2000a: p.17), *outro aspecto distintivo das ciências sociais é o fato de que ela é intrínseca e extrinsecamente ideológica. Ninguém hoje ousa negar que toda ciência é comprometida. Ela veicula interesses e visões de mundo historicamente construídas, embora suas contribuições e seus efeitos teóricos e técnicos ultrapassem as intenções de seu desenvolvimento ... Na investigação social, a relação entre o pesquisador e seu campo de estudo se estabelece definitivamente. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto, aos resultados do trabalho e à sua aplicação.*

Com base no pressuposto de que *não há nem idéias, nem instituições e nem categorias estáticas. Toda vida humana é social e está sujeita a mudança, a transformação, é perecível e por isso toda construção social é histórica*, a autora orientou-se, na pesquisa, pela abordagem sócio-histórica. (MINAYO, 2000a)

As relações de poder que se estabeleceram na história da loucura determinaram quais caminhos a atenção à saúde mental pôde percorrer. Assim, na medida em que se compreende o tratamento como possibilidade de inserção do indivíduo na sociedade, inicia-se um processo de estabelecimento de pressupostos fundamentais, como os da desospitalização, da reabilitação, da desmedicalização, da atenção descentralizada e integral, dentre outras.



A respeito do modelo de atendimento a que os serviços se propõem, Goldberg (1994, p.21) afirma que é necessário considerar a *malha de relações psicossociais* que permeiam o aparecimento do sintoma da doença. Portanto, emerge a *importância da construção de uma clínica capaz de dar conta desse campo terapêutico em expansão, que tomaria a fala do paciente não pelo reconhecimento do sintoma, mas como produção de um sujeito social dentro dos limites, certamente problemáticos, que a loucura impõe.*

1.2.2. A aproximação com o campo de estudo

Considerou-se a pesquisa exploratória de natureza qualitativa como a mais adequada para ampliar a compreensão da atenção em saúde mental no município de Taubaté. Foi realizada por meio de pesquisa documental, que consistiu do levantamento bibliográfico, da análise de documentos institucionais, levantamento de caracterização da clientela, livro de atas de reuniões de equipe e de entrevistas com os atores direta (atuando no próprio serviço) ou indiretamente (gerência estadual e municipal, coordenação de saúde mental da SES) envolvidos com essa questão.

A insuficiência dos documentos fez com que a pesquisadora recorresse à entrevista com os atores sociais adequada quando se tem por objetivo conhecer o que não é oferecido pelos documentos ou que ainda não pode ser dito ou escrito, permitindo assim alcançar os objetivos propostos.

1.2.3. O ambulatório de saúde mental de Taubaté

O Ambulatório Regional de Especialidade, onde se faz atendimento em saúde mental no município em estudo, localiza-se em Taubaté, uma cidade do médio Vale do Paraíba, localizada no eixo Rio – São Paulo, à margem da Rodovia Presidente Dutra.



Em 1987, teve início o atendimento em saúde mental, em Taubaté, no Centro de Saúde I (C.S.- I). Nessa época, alguns serviços eram referência para outros municípios, no que diz respeito ao atendimento médico e ao treinamento nos diversos programas:

- * Programa de assistência à criança;
- * Programa de assistência à gestante;
- * Programa de hanseníase;
- * Programa de tuberculose;
- * Programa de AIDS;
- * Saúde ocular;
- * Vacinação e

No início de 1988, houve ingresso de profissionais da área de saúde mental na Unidade Integrada de Saúde Taubaté (UIST), com dois psicólogos, uma assistente social e um médico psiquiatra que já realizava o atendimento predominantemente medicamentoso na Unidade.

Até 1994, os municípios que faziam parte do Escritório Regional de Saúde - ERSa - 60, e que se referenciavam ao ambulatório, mantinham algum tipo de atenção em saúde mental. Geralmente, o atendimento médico era quinzenal. Dentre esses municípios, Pindamonhangaba tinha uma equipe relativamente bem estruturada; Tremembé contava com o atendimento de uma psicóloga e um médico psiquiatra; e Campos do Jordão mantinha uma equipe mais diversificada, quanto à sua qualificação profissional. Taubaté mantinha um serviço que a autora arrisca-se a chamar de “flutuante”, pois estava à mercê da vontade política de seus governantes.



No ano de 1998, a equipe de saúde mental passou a realizar o atendimento numa casa alugada pela Universidade de Taubaté (UNITAU) num extremo da região central da cidade.

O novo local de atendimento é mais amplo e arejado, com uma sala para recepção, uma sala para administração, cinco salas para atendimento médico- psicológico, e em uma delas é possível realizar atendimento para pequenos grupos. Na área do quintal está localizada uma pequena cozinha, uma sala ampla, e uma pequena sala, tendo sido construído dois sanitários e uma sala para enfermagem, para realizar procedimentos de enfermagem.

Este estudo concentra-se em abarcar a história do início da constituição do ambulatório até final de maio de 2000, por dois motivos: trata-se do início dos estudos de mestrado da autora e, a partir de maio de 2000, ocorre a assinatura de um Termo de Cooperação Mútua entre a Prefeitura Municipal de Taubaté e a Direção Regional de Saúde - DIR XXIV, redirecionando temporariamente o serviço. Portanto, seria necessário iniciar um novo trabalho, dadas as dimensões e as novas considerações que precisariam ser acrescidas à discussão.

Os fatos da história da constituição do atendimento em saúde mental no município; as particularidades do espaço físico em que eles aconteceram; o momento histórico que se encontrava de pano de fundo; as pessoas e instituições que foram se engendrando nessa construção e as forças que se organizavam é que determinavam os modelos de atenção.

O envolvimento da pesquisadora com seu objeto de estudo, que é a própria experiência assistencial na qual enquanto membro da equipe se encontrava inserida há quase uma década, às vezes dificultava-lhe o distanciamento que julgava necessário para a compreensão de seu objeto de estudo. Contudo, houve um cuidado constante para que este fato não fosse empecilho de avaliação crítica do serviço.



Com o intuito de favorecer uma posição de maior alteridade em relação ao seu objeto e deixá-la explícita no texto escrito, optou-se por seguir a recomendação de Umberto Eco (1989), evitando a utilização de pronomes na primeira pessoa em favor do uso de “expressões mais impessoais”, proporcionadas pelo recurso à terceira pessoa.

1.2.4. Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos foram escolhidos intencionalmente pela sua inserção na organização do trabalho, em cada momento em que se identificou uma transformação ou possibilidade de transformação nessa organização. Foram entrevistados os profissionais que compuseram a equipe em diferentes momentos (um médico, dois psicólogos, duas assistentes sociais, uma enfermeira), um gerente municipal, um gerente estadual e dois profissionais que ocuparam a função de coordenação de saúde mental da SES/SP.

Os entrevistados foram questionados sobre a possibilidade de participar da pesquisa e foi-lhes assegurado o anonimato. A autora apresentou a cada participante da pesquisa a proposta de estudo, procurando esclarecer quaisquer dúvidas que surgissem. Foram relacionados por ordem numérica, de 1 a 10. Quando foi imperioso identificá-los, usou-se da função que desempenhavam no momento histórico retratado, conforme combinado e aprovado no comitê de ética. (MINAYO, 2000b)

Foram entrevistadas pessoas que, pelo conhecimento prévio da autora, seriam relevantes para a pesquisa, e, dentre elas, as que facilitaram esse encontro, até o momento em que se esgotaram as possibilidades de realizar novas entrevistas.

1.2.5. As entrevistas

As entrevistas foram agendadas com antecedência, em local de escolha do entrevistado, para lhe garantir segurança e sigilo. Utilizou-se um roteiro pré-formulado^o, que permitiu abordar os pontos fundamentais da pesquisa além de favorecer a manifestação

^o Tanto o roteiro de entrevista, quanto o quadro dos temas emergentes que a autora elaborou neste trabalho, estão em anexo.



da livre expressão por parte do entrevistado, pois desejou-se que essas entrevistas ocorressem num clima tranqüilo e de mútua confiabilidade.

As entrevistas foram gravadas, com a devida permissão de cada entrevistado, o que permitiu maior fluidez na comunicação. As mesmas foram transcritas pela própria autora, para, a partir da transcrição, garantir que não perdesse nenhum dado significativo para a pesquisa.

Foram avaliadas também as condições externas que permearam todas as entrevistas, como forma e local da recepção, cuidados para garantir tranqüilidade do decorrer da entrevista, expressões e pausas do entrevistado, no decorrer das respostas.

1.2.6. A análise dos dados

A autora optou por trabalhar no contexto histórico da constituição da atenção em saúde mental no município de Taubaté, e a escolha por esse desenho do estudo favoreceu que não houvesse um delineamento rígido do contorno da pesquisa, sendo possível demarcá-la à medida que o cenário ia sendo construído e os dados relevantes para o estudo eram coletados. (MINAYO, 2000b)

Num primeiro momento, utilizou-se da ordenação dos dados colhidos nas entrevistas e dos documentos, visando apenas a um arranjo metódico. Num segundo momento, através de repetidas leituras do material colhido, buscou-se agrupar os elementos relevantes de forma coordenada, para dar significado aos objetivos formulados e, dessa forma, poder ressaltar, identificar, analisar os temas emergentes dos documentos e entrevistas. Num terceiro momento, estabeleceu-se o nexos existente entre o discurso e o contexto histórico em que os profissionais estavam inseridos.

Assim, foi possível destacar significativos eixos temáticos que surgiram da análise do material colhido, identificar o processo histórico da criação do ambulatório, compreender a estruturação dos serviços de saúde mental e identificar como ocorreu a organização do processo de trabalho.

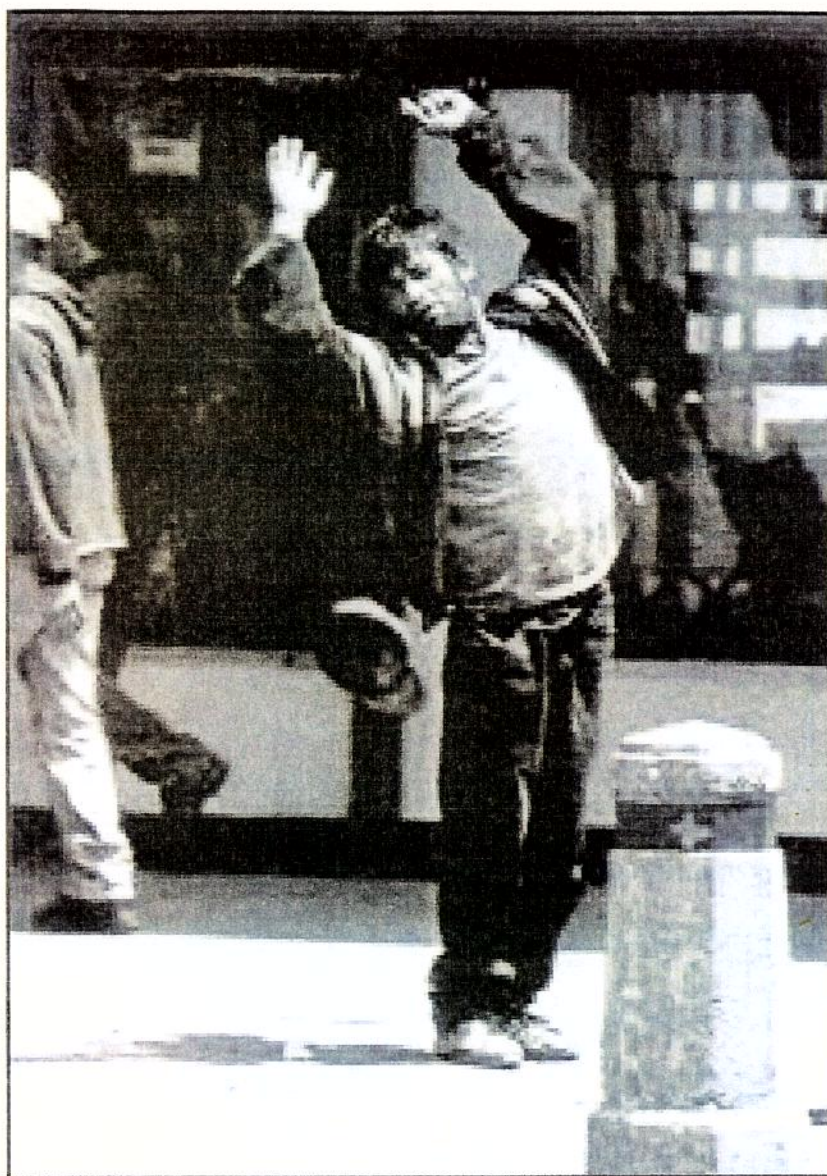


A análise crítica dos documentos foi realizada com base na literatura especializada, e a autora procurou identificar os distanciamentos existentes entre o discurso e a prática do serviço, a partir do entendimento das articulações entre o que os atores sociais traziam nas entrevistas, as necessidades de saúde, os modelos assistenciais e de intervenção existentes no serviço e expressos concretamente no modo de organização do processo de trabalho.

De acordo com Paulo Freire (1983: p.30), *quando um homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. ... O homem tende a captar uma realidade, fazendo-se objeto de seus conhecimentos. Assume a postura de um sujeito cognoscente de um objeto cognoscível.*

A vivência da pesquisadora no campo da saúde mental no município, transformando-a em elemento constituinte e constituído dessa história, permitiu-lhe maior conhecimento dos fatos que marcaram a trajetória do ambulatório de saúde mental no município de Taubaté. Pela natureza da pesquisa, tal fato, foi ponto de facilitação e de enfrentamento das dificuldades, encarado com o constante movimento de afastamento do objeto, para que pudesse se resguardar das possíveis interferências na compreensão de novos pontos de vista.

O Ambulatório de Saúde Mental no
Contexto da Reforma Psiquiátrica:
um Estudo no Município de Taubaté-SP



Bailando em calle – Viviane Peretti

2. A LOUCURA, AS REFORMAS E OS SERVIÇOS AMBULATORIAIS



A Loucura, as Reformas e os Serviços Ambulatoriais

O reconhecimento da loucura depende da época em que vivemos, do caráter e grau da instrução das pessoas que nos rodeiam: a nossa razão é a medida da loucura alheia.

Albuquerque

2.1. A HISTÓRIA DA LOUCURA

Ao percorrer a história da loucura, constatamos que, entre os povos primitivos, a doença era atribuída às forças demoníacas, aos espíritos maus, portanto provocava uma reação de medo. Sendo tomada como expressão do mal sobrenatural, era tratada por meio de práticas religiosas, mágicas, ou recorria-se à exclusão social. (FOUCAULT, 1978)

Deste modo, os loucos não eram incluídos entre os que necessitam de tratamento médico, surgia assim toda forma de exclusão em nome da busca pela razão. Banidos para fora dos limites da cidade, em barcos que vagavam sem destino certo ou eram enclausurados nos hospitais. No séc. XVI, as atitudes em relação à loucura e ao louco eram diferenciadas. Ou seja, se de um lado o louco continuava sendo excluído, de outro a loucura era referida à sabedoria divina e à razão, e poderia ser libertada no teatro e na literatura. *Ao mesmo tempo em que se aprisiona o louco, liberta-se a loucura.* (FOUCAULT, 1978; GOURLAT, 1995)

Sob a influência do racionalismo, no séc. XVII a loucura seria reduzida ao mais absoluto silêncio, era a condição da impossibilidade do pensamento. Esta lógica estava baseada no pensamento de Descartes, que acreditava ter encontrado o limite entre a razão e a loucura; o fato de se duvidar do estado de loucura já garantia a sua ausência. Portanto, o perigo da loucura desaparecia no próprio exercício da razão. (FOUCAULT, 1978; BEAUCHESNE, 1989)



Sob a ótica das leis dessa razão absoluta, desabrochava uma nova atitude em relação à loucura. Esta passava a ser percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integração no grupo. A lógica que permeava o destino dado à loucura estava baseada em motivos de caráter econômico burgueses, na necessidade da produção de riquezas. Ao louco era destinado o caráter de figura improdutiva, preguiçosa, incômoda, e ele era colocado ao lado dos criminosos, libertinos, dos perseguidos políticos. Era destinado à mendicância, à ociosidade. Dessa forma, era indiscriminadamente excluído do meio social. (GOURLAT, 1995)

Ao lado da ordem econômica encontrava-se a ordem moral própria da estrutura da família burguesa, que também buscava, na razão seus fundamentos, determinar o casamento como lugar sagrado do amor. Portanto, a família era o lugar da moral racional, da moral sexual. Acreditava-se que a família era a contenção da libertinagem, da insanidade e de todos os furores. Aqueles que se deixassem levar pelas paixões, eram tidos como desatinados e, como tal, sujeitos ao internamento. (FOUCAULT, 1978; MACHADO, 1978; AMARANTE, 1995)

A insanidade delimita para si um novo domínio: aquele no qual a razão se sujeita aos desejos do coração e à liberdade desenfreada. ... Ao ser referida às paixões, aos desejos e às formas mais rudes e constrangedoras da natureza humana se inscreve nas regiões mais obscuras, onde a razão não consegue iluminar. (GOURLAT, 1995)

Aos poucos, a loucura vai passando do universo da razão para o universo das paixões e do desatino. E é a partir do séc. XVII que a loucura passa a ser pensada como fenômeno humano.

O louco não era mais objeto do medo, era inserido num mundo social real, como personagem concreto, julgado e condenado pela sociedade da qual fazia parte, da mesma forma como se julgavam todos os indivíduos que perturbavam a ordem social e moral:



... a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, se permita um lugar social reconhecido no universo da verdade, enquanto a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. (AMARANTE, 1995)

Ao tratar do isolamento da loucura, Machado (1978), afirma que *a loucura é perigo a ser evitado. Loucura e liberdade são antônimas.*

É no interior das casas de recuperação que se observava o desenvolvimento da consciência médica e a terapêutica em relação à loucura. Crescia o interesse médico em tratá-la, surgindo a necessidade de classificá-la. Uma nova identidade começava a ser buscada, pois era preciso definir quem eram os que deveriam ser conduzidos para esses espaços e diferenciá-los entre si, de acordo com as características próprias de cada doença. No final do século XVIII, a loucura é colocada numa outra forma de solidão, que a distingue e a isola, não só da sociedade, mas também de todas as outras formas de insensatez, constituindo-se, portanto, um problema por si só, exigindo soluções específicas.

A internação não representa somente a abolição total da liberdade, mas passa a ser considerada lugar de tratamento e, portanto, de liberdade restrita e organizada, permitindo que a loucura se manifestasse, surgindo a consciência de que, quanto mais a loucura fosse reprimida, mais ela se intensificaria. As práticas centradas na internação se fundamentavam na relação entre o poder institucional e a ótica da assistência e da tutela. (BEAUCHESNE, 1989; MACHADO, 1978; AMARANTE, 1995)

O final do séc. XVIII, com idéias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa, a declaração dos direitos do homem nos Estados Unidos, viu-se crescer o movimento de denúncias contra as 'sequestrações' arbitrárias dos doentes mentais, seu confinamento em promiscuidade com toda espécie de marginalizados sociais e as torturas, disfarçadas ou não sob a forma de tratamentos médicos, de que eram vítimas. (MACHADO, 1978)



Calcada nestes ideais, a questão da liberdade torna-se mais precisa e é enfrentada com seriedade, no que diz respeito ao modo de internação do louco e ao modo de compreensão da loucura. Não se pode mais aprisionar as pessoas indiscriminadamente, as atitudes devem estar fundamentadas em motivos mais racionais e menos religiosos, e a loucura passa ser considerada como objeto das ciências positivistas.

É na obra de Pinel que se identifica a inserção definitiva do louco no universo dos enfermos e, portanto, passível de tratamento. Quanto mais o conhecimento médico avança, mais seu poder se instaura e se confirma, tanto sobre a doença quanto em referência à organização do espaço asilar. Ao médico cabe o diagnóstico e a classificação das doenças, bem como travar a luta pela submissão da loucura, pois, a partir do momento que detém o saber sobre ela, também pode e deve dominá-la. (AMARANTE, 1995)

Ao assumir suas funções como médico em um dos maiores hospitais da França, onde havia uma grande população de loucos internados, Pinel liberta-os de suas correntes e de seus isolamentos e os insere definitivamente no universo dos enfermos sujeitos a uma terapêutica:

... a liberdade aprisiona melhor a imaginação do que as correntes, uma vez que ela confronta sem cessar a imaginação com o real e dissimula os sonhos mais estranhos nos gestos familiares. (FOUCAULT, 1978)

Esse novo espaço asilar, que não objetivava apenas isolar o louco, mas garantir a ele um melhor tratamento, ainda se encontrava contaminado pelos velhos métodos coercitivos da terapêutica anteriormente adotada. Para oferecer sustentação e características terapêuticas à instituição, exige-se a presença do médico, nem tanto pelo seu conhecimento, mas pela postura de autoridade que assume.

O hospital é o lugar de diagnosticar e classificar a loucura. Caracteriza-se por ser um lugar fechado, onde quem detém o saber trava a batalha com quem adoece, batalha de poder X submissão. É no hospital que a loucura pode se manifestar e permitir a completa atuação do médico – o que domina pelo saber e pela determinação da terapêutica a própria loucura. (FOUCAULT, 1981)



... acredita-se, e o doente é o primeiro a fazê-lo, que é no esoterismo de seu saber, em algum segredo, quase demoníaco do conhecimento, que ele encontrou o poder de desfazer as alienações; ... É o louco que, no exercício de sua liberdade, deve atribuir o poder de cura ao médico e acreditar que este possa libertá-lo, não só de suas correntes, mas principalmente de sua loucura. (FOUCAULT, 1978)

É no final do século XIX que crescem os questionamentos sobre a maneira como o poder do médico está implicado na verdade, podendo-se assim fabricá-la e/ou comprometê-la.

O grande mérito de Pinel foi ter enfrentado definitivamente o medo da loucura, permitindo sua manifestação e tendo a possibilidade de tratá-la a partir de seu próprio fundamento, isto é, a liberdade. É exatamente nesse espaço que a liberdade se defronta com a autoridade e encontra o seu próprio limite.

Podemos supor que as atitudes ambíguas de exclusão e punição se justifiquem por uma consciência implícita que sempre se teve de que a loucura pertence à própria natureza humana, somada ao medo de que ela possa nos tomar de assalto a qualquer momento. (FOUCAULT, 1978)

De acordo com Foucault (1997), inicialmente dois movimentos marcaram a despsiquiatrização. O primeiro iniciado por Babinski, corresponde ao momento em que se deslocou o poder médico de produção da verdade para a redução da doença, levando-o a poder articular o diagnóstico à terapêutica a ser utilizada com o objetivo de suprimir a sua manifestação. Tratava-se o doente por meio da psicocirurgia e/ou com os psicofarmacos, no intuito de tornar a loucura assintomática.

O segundo momento marcado pela psicanálise, foi o de adequar a produção da loucura sem permitir que ela ultrapassasse os limites de controle. Havia o encontro entre médico e doente num espaço privado e singular, que diferia do vivenciado no hospício, onde aquele que era designado como o louco podia dizer tudo o que lhe viesse à cabeça sem que houvesse perguntas e sem que despertasse nele a possibilidade de enganar o médico.



No entanto, o que a despsiquiatrização produziu foram outras formas de poder, ou por anular a produção da verdade, tentando reduzi-la a nada, ou por tentar adequar a produção da verdade ao poder médico. Em essência, nada se modificou, tudo continuava sendo uma relação de poder dominar a manifestação da loucura ou de estabelecer o poder terapêutico e de adestramento. (DESVIAT, 1999)

O desenvolvimento da psiquiatria, bem como todos os movimentos que surgiram, para de certa forma combater os efeitos da loucura, centravam-se na questão do poder. E foi na tentativa de despolarizar os poderes que se solidificavam que emergiu a antipsiquiatria, vindo a ser um movimento, não mais contra o poder do médico ou da medicalização, mas contra a própria instituição psiquiátrica, onde o sujeito era asilado e desqualificado, onde persistiam as relações de competência X ignorância, bom senso X erro, normalidade X desordem, que se estabeleciam quando ao médico eram reservados o domínio, o saber e a ciência, e ao louco, a ignorância, a doença e nenhum direito. (BEAUCHESNE, 1989; FOUCAULT, 1997; DESVIAT, 1999; AMARANTE, 1994)

Estas eram as relações que a antipsiquiatria pretendia desfazer, resgatando o direito do indivíduo de realizar sua loucura sem ser marcado por um diagnóstico ou rol de sintomas que determinassem a sua situação de insano e de como seria tratado, mas sim podendo contribuir para desvelar seu sofrimento, seus desejos e destacando condutas, sem dominá-lo, sem reprimi-lo.

É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz ... A antipsiquiatria busca um diálogo entre razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro do homem. (FOUCAULT, 1981)

Dos movimentos reformistas surgem novas bases de sustentação teórica e institucional para o tratamento da loucura. Uma delas, com os objetivos das Comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia Institucional, que se centravam na reforma da dinâmica



institucional, com regras mais amplas favorecendo a administração democrática, participativa e coletiva. A Terapia Institucional surge no Hospital Saint-Alban na França, num momento em que as semelhanças entre o asilo e o campo de concentração se estreitam e despertam a necessidade de criação de alternativas para o tratamento.

As propostas de “terapêutica ativa” (terapia ocupacional), integração dos pacientes psicóticos em trabalhos grupais, atividades e encontros diários, valorização das trocas de experiência e facilitação da comunicação inseriam-se no rol de tentativas de transformação interna do hospital, contudo ainda longe de romperem seus muros. (DESVIAT, 1999)

Outra, a Política de Setor, que, segundo Desviat (1999), era uma nova forma de organização dos serviços psiquiátricos que permitiam, *estruturar um serviço público de ajuda e tratamento, colocado à disposição da população para permitir o acesso universal às formas de atendimento e a uma qualidade de serviços até então reservadas a setores privilegiados do público*. Podemos considerá-la como uma ação de saúde pública. Seus pontos fundamentais logo se transformavam em base para a nova psiquiatria francesa, como os dispositivos assistenciais que visavam às experiências extra-hospitalares levando a psiquiatria para a população e a premissa de que o paciente deveria ser tratado no seu meio social, favorecendo a prevenção e profilaxia das doenças e a retirada da obrigatoriedade do seu tratamento ser iniciado no hospital.

A psiquiatria preventiva encontrava o seu pilar de sustentação, na detecção precoce da doença mental e na possibilidade de sua prevenção o que propiciou que a medicina se visse obrigada a buscar na Sociologia e na Psicologia conceitos que a amparassem nesse momento de seu desenvolvimento. (DESVIAT, 1999; AMARANTE, 1994)



Na antipsiquiatria, a loucura seria produto da realidade social, portanto recusavam-na como doença, objetivando dar valor social à experiência psicótica e às produções psíquicas individuais que implicavam transformações subjetivas. Nesse sentido, buscava-se a mudança na essência da atenção ao doente mental – da conceitualização ao tratamento.

A reformulação das bases e fundamentações do conhecimento psiquiátrico passava a travar a luta na e contra a instituição.

Os movimentos de despsiquiatrização articulavam a mudança do conhecimento psiquiátrico e sua prática, e desencadeavam alterações na dinâmica hospitalar, como tentativa de melhorar as condições de tratamento dos doentes mentais nessas instituições. Porém, não era o suficiente para efetivamente mudar o foco do tratamento. Era necessária uma revolução maior, “quebrar” os muros, pensar-se num tratamento que não fosse tão excludente para o doente mental.

Com a efetivação dos novos conceitos de tratamento da antipsiquiatria pode-se observar a diminuição do número de internações hospitalares, bem como a diminuição do tempo de permanência dos indivíduos na instituição.

Emerge a necessidade da criação e organização dos atendimentos extra-hospitalares com o objetivo de acolher o indivíduo em crise, tratar precocemente as doenças mentais, reabilitar os doentes que por muito tempo permaneceram excluídos e cerceados da possibilidade de retorno à sociedade e, ainda, promover a saúde mental.

Para atender a tais objetivos, o desenvolvimento da assistência ambulatorial e de modelos alternativos de atenção passam a ter fundamental importância na história de modificação do processo de atenção em saúde mental.



Os ambulatorios passam a ser o alvo do início dessa mudança, por assinalarem, enquanto espaço institucional, a efetiva possibilidade de intervenção do poder municipal e estadual no sentido de alterar sua prática. O Estado foi o incentivador da criação dos ambulatorios ou da ampliação dos já existentes.

Compreender o cenário da reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil a partir da década de 20 favoreceu a autora entrelaçar a organização dos ambulatorios, especificamente do ambulatorio de Taubaté com as circunstâncias sociais e históricas em que eles se constituíram.

2.2. SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL

São múltiplas as relações sociais que as pessoas e os grupos estabelecem entres si, em função de valores como o dinheiro, a propriedade material, a honra, o amor, a fama, etc. Essas relações podem ser orientadas por um sentido de fraternidade e cooperação, de dominação e submissão, ou de aniquilamento e destrutividade.

Cotrim

A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica foram movimentos sociais de denúncia das condições de vida da população brasileira, de um povo sem direitos, excluído. Culminaram em propostas de resgate da saúde como possibilidade de melhoria da qualidade de vida, comprometendo a inclusão dos indivíduos pelo acesso, pela universalidade, pela equidade e, principalmente, pela participação social.



2.2.1. Compreendendo as reformas sanitária e psiquiátrica

Ao se traçar um paralelo entre Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, tem-se o objetivo de compreender em que cenário político e social essas reformas surgiram. Porém, não é pretensão deste trabalho descrever precisamente este percurso, e sim destacar momentos importantes dos caminhos percorridos.

O Brasil, nas décadas de 20 a 40, compunha-se de uma economia agrária/exportadora, com grandes desigualdades regionais, e de um processo de industrialização precário, mas crescente. Na área social, a massa de assalariados cresceu, aumentando a necessidade interna de consumo e acelerando o processo de urbanização, levando o Estado a se preocupar em se constituir como uma Unidade Nacional, procurando impor-se frente aos interesses regionais e arrumando maiores investimentos na área econômica interna. (COHN & ELIAS, 1999)

As ações de **saúde pública**^º da época são exemplos da atenção voltada ao crescimento econômico. As ações de saneamento visavam, além da melhoria das condições de higiene, garantir uma imagem de ambiente saudável, livre de doenças pestilentas. Portanto, eram ações que não se constituíam na vertente da garantia dos direitos sociais.

Devido à necessidade de propiciar aos trabalhadores condições de atenção à saúde e à assistência social, a Lei Eloy Chaves, decreto nº 4682 de 24 de janeiro de 1923 e posteriormente o decreto nº 5109 de 20 de dezembro de 1926, determinaram a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), as quais beneficiavam, em princípio os trabalhadores das empresas ferroviárias e, posteriormente, esses benefícios foram estendidos à outras categorias profissionais. Notoriamente, as CAPs desenvolveram-se privilegiando as classes assalariadas e as de setores economicamente mais significativos.

^º A partir deste ponto do texto, a autora destaca algumas expressões em negrito por considerar relevantes para que o leitor tenha maior clareza do ir e vir da história.



Como descreve Souto-de-Moura & Souto-de-Moura (1997), *era de competência das CAPs a prestação de “socorros médicos” ao trabalhador e sua família, o fornecimento de medicamentos a preços subsidiados, o pagamento de vencimentos aos aposentados e de pensões aos herdeiros em caso de morte do segurado. Também era dever da CAP a assistência ao acidentado no trabalho e a responsabilidade pelos custos de internações e cirurgias.*

Como não havia uniformidade na aplicação dos recursos para a prestação de serviços, a população encontrava-se à disposição da possível oferta de serviços, portanto enfrentando e intensificando a desigualdade no acesso à saúde e a outros benefícios.

Cohn & Elias (1999) apontam a insuficiência de recursos das CAPs para a construção de uma infra-estrutura de serviços médicos, buscando no credenciamento dos profissionais a solução para a prestação de assistência à saúde, medida essa que acentuou o desenvolvimento do setor privado de caráter assistencialista.

Economicamente, o Brasil enfrentava um momento de transição, com o crescimento da população de caráter urbano-industriária, e elevação expressiva da massa de segurados. Esta dificuldade, acrescida do fato de que essas Caixas, em decorrência das restrições impostas aos serviços prestados, passaram a obter ganhos excessivos com a aplicação em outros investimentos de capitalização, tornavam inexecutável sua continuidade.

Podemos considerar que esses fatos contribuíram significativamente para a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que objetivavam atender as categorias de trabalhadores urbanos mais reivindicatórios, mais organizados e de maior interesse para o modelo econômico vigente. (SOUTO-DE-MOURA & SOUTO-DE-MOURA, 1997)



Com a unificação e absorção das CAPs pelos IAPs, pretendia-se impor-lhes caráter nacional, sem contudo alterar a característica de segmentação dos trabalhadores, mantida pela inserção no mercado de trabalho, representada pela criação dos Institutos. Surgem então os institutos dos comerciários, industriários, bancários, empregados das empresas de transporte de cargas e funcionários públicos.

Nesse período, quanto à prestação de assistência médica, percebia-se nitidamente a diferenciação no gerenciamento dos recursos: enquanto alguns Institutos centravam sua alocação efetivamente para a saúde, outros os desviavam com fins clientelísticos, visando a benefícios eleitoreiros.

Destaca-se como característica marcante a influência das classes dominantes sobre as questões de saúde. Elas estavam muito mais preocupadas em salvar a própria economia, do que com os trabalhadores; assim, davam ênfase ao caráter político-econômico, e não ao social.

Na questão da **saúde mental**, segundo Resende (1987), nas décadas de 20 e 30 *coube à psiquiatria recolher e excluir as sobras humanas que cada organização social, de cada momento histórico, tinha produzido*, com o objetivo de sanear a sociedade, nos mesmos moldes vigentes da saúde pública, escondendo os improdutivos, os pobres, os insanos, todos que de alguma maneira incomodavam.

No Brasil, ainda presenciávamos a política de hospitalização do doente mental com condutas de isolamento, vigilância, repressão, medicalização, ou seja, a assistência psiquiátrica permanecia claramente asilar, o que favorecia a expansão dos leitos psiquiátricos. As experiências timidamente reformadoras da atenção psiquiátrica foram marcadas por seu caráter estritamente regional e pela marginalidade com que foram tratadas. Em 1928, a Liga Paulista de Higiene Mental passa a manter atendimento ambulatorial e, em 1948, criou um serviço de higiene mental no Centro de Saúde Santa Cecília. (BARROS & EGRY, 2001)



No âmbito nacional, em 03 de julho de 1934, a Liga de Higiene Mental cria o Decreto nº 24.559, que normatiza e estabelece parâmetros para as internações, altas e concessão de licenças nos estabelecimentos psiquiátricos, portanto cuidando basicamente da assistência aos psicopatas e da profilaxia mental; porém, alicerça-se na proteção legal aos doentes, por considerá-los passíveis de serem curatelados, pois não respondiam por seus atos. (MORENO & SAEKI, 1998)

No período pós-guerra, nos países da Europa e na América do Norte cresce a necessidade de transformação dos processos de resolubilidade aos problemas já apontados na atenção à saúde. Parte da população economicamente ativa encontrava-se mutilada pela guerra, apresentando seqüelas físicas e psicológicas, o que dificultava o retorno ao trabalho ou o ingresso no mercado de trabalho e prejudicava o processo de industrialização necessário para a reconstrução dessas nações. Por conseguinte, *a reforma dos espaços asilares atualiza-se, então, enquanto imperativo social e econômico ante o enorme desperdício de força de trabalho.* (AMARANTE 1995)

Simultaneamente, identificava-se a necessidade de redefinição da relação indivíduo e Estado, na busca dos direitos sociais, e o surgimento dos psicofármacos possibilitou uma intervenção efetiva no controle sintomático das doenças mentais, tornando viável o tratamento fora do hospital e a volta do indivíduo ao convívio social. (AMARANTE, 1995; WETZEL, 1995)

Para Amarante (1994) e Silva Filho (1992), com a descoberta dos neurolépticos a indústria farmacêutica apresentava-se como um componente importante da época marcando fortemente sua presença por dois paralelos, um que aponta para o controle dos distúrbios dos enfermos mentais e outro que afirma o fortalecimento do processo de psiquiatrização da doença mental.



No panorama mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) faz a recomendação de que os países em desenvolvimento investissem na área de saúde. Para tanto é criada a Organização Mundial da Saúde (OMS), intensificando a noção de promoção da saúde, rompendo com o conceito de que saúde consistia na ausência de doença. Na atenção ao doente mental, foram exigidas novas modalidades e condições de tratamento que implicassem na diminuição do isolamento do paciente e maior eficácia na sua recuperação, ressaltando assim a importância da atenção em saúde mental. (RESENDE, 1992)

A atenção em **saúde mental** no Brasil apresentava-se concentrada no processo de saúde e doença, baseada numa lógica curativista, médico-centrada. Apesar da assistência em saúde mental ter sido incluída na prestação de serviços dos Institutos, ampliando assim a cobertura aos trabalhadores e seus dependentes, não houve um crescimento da qualidade dos serviços prestados na atenção em saúde mental. (SOUTO-DE-MOURA & SOUTO-DE-MOURA, 1997)

Ao final da década de 50, a ampliação da cobertura hospitalar, a inabilidade observada na seleção dos pacientes para internação, a superlotação dos hospitais, a deficiência de pessoal para a prestação de assistência, a ausência de qualidade na assistência prestada e hotelaria deplorável colaboraram para que os hospitais psiquiátricos fossem o local de exclusão, e não de tratamento, tendo como implicação o aumento do tempo de permanência dos pacientes ali internados, e a reinternação, como fator preponderante, levando o paciente ao afastamento do contato familiar. (RESENDE, 1992; BARROS & EGRY, 2001)

No panorama da **saúde pública**, devido ao volume crescente de queixas dos trabalhadores brasileiros pela assistência prestada à saúde, continua havendo iniciativas para a unificação dos Institutos. *É de 60 a Lei Orgânica da Previdência Social que propõe a uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos, quando também passa a ser assumida como parte inerente da Previdência Social a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários.* (COHN & ELIAS, 1999)



Em 1966, cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, unificando-se a Previdência Social, que se destaca pela conservação do perfil assistencialista, pois é por meio da assistência médica, *agora imune a qualquer forma de controle por parte das classes assalariadas*, que os serviços ganham importância na *barganha clientelista da política de favores*. (COHN & ELIAS, 1999)

Segundo Cohn & Elias (1999) e Marsiglia (1987), nas décadas de 60 e 70, na área social, os gastos do Estado crescem proporcionalmente ao crescimento das demandas sociais não atendidas, demonstrando claramente a sua ineficiência. O atendimento continua centrado no trabalhador formalmente inserido no mercado de trabalho. Num discurso universalizante, os trabalhadores rurais são incluídos na cobertura do seguro social, assim como os idosos acima de 70 anos que tivessem contribuído para a Previdência Social.

Para o desenvolvimento da **saúde pública** e da **saúde mental**, o cenário nacional foi o mesmo, pois, segundo Nick (1998, p. 583), o modelo médico assistencial privatista continuou em franco desenvolvimento, tendo como características a cobertura previdenciária, o incentivo à prática assistencialista-curativa, a valorização de um sistema médico-industrial e o crescimento da organização de uma prática médica voltada para a lucratividade.

A indústria farmacêutica continuou em franco desenvolvimento no mundo, favorecendo um aumento no uso de medicamentos e no controle dessas indústrias no processo de medicalização da atenção médica.

O crescimento da rede privada estava assegurado, de um lado, por um Estado subordinado às preferências das classes dominantes e financiador desse sistema; por outro, o setor privado como grande prestador de serviços; e um terceiro, vindo do setor privado internacional, provendo de insumos esse sistema.



Esse panorama ditava os caminhos a serem seguidos, num modelo político repressor, de exclusão política e econômica da parcela da população mais desprotegida, voltado a um crescimento concentrado e com características privatista. (AMARANTE, 1995; COHN & ELIAS, 1999)

Sem uma rede de atenção efetiva, pondera-se que o crescimento de “atendimentos ambulatoriais” e de médicos psiquiatras credenciados teve como alvo dar conta da captação de pacientes para serem encaminhados aos hospitais psiquiátricos, seguindo a lógica privatista imposta pelo Estado na atenção e planejamento da saúde. *O doente se transformou em mercadoria e a sua doença se transformou em fonte de lucro, perpetuando com esta condição a manutenção de um sistema assistencial que, na realidade, foi criado para esta finalidade lucrativa, e não para recuperar a sua saúde.* (MOURA NETO, 1987: p.59)

O avanço na construção de hospitais psiquiátricos, que em grande parte foi custeada pelo investimento público, indicou a doença mental como uma boa mercadoria, grande fonte de lucro, fato esse representado pelos gastos da Previdência Social com internações hospitalares que chegaram a representar 97% do montante destinado à saúde mental. (RESENDE, 1992; AMARANTE, 1995)

Barros e Egry (2001) demonstram que, em 1961, dos 135 hospitais psiquiátricos existentes, 60% (81) eram privados e, em 1971 eram 341 hospitais, sendo 78,9% (269) privados. O estudo realizado por Pitta (1984) apontou que, do total de 94.163 leitos do território nacional, 64.582 estavam em hospitais privados, portanto é possível assinalar a intenção privatista da saúde e a centralização do atendimento na internação psiquiátrica.

No país, há um grande interesse no crescimento pelo capital financeiro, levando ao aumento dos problemas sociais, agravados pela herança que o Estado traz: a concepção de que desenvolvimento econômico e o desenvolvimento social são inconciliáveis ou sinônimos, e que, portanto ao Estado caberia investir na área econômica ou na área social. (PITTA, 1984; COHN & ELIAS, 1999)



Como já foi observado, nos países da Europa e na América do Norte somente a partir do final da década de 60 surgem os movimentos que objetivam a mudança no modelo de assistência. Analisando os movimentos reformistas na **saúde mental**, Bezerra (1994) salienta que, apesar de serem propostas alternativas ao modelo de atenção existente, não ultrapassam os muros da instituição psiquiátrica – aperfeiçoaram o sistema, mas não mudaram as suas formas. A antipsiquiatria faz um movimento de denúncia da loucura como produto da realidade social, dando maior importância às relações sociais em que o indivíduo experimenta o sofrimento.

No Brasil, as discussões de alternativas ao modelo hospitalocêntrico esbarrava a todo o momento nos interesses privados dos que detinham o controle dos hospitais psiquiátricos. (RESENDE, 1992; PITTA, 1984)

Sendo assim, no início dos anos 70 presenciaram-se grandes movimentos de denúncia à “indústria da loucura”, pelo seu caráter cronicador e dispendioso. O sistema de saúde passa a ser alvo da mobilização de diversos setores da sociedade, no sentido de discutir a lógica da assistência privatizada, buscando o fortalecimento do setor público de saúde.

Porém, considerando o hiato existente entre o discurso e a prática, acrescido do final do “milagre econômico”, o que vemos acontecer na psiquiatria, em meados da década de 70, é a intensificação da estratégia de privatização, o aumento do número de leitos e a remuneração por eles, ou seja, de um total de 100% dos gastos em psiquiatria, 96% foram destinados ao pagamento de contas hospitalares, e apenas 4% à atenção ambulatorial. (BARROS & EGRY, 2001; PITTA, 1984; ODA, 1998)

De uma maneira geral, os determinantes que condicionavam a oferta de benefícios e serviços continuavam subordinados a uma lógica perversa de transferência de recursos públicos a setores privados, pela falta de mecanismos de controle social e, infelizmente, em alguns lugares permanecem semelhantes até hoje. O declínio do poder político-econômico dos assalariados abriu espaços para os avanços ideológicos eleitorais dos neoliberais.



Ocorre um período de estagnação das propostas de revisão da política de **saúde mental**. A sociedade enfrentava, além das dificuldades geradas pelo desaquecimento da economia, o aumento da mortalidade infantil, dos casos de tuberculose e das doenças crônico-degenerativas, e a epidemia de meningite, mobilizando recursos e atenção, na tentativa de minimizar esses problemas.

No final da década de 70, com os **Movimentos de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)**, inicia-se um processo de reformulação das políticas públicas de atenção à saúde mental, enfatizando-se:

- * regionalização da assistência hospitalar;
- * a diversificação de oferta dos serviços;
- * condenação dos macro-hospitais;
- * alternativas a longas internações;
- * assistência aos egressos;
- * controle na reinternação psiquiátrica.

O MTSM tem papel fundamental na construção de um espaço de luta não institucional, como afirma Amarante (2000) quando considera esse movimento como *o ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira. É o ator a partir do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico.*

Para responder à crise da **saúde pública**, agravada pela grave crise financeira na Previdência, decorrente da contradição com um sistema de crescente absorção da população e um financiamento incipiente baseado na relação contratual dos trabalhadores, intensificam-se os movimentos de reforma, e, a partir do final da década de 70 e na década de 80, tem início efetivo a tentativa de implementar princípios como universalidade, hierarquização e regionalização.



A **Declaração de Alma-Ata**, elaborada a partir da Conferência Internacional em Cuidado Médico Primário, em setembro de 1978, da qual o Brasil foi um dos signatários, propõe a expansão da cobertura para contingentes da população excluídos pelo modelo previdenciário, trazendo como tema – “Saúde para todos no ano 2000” e serve de inspiração para as propostas de modificações na organização do sistema previdenciário. (COSTA & COSTA, 2001)

Em 1985, as AIS (Ações Integradas de Saúde) investem veementemente na prioridade da rede pública básica, em detrimento da rede privada hospitalar. Em 1986 realiza-se a **VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)**, durante a qual se discutiram temas importantes: *saúde como dever do Estado e direito do cidadão, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial* e foi aprovado o seguinte conceito de saúde:

A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população, em suas lutas cotidianas. A saúde é resultante das condições de alimentação, habilitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 2001; REVERBEL, 1996)

Como desdobramento desta conferência, houve várias outras com temas específicos, inclusive a **I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)**, ocorrida em 1987, afirmando a implantação da reforma sanitária brasileira. (DELGADO, 1992)

Para que a I CNSM tivesse cunho mais democrático, o MTSM, em embate de forças com a Divisão Nacional de Saúde Mental, obteve como conquista participações importantes de usuários e familiares, assim caracterizando-se como um movimento múltiplo e plural, pois, além desta configuração de vários atores de diferentes inserções,



atuou em diversas instituições, entidades ou movimentos. Tratou como eixo principal de discussão a necessidade de reestruturação do modelo assistencial, buscando a desinstitucionalização. (AMARANTE, 1995)

Tanto na VIII CNS quanto na I CNSM, investiu-se nas discussões de bases mais sólidas, que levassem à mudança da conceituação de saúde. A primeira, ampliando o próprio conceito de saúde, considerando as questões de cunho social, de condições dignas de vida, das necessidades humanas como prioritárias na constituição da saúde, não apenas a ausência de doença, mas como condição favorável para alcançar saúde. Nesses termos, propôs um **Sistema Único de Saúde (SUS)**. A segunda, discutindo que não se conseguiriam mudanças radicais das instituições e nem da realidade da psiquiatria; seria necessário *inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades*. (AMARANTE, 1995)

O movimento de **Reforma Sanitária** buscou amplas mudanças, que permanentemente incluíssem a parcela da população que margeia a sociedade, pois, com o aumento da complexidade da própria sociedade, há um maior número de trabalhadores informais, e, com o crescente aumento da miséria, efetivamente surge um maior número de excluídos radicalmente de qualquer sistema social e econômico.

Na área social, as tentativas que observamos são de uma política de alívio da pobreza, e não de sua superação. Há falta de contratualidade dos direitos dos excluídos; permanece a saída do trabalho como a base da lógica de proteção social, e continua havendo a subordinação das políticas sociais aos ditames da economia. Este quadro contribui significativamente para o aumento da produção da doença mental, nesse período. O modelo de atenção asilar vigente é elemento agravador e cronificador da doença mental. (BARROS & EGRY, 2001; COHN & ELIAS, 1999)



Boa parte das propostas apontada pela VIII CNS foi contemplada no novo texto constitucional, promulgado em 1988, que, por meio do amplo e efetivo movimento da Reforma Sanitária buscou garantir essencialmente a constituição do SUS com ações e serviços prioritariamente públicos.

Em 1989 é encaminhado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.647/89, de autoria do deputado federal Paulo Delgado, propondo a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos em hospitais especializados, a implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais e a ampliação dos recursos extra-hospitalares para a prestação de atendimento em saúde mental.⁹

A IX CNS cujo tema foi - *Municipalização é o caminho*, realizou-se entre 9 e 14 de agosto de 1992, *num momento em que o País estava marcado por uma profunda crise ética e política: esperava-se a conclusão dos trabalhos e a divulgação do Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), que apurava os desmandos e a corrupção do Governo Fernando Collor de Mello.* (BRASIL,2001b)

Nessa conferência enfatizou-se a implantação do SUS, a descentralização e a municipalização da saúde, estabeleceu estratégias para que o processo de democratização da saúde não perdesse força após a realização da etapa nacional, e recomendou dentre outras ações:

- * o fortalecimento dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, considerados como espaço privilegiado para o exercício do controle que cabe de direito à sociedade;
- * os desdobramentos da IX CNS em conferências estaduais e municipais de saúde para levar a todos os níveis os resultados obtidos;
- * o fortalecimento das instituições e entidades que, por sua capacidade de convocação, aglutinação e informação, tivessem contribuído para a democratização do setor.

⁹ Essa lei foi aprovada e sancionada em 06 de abril de 2001 (**Lei n.º 10.216**) reafirmando assim o processo da reforma psiquiátrica e impondo novos desafios aos gestores de saúde. Ficou conhecida com **Lei Paulo Delgado**.



Em decorrência, em dezembro de 1992 em Brasília, organizou-se a **II CNSM**, que propôs mudanças significativas em vários aspectos da atenção em saúde mental, congregando conceitos de atenção integral a saúde e direito à cidadania, exigindo o cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde nº. 8.080/90 e nº 8.142/99, bem como o atendimento dos princípios constitucionais referentes à municipalização da saúde. (COSTA –ROSA; LUZIO & YASUI, 2001)

A **X CNS** o tema central, "SUS - Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida" realizou-se entre os dias 2 e 6 de setembro de 1996, em Brasília, sendo *marcada pela necessidade de avaliação do sistema implantado e a busca de seu aprimoramento, em especial dos mecanismos de financiamento, principal empecilho identificado para a consolidação e fortalecimento do SUS em todo o Brasil.* (BRASIL, 2001c)

A **III CNSM** é elaborada com temário decorrente da XI e X CNS, e enfatiza a necessidade de discussão do *financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização e supervisão do parque hospitalar psiquiátrico e demais equipamentos assistenciais, o ritmo de implantação dos novos serviços extra-hospitalares, a criação de novas estruturas de suporte à desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de internação em hospitais psiquiátricos, a formação de recurso humanos adequados às novas estruturas de atenção em saúde mental, entre outras relevantes questões para a área.* (BRASIL, 2001d)

Assim, a Reforma Psiquiátrica orientou-se pela necessidade de revisão do cenário em que a loucura e o seu tratamento estavam inseridos, ou seja a relação sujeito/sociedade/loucura em todos os seus entrelaçamentos.



2.2.2. Os alicerces legais da reforma psiquiátrica

Assim, o oposto da igualdade é a inequivalência, e não a diferença.

A pretensão não é anular as diferenças entre os sujeitos, mas sim afirmar que tais diferenças são usadas para justificar tratamentos desiguais, não equivalentes.

Vasconcelos

Na saúde mental, o movimento de garantir que os asilados nos hospitais psiquiátricos tivessem a oportunidade de retornar a sociedade, que a internação fosse utilizada como último recurso no tratamento das doenças mentais, e que se ampliassem os serviços extra-hospitalares, constituiu-se no cerne das discussões sobre atenção em saúde mental.

Uma das diretrizes da Reforma Psiquiátrica foi a revisão da legislação para assegurar os direitos civis e de cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. As Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde Mental serviram de sustentação para a reformulação das políticas públicas em saúde mental e de alicerce para a construção da legislação vigente.

Desse modo, tornou-se importante para o desenvolvimento deste trabalho ressaltar as modificações que ocorreram. Porém, não se tem a pretensão de detalhar ou analisar essa legislação: o objetivo é destacar os marcos legais das políticas de saúde mental e de alertar para o fato que os pesquisadores e trabalhadores de saúde mental devem atentar para a forma como o poder legislativo atua nas propostas de mudanças.

Segundo Ogata, Furegato & Saeki (2000), a partir da I CNSM, o movimento da reforma psiquiátrica, partindo da idéia de que reforma não passa pela modernização de aparatos técnicos e que não é o saber científico que irá definir esse lugar social da loucura, mas sim a ética, com base na relação do indivíduo com a natureza e com a sociedade, pautou-se nos seguintes ideais:



- * a mudança efetiva da sociedade em relação à loucura, em busca de um novo lugar social onde o doente mental possa ter garantido a sua inserção;
- * a transformação da relação da sociedade com a loucura, permitindo que esta não ocorra somente nos locais de exclusão.

O relatório final da I CNSM, com referência ao modelo assistencial, recomendava:

- * a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais;
- * a redução progressiva dos leitos existentes nesses hospitais;
- * a criação de leitos em hospitais gerais públicos ou serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica;
- * a reversão da tendência hospitalocêntrica, priorizando o sistema extra-hospitalar e multiprofissional com referência assistencial ao paciente, investindo-se na estratégia de desospitalização.

Em 1990, na cidade de Caracas, ocorre a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, no contexto dos Sistemas Locais de Saúde – SILOS (Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS), referendada por 11 países da América Latina. Organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas unem-se e elaboram a **Declaração de Caracas**, reafirmando a necessidade de promover modelos alternativos centrados na comunidade, garantindo a integração dentro de suas redes sociais, preservando ou, até mesmo, resgatando a dignidade pessoal, os direitos humanos e civis, propiciando que esses sejam assegurados por legislação específica. (DELGADO, 1992)



A **Portaria nº 189, de 19/11/91, do MS/SAS**, dispõe sobre a aprovação de grupos e procedimentos da tabela do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS e expressa a idéia política de superação do modelo hegemônico hospitalocêntrico, a quebra do monopólio hospitalar e estímulo da assistência ambulatorial. Propõe a substituição de uma assistência única por múltiplos e diversificados tipos de atenção, como instrumento para a organização de serviços em um sistema de atendimento amplo e mais eficaz. (BRASIL, 1991)

A seguir, a **Portaria nº224, de 29/01/92, do MS/SNAS**, dispõe sobre diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar do Sistema de Informações Ambulatorial e Hospitalar (SIA/SIH) do SUS e Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) e define o modelo de assistência em saúde mental:

- * recomenda a organização de serviços com base nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- * permite a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial, bem como a garantia de continuidade da atenção;
- * assegura a multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- * dá ênfase à participação social, desde a formulação de políticas de Saúde Mental até o controle de sua execução;
- * define como responsáveis pela complementação dessa portaria o controle e avaliação dos serviços prestados pelos órgãos gestores locais, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde. (BRASIL, 1992)

A **II CNSM** ocorrida em Brasília (1992), teve como tema “A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental”, ressaltando a participação mais efetiva de usuários e da sociedade civil organizada, segundo relatório final apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1992). A abordagem de pontos importantes deu-se de forma fundamental e decisiva, tais como:



- * Marcos conceituais;
- * Atenção à saúde mental e municipalização;
- * Direitos e legislação.

Para que o direito à atenção integral em saúde e à cidadania fosse garantido para as minorias, a II CNSM aprovou a criação de uma rede de atenção integral em saúde mental em substituição ao hospital psiquiátrico, valorizando a criação de atenção nas unidades básicas, ambulatorios, leitos de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica no pronto socorro geral, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros. Segundo Reverbel (1996 p.5), *essas ações foram consideradas como dispositivos sanitários e socioculturais, que deveriam ser desenvolvidos nos serviços da rede publica e privada de saúde através de gestões colegiadas e paritárias entre usuários e funcionários.*

Nessa conferência recomendou-se mudanças significativas em vários aspectos da saúde mental exigindo o cumprimento da **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e seu complemento, a **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, bem como o atendimento dos princípios constitucionais referentes à municipalização, com a perspectiva de superar os interesses políticos contrários à mesma, ambas conhecidas com **Leis Orgânicas da Saúde (LOS)**. (BRASIL, 1990)

Na questão de financiamento, propõe que, no mínimo, 3% do orçamento municipal, destinado à área da saúde, sejam efetivamente gastos em saúde mental, e que, com a desativação dos leitos psiquiátricos, esses recursos sejam remanejados para financiar os projetos de atenção alternativos à hospitalização psiquiátrica. Alerta para a necessidade de revisão da legislação brasileira, no sentido de garantir a cidadania dos doentes mentais. (BRASIL, 1992)



A Portaria MS/SAS 88, de 23/07/93, define o pagamento diferenciado conforme a adequação dos hospitais a certos requisitos mínimos quanto à organização do espaço físico e condições de higiene e alimentação, recursos humanos e terapêuticos disponíveis e ainda, no caso de não cumprimento das regras, estabelece sanções que poderão ser aplicadas por quaisquer dos níveis gestores do SUS. (BRASIL, 1993)

Com já referenciado anteriormente, cabe destacar o **Projeto de Lei nº 3.657/89** do Deputado Federal Paulo Delgado que *dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória*, que antes de ser aprovado sofreu varias modificações. A lei foi aprovada na Câmara dos Deputados, em dezembro de 1990, e o projeto de lei foi enviado ao Senado onde esteve em tramitação até 21 de março de 2001, quando recebeu a aprovação e foi sancionado como **Lei nº. 10.216**, em 06 de abril de 2001, pelo presidente da República. Foram necessários doze anos para que a lei fosse aprovada. (DELGADO, 1992; ODA, 1998; AMARANTE, 2001)

Nos Estados brasileiros de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, pode-se observar esforços para dar embasamento legal à reforma. Em especial no Estado de São Paulo, destacamos o Projeto Roberto Gouveia, que estabelece o Código de Saúde do Estado e define sua política de saúde mental. Como ressalta Oda (1998: p.24) é de grande importância a aprovação deste Código que contribuiu para pontos importantes sobre a saúde mental. Cabe ressaltar o que a **Lei Complementar 791**, de 09/03/95 em seu capítulo IV, seção III, artigo 33 trata:

No tocante à saúde mental, o SUS, estadual e municipal, empreenderá a substituição gradativa do procedimento de internação hospitalar pela adoção e desenvolvimento de ações predominantemente extra-hospitalares, na forma de programas de apoio à desospitalização que darão ênfase à organização e manutenção de redes de serviços e cuidados assistenciais destinadas a acolher os pacientes em seu retorno ao convívio social, observados, ainda, os seguintes princípios:



A Loucura, as Reformas e os Serviços Ambulatoriais

I – desenvolvimento, em articulação com os órgãos e entidades, públicos e privados, da área de assistência e promoção social, de ações e serviços de recuperação da saúde de pessoas acometidas de transtorno mental e sua reinserção na família e na sociedade;

II- a atenção aos problemas de saúde mental, em especial os referentes à psiquiatria infantil e psicogeriatría, realizar-se-á basicamente no âmbito comunitário, mediante assistência ambulatorial, assistência domiciliar e internação de tempo parcial, de modo a evitar ou a reduzir ao máximo possível a internação hospitalar duradoura ou de tempo integral;

III- toda pessoa acometida de transtorno mental terá direito a tratamento em ambiente o menos restritivo possível, o qual só será administrado depois de o paciente estar informado sobre o diagnóstico e os procedimentos terapêuticos e expressar seu consentimento;

IV- a internação psiquiátrica será utilizada como último recurso terapêutico e objetivará a mais breve recuperação do paciente;

V- quando necessária a internação de pessoa acometida de transtorno mental, esta dar-se-á, preferentemente, em hospitais gerais; e

VI- a vigilância dos direitos indisponíveis dos indivíduos assistidos será realizada de forma articulada pela autoridade sanitária local e pelo Ministério Público, especialmente na vigência de internação psiquiátrica involuntária.

Há que se considerar que todo um aparato legal passa a servir de suporte e de normatização para as ações de saúde mental. A redução de leitos psiquiátricos próprios e contratados, a valorização da diversificação no atendimento extra-hospitalar e os seus financiamentos, foram as principais mudanças na condução da política de saúde mental.

Estas tentativas de superação do modelo hospitalocêntrico cercavam-se de vantagens e desvantagens. Se, por um lado, a criação de portarias, resoluções, ordens de serviço, dentre outros, favoreciam, administrativamente, que fossem colocadas em prática



as ações provocadoras de mudanças, de outro denotavam a centralização do poder de decisão, aliada à lentidão com que algumas questões políticas são tratadas no poder legislativo brasileiro.

Os participantes da **XI CNS** contemplaram, nas suas discussões, o apoio ao reordenamento da atenção em saúde mental, valorizando a necessidade das alternativas à atenção hospitalar psiquiátrica, bem como o fortalecimento de suporte social, legal e *principalmente um novo “lôcus” social para a loucura.*

A **X CNS** com a ênfase na exclusão social, na maior participação da sociedade, nas parcerias, no acesso às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde, favoreceu o cenário para que se iniciasse um processo de discussão para a organização da **III CNSM**.

Com o tema “Cuidar sim, excluir não” – efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social, realiza-se a **III CNSM** em 6 de abril de 2001 em Brasília. A partir do eixo temático “Reorientação do modelo assistencial”, discutiram-se os temas: recursos humanos, financiamento, controle social, direitos, acessibilidade e cidadania.

No tocante a **recursos humanos**, como sub-tema, discutiram-se:

- * a situação atual dos funcionários do setor público, considerando a diversificação de inserção no trabalho em função de seu vínculo institucional, o que também determina planos de cargos e carreiras diferenciados;
- * o processo de terceirização como fator que requer aprofundamento nas discussões;
- * a necessidade de valorização do processo democrático na gestão dos serviços, bem como a participação de todos os atores envolvidos;



- * a capacitação dos trabalhadores mereceu destaque nas discussões, sinalizando-se não só para a revisão da formação universitária, como também, para os programas de formação descentralizados e contínuos e a inclusão da discussão da saúde mental na formação de gestores.

O **financiamento** é considerado como o ponto fundamental das políticas públicas, ressaltando-se:

- * a necessidade de se melhorar a confiabilidade dos dados disponíveis sobre a utilização dos recursos de custeio dos serviços extra-hospitalares;
- * clareza quanto ao fato de que o investimento deve partir das três esferas de governo e ser convergente no município;
- * inclusão da saúde mental nas agendas municipais;
- * manutenção de 70% na transferência dos recursos de custo operacional para os serviços comunitários, desestimulando-se a participação do setor privado contratado;
- * divulgação das formas de operacionalização do redirecionamento do modelo proposto.

O **controle social** deve ser estimulado, recomendando-se a participação dos representantes dos usuários, familiares, trabalhadores, gestores e representantes da sociedade civil. Deve-se buscar apoio político social nas organizações de classe profissionais, sindicatos, órgão públicos e demais parcerias possíveis, para a consolidação da participação do cidadão.

Pensar na ampliação, organização e implantação da rede de serviços extra-hospitalares é garantir o acesso da população que necessita de atendimento em saúde mental, direito esse que deve ser preservado. Há a obrigação da vigilância aos processos de



interdição que os pacientes sofrem, para garantir-lhes o mínimo de cerceamento de suas vidas. *O tema da cidadania do louco, do estatuto especial da tutela, da construção quotidiana de novos direitos e assunção de novos deveres está presente nos corações, mentes, gestos e textos dos técnicos, pacientes e familiares do campo da reforma.* (BRASIL, 2001d)

2.3. OS SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE SAÚDE MENTAL

Reconhecer que o "doente mental" é um sujeito que deseja e que "sabe" sobre a verdade de seu desejo e de seu sofrimento, saber possível numa relação de fala/escuta que possa produzir novos sentidos para sua história, que possa criar novos caminhos em seu circuito pulsional, novos territórios existenciais, reconhecer isto é renunciar à onipotência, ainda que ilusória, do lugar do provedor, do são, daquele que sabe.

Santa Cruz

Ao longo da história, a atenção em saúde mental passou por períodos de intensas buscas de alternativas e por longos períodos de estagnação, estando, assim, à mercê dos altos e baixos de seu processo de transformação.

A partir da década de 70, pautada, tanto no ideário de transformação da assistência psiquiátrica, como nas intenções oficiais de se racionalizar esses gastos, há uma intensificação de propostas de alternativas à internação hospitalar na atenção em saúde mental; porém, somente depois de aproximadamente uma década essas propostas efetivamente tomam forma. (ODA, 1998)



A criação da Divisão de Ambulatórios da Coordenadoria de Saúde Mental da SES-SP, segundo o Decreto nº 9.802, de 17 de maio de 1977, objetivou o amparo legal para o estabelecimento dos Ambulatórios, tanto da Grande São Paulo, como do interior. Entretanto, identifica-se que, apesar de os Ambulatórios estarem regulamentados segundo o decreto nº 15.227, de 13 de junho de 1980, esse fato não foi o suficiente para que eles fossem constituídos da forma como foram descritos. (REVERBEL, 1996)

Segundo Pitta (1984), o número de Ambulatórios previsto para o Estado de São Paulo não se efetivou e, no tocante a sua organização, observou-se que eles surgiam permeados pela especificidade de cada local, com base fundamentalmente nas possibilidades das instalações físicas, dos recursos humanos e da compreensão que os profissionais envolvidos tinham do Projeto, determinando-se, assim, as práticas ali desenvolvidas.

Em agosto de 1982, com a elaboração do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, decorrente do Plano CONASP (Conselho Consultivo da Administração Pública Previdenciária), *procurou-se alinhar diretrizes gerais de uma reformulação da assistência, que coincide com as postulações técnicas da OPAS/OMS*. As diretrizes básicas eram a regionalização do sistema de saúde, a hierarquização dos serviços e universalização da assistência, e cada unidade sanitária assumiria o papel de gestora de seus próprios recursos. Haveria pois, descentralização executiva e financeira, ou seja, do planejamento e da execução da assistência à saúde, e o fortalecimento da intervenção do Estado, com mecanismos de controle adequados, por meio do sistema de auditoria médico-assistencial. (AMARANTE, 1995)

Como essas proposições passam a ser o norte da assistência à saúde, pode-se constatar que, a partir de 1983, a SES-SP, na área da saúde mental, incentivou a implantação de ações primárias em saúde mental nos diversos Centros de Saúde do Estado, com atendimento realizado por uma equipe mínima, constituída por psiquiatra, psicólogo e assistente social, e com atendimento ambulatorial, diversificando os serviços e propiciando teoricamente uma rede de atenção articulada. (PITTA, 1984; ODA, 1998)



Nesse período há um grande incentivo à criação de novos ambulatorios nos municípios do interior do Estado de São Paulo, com a implantação de equipes de saúde mental nas Unidades Básicas.

Com a finalidade de subsidiar a implantação dos trabalhos e das equipes multiprofissionais, elabora-se um documento intitulado: **"Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatorios de saúde mental"**. (São Paulo, 1983)

Este documento trouxe como princípios gerais que *as ações de saúde mental desenvolvidas nas Unidades Básicas caracteriza-se como de atenção primária integrando profilaxia e tratamento dentro do limite pertinente de atuação e complexidade. Aos Ambulatorios, responsáveis pela assistência secundária, e equipados 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.* (São Paulo, 1983)

Devemos ressaltar o momento histórico em que este documento é elaborado, pois retratava, sem dúvida, a tentativa de trazer a saúde mental o mais próximo possível das premissas de descentralização, regionalização e hierarquização que orientavam/orientam a saúde pública, e fortalecer a rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental. Como afirma PITTA (1984) , *esta proposta demonstra o esforço de um grupo de profissionais que desenvolveram práticas institucionais alternativas ao modelo hospitalocêntrico e que se uniram para organizar, com propostas técnicas, uma estratégia política de mudar a atenção psiquiátrica pública vigente.*

De forma bastante abrangente, o documento salienta que *o plano de trabalho na Unidade Básica e no Ambulatório deve guiar-se pelas indicações sugeridas pela demanda. Se, por um lado, a demanda só deve ser estimulada na medida da possibilidade de atendimento, por outro deve-se levar em conta a existência de faixas especiais de clientela que, às vezes, não procura atendimento, embora dele carecendo.* (São Paulo, 1983)



A implantação das atividades deveria levar em consideração a realidade do local e, necessariamente, ser favorecedora de espaço para a discussão e reflexão do sofrimento psíquico, obtendo-se assim maior flexibilidade para o encontro com a população e entre os técnicos.

O documento “**Orientações do Grupo de Atenção a Saúde Mental para a Confecção do Plano Diretor**”, de março/1992, elaborado pelo CADAIS (Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde/SES), destacou como prioridade na atenção em saúde mental à **redução da hospitalização por psicoses, alcoolismo e drogadição**. Para tanto, buscou traçar uma rede de atenção, determinando ações que, desde a rede básica, até a retaguarda hospitalar, contribuíssem para o alcance da prioridade proposta. (SÃO PAULO, 1992)

As funções para a **rede básica** concentravam-se nas ações educativas intra e extra -unidade, e na detecção e tratamento precoce da doença mental, *prevenindo seu agravamento e o risco de internação através de atendimento adequado ao paciente e familiares*. Faziam parte das propostas a serem desenvolvidas; palestras e trabalhos grupais educativos (com meta a ser alcançada em 100% das solicitações), atendimento grupal, atendimento individual, a promoção das interconsultas, o desenvolvimento de ações multiprofissionais (psiquiatra, psicólogo e assistente social), assistência aos familiares dos pacientes, e, quando necessário e possível, o encaminhamento dos pacientes para atendimento mais especializados, se existente, ou para a internação hospitalar.

Para a **rede ambulatorial**, esperava-se como funções: o oferecimento de programas adequados e resolutivos para pacientes com maior risco de internação, o atendimento aos egressos de hospitais psiquiátricos e atendimento aos pacientes crônicos provenientes de longos períodos de internação. Para garantir assistência adequada e resolutiva a essa população, propôs-se que as ações fossem desenvolvidas por equipe multiprofissional (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e pessoal auxiliar) e que o atendimento fosse realizado de forma grupal ou individual, quando necessário. Na questão da organização do processo de trabalho, sugeria-se:



- * receber todos os pacientes que procurassem o serviço;
- * prestar atendimento multiprofissional aos pacientes, priorizando os agravos de doença mental mais freqüentes no município e aos pacientes que ofereciam maior risco de internação;
- * prestar assistência aos pacientes que freqüentavam outros espaços psicossociais;
- * prestar atendimento aos familiares dos pacientes;
- * encaminhar o paciente, quando necessário, para internação psiquiátrica, garantindo seu retorno para seguimento ambulatorial;
- * privilegiar as internações de curta permanência (72 horas), quando possível;
- * favorecer o atendimento do paciente próximo ao local de moradia, quando possível;
- * desenvolver ou colaborar com ações educativas relativas às doenças mentais junto à população.

O **Ambulatório** deveria ter como meta: *atendimento de 100% dos casos que procurem o serviço, encaminhar para hospitalização somente os casos que realmente a requeiram e receber para seguimento ambulatorial 100% dos casos encaminhados para internação após alta hospitalar.*

Esse documento trouxe ainda propostas para a **emergência psiquiátrica**, e os pacientes deveriam ser atendidos diariamente por 24 horas e contar com leitos de internação para até 72 horas.



Quanto aos **NAPS/CAPS**, teriam como função principal *à recepção e atendimento resolutivo em saúde mental, visando substituição da internação hospitalar integral e a manutenção do paciente em seu meio social, familiar e outros espaços psicossociais*. Essas seriam unidades assistenciais com funcionamento diariamente por 24 horas ou durante 5 dias, no período das 8 h às 18h. As atividades estariam entre o atendimento individual, grupal, visitas domiciliares e *atividades comunitárias visando trabalhar a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social*.

As **oficinas terapêuticas**, também contempladas no referido documento, teriam como prioridades *desenvolver atividades grupais que visem socialização, expressão e inserção social do paciente de longa permanência hospitalar*, buscar integração com a comunidade e desenvolver atividades que estimulassem a capacitação profissional do usuário, visando à sua reinserção social pelo trabalho.

A atenção hospitalar estaria praticamente dividida entre o **Hospital-Dia**, que teria como função ser substituto da internação hospitalar integral, com atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, e a **Retaguarda Hospitalar**, que deveria oferecer tratamento integral ao paciente durante o período de internação, favorecendo que esse fosse o de menor duração possível, e deveria *encaminhar todos os pacientes no momento da alta, para o serviço extra-hospitalar mais próximo de sua residência*.

O desenvolvimento da assistência ambulatorial e de modelos alternativos de atenção passam a ter fundamental importância na história de modificação do processo de atenção em saúde mental. Os ambulatorios passam a ser o alvo do início dessa mudança, por assinalarem, enquanto espaço institucional, a efetiva possibilidade de intervenção do poder municipal e estadual, no sentido de alterar sua prática, por considerá-los como o local de concentração da rede de atenção, ou seja, do recebimento das referências das unidades básicas de atenção em saúde mental, dos egressos dos hospitais psiquiátricos, bem como pelo encaminhamento para a internação ou qualquer outra modalidade na atenção em saúde mental. Assim, o Estado foi incentivador da criação dos ambulatorios ou da ampliação dos já existentes,



As propostas apresentadas pela SES, pautadas nos ideais da reforma psiquiátrica, representavam um grande avanço na atenção à saúde mental. Remetiam os trabalhadores de saúde mental que efetivamente estivessem engajados na marcha dessa reforma a um processo de provocação interna de mudanças, desenvolvendo, assim, novos conhecimentos que possibilitassem o desempenho de habilidades favorecedoras de novas formas de atuação, por terem que buscar alternativas ao atendimento. Como afirma Onocko (2001), *qualquer profissional precisará de ousadia para sair dos compartimentos estanques dos saberes prévios.*

A solidificação das ações dos trabalhadores nos ambulatorios de saúde mental encontrou uma grande barreira, pois eles depararam com a ausência da contrapartida do **investimento** nas ações ambulatoriais. Desse modo, quando se debruçaram para contemplar a prática, perceberam que os recortes que foram ou são necessários para a adequação do serviço à realidade, muitas vezes, levam à mutilação e a incapacidade de se tecer uma rede de atenção, dificultando a organização e planejamento de um trabalho efetivo e eficaz.

Como afirma Goldberg (1994: p.54), quando faz o paralelo entre o atendimento hospitalar e o atendimento ambulatorial: *poderíamos, de resto, considerar que há um mesmo sistema de tratamento em curso nos hospitais e ambulatorios, com as pequenas diferenças aqui já indicadas, e que se referem antes a características operacionais e administrativas adaptadas a cada uma dessas situações institucionais, do que a projetos terapêuticos específicos ... Em tal situação, o trabalho de psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais e profissionais não universitários se exerce de maneira fragmentária, tendo como única via de acesso aos pacientes o modelo centrado na figura do médico.*

O que se observa é que o ambulatório muitas vezes assume o papel de "institucionalizador", daquele que também cronifica, não só porque alguns trabalhadores de saúde mental (entendendo trabalhadores como todos os que entram direta ou indiretamente



em contato com o paciente, do auxiliar administrativo ao gerente), não se engajam nos ideais e objetivos da luta pela melhoria da atenção em saúde mental, mas também porque, muitas vezes, há falta de condições adequadas ao trabalho, há grande demanda ao atendimento, há filas de espera intermináveis. Assim, realizam seu trabalho somente dentro de suas poucas possibilidades, correndo o risco de repetir a "indústria da loucura", não mais dentro do hospital, mas no ambulatório, ou de favorecer ações de exclusão no próprio atendimento.

Onocko (2001) refere-se ao serviço que muitas vezes muda o seu foco de atenção, passando a tratar o usuário, e não mais a doença; entretanto, oferece um serviço dissociado do modo como o usuário se apresenta, *remédio é com o psiquiatra. Escuta é com psicólogo. Trabalho é com o terapeuta-ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar.*

Para Lancetti (1989), da mesma forma que se pensa em dinamizar a estrutura hospitalar, é necessário reavaliar o ambulatório, criar novas formas e condições de tratamento, para promover uma eficaz recuperação dos pacientes. Não se pode correr o risco de reproduzir no ambulatório os sintomas cindidos do paciente, tampouco propiciar a ele uma característica de atendimento que seja parecida com a natureza da doença que o acomete.

A reforma psiquiátrica remeteu os trabalhadores à busca de alternativas, pois é no decorrer da história que se desenvolve a compreensão para o enfrentamento das dificuldades e amplia-se a estimulação da crítica ao serviço executado.

O Ambulatório de Saúde Mental no
Contexto da Reforma Psiquiátrica:
um Estudo no Município de Taubaté-SP



Perception – Catherine Galeano (Bogotá)

3. A RECONSTITUIÇÃO DA HISTÓRIA MUNICIPAL



Somente um ser que é capaz de sair de seu contexto, de “distanciar-se” dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo no tempo que é o seu, um ser histórico, somente este é capaz, por tudo isto, de comprometer-se.

Paulo Freire

Como afirma Maria do Carmo Carpinteiro: *a política de saúde em cada época reflete o momento histórico em que foi criada, a condição econômica deste período, os avanços do conhecimento científico e a capacidade das classes sociais de se organizarem e influenciarem os governos.* Portanto, a reconstrução histórica apresentada neste trabalho, baseada no conhecimento adquirido nos anos de trabalho da pesquisadora, na história colhida entre os profissionais e nos registros documentais a que teve acesso, pretende compreender esse cenário no município de Taubaté.

3.1. O MUNICÍPIO DE TAUBATÉ

Nos fins do século XVI e no início do século XVII, do Povoado Paulista partiram os primeiros colonizadores da região do Vale do Paraíba. Entre eles destacou-se Jacques Félix, que recebeu a provisão em 20 de janeiro de 1636, autorizando-o a “penetrar” no sertão de Taubaté a fim de descobrir minas, pacificar índios e demarcar as terras da Condessa de Vimiero, donatária da capitania de Itanhaém. Assim, Jacques Félix fundou um povoado, que foi elevado à categoria de Vila pela provisão de 5 de dezembro de 1645, quando recebeu a designação de Vila de São Francisco das Chagas de Taubaté. (ANDRADE & ABREU, 1996; CARDOSO *et al*, 2000)



A Vila ficava em torno de uma capela, perto da qual ficava o cemitério. Possuía sete ruas, foi núcleo irradiador do Bandeirantismo e também centro da área rural, abastecedora das zonas de mineração. Nessa época, o povoado de Taubaté foi considerado como o primeiro núcleo urbano do Vale do Paraíba. (ANDRADE & ABREU, 1996)

Taubaté, embora núcleo urbano modesto, ocupava posição de destaque na região, e, pela lei de 5 de agosto de 1842, foi elevada à categoria de cidade. Sua economia baseava-se na cultura canavieira e cafeeira.

O município conta atualmente com uma área total de 655 km²: 58 km² em área urbana e 597 km² em área rural. Segundo o censo demográfico 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população total é de 244.107 habitantes: desses 94,14% na zona urbana e 5,86% na zona rural.

Ainda de acordo com o censo demográfico de 2000 (IBGE), o grau de urbanização do município de Taubaté é de 94,14 %, sendo o sétimo município mais urbanizado do Vale do Paraíba Paulista.

Localiza-se no Médio Vale do Paraíba do Sul, no eixo de circulação entre Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Está a 123 km de São Paulo e a 280 km do Rio de Janeiro. A nordeste corre a Serra da Mantiqueira. Tem, assim, facilitada a comunicação com os grandes centros econômicos, com o litoral sul paulista e com as cidades serranas da Mantiqueira.

A maior parte territorial do município está localizada entre a estrada de Ferro Central do Brasil e a Rodovia Presidente Dutra. Costumeiramente, seus moradores, ao se referirem à localização dos bairros, dizem que estão “acima da linha do trem” ou “do outro lado da Dutra”.



A economia da cidade está alicerçada em características que se mantêm desde o início de sua fundação, como o comércio e atividades agropecuárias. E também em atividades industriais, que lhe trazem grande grau de desenvolvimento. Destacam-se:

- * no comércio - conta com grande número de estabelecimentos, extensa rede bancária, hotéis, shopping center. Mantêm em atividade a feira da barganha, local onde as pessoas vão trocar, comprar ou vender os mais diversos produtos;
- * na agricultura - baseada na cultura de arroz, milho, batata feijão, cana para forragem e hortigranjeiros;
- * na pecuária - predominantemente com gado leiteiro;
- * na indústria - tem como principais atividades a indústria automobilística, química, fundição, de equipamentos industriais pesados, artefatos de cimento, entre outras. (CARDOSO *et al*, 2000)

Quanto à educação, possui ampla rede de escolas estaduais, municipais e particulares, inclusive sendo composta por escolas profissionalizantes, como o SENAI, SENAC, SESC e SESI, contribuindo efetivamente para a formação regular de mão-de-obra especializada.

Taubaté foi a primeira cidade do Vale do Paraíba a criar condições para o ensino superior e a primeira a formar uma universidade. A Universidade de Taubaté (UNITAU) é uma autarquia municipal de regime especial. A instituição, que possui credenciamento junto ao Capes, Finep, Fapesp e CNPq, entre outros órgãos de fomento à pesquisa, desenvolve ação cooperativa, no plano técnico-administrativo, com a Prefeitura Municipal de Taubaté. (CARDOSO *et al*, 2000)



O município de Taubaté orgulha-se de poder apresentar como cidadãos taubateanos, ilustres personalidades que se destacaram no cenário nacional, como, por exemplo, Monteiro Lobato e Mazzaropi. Tradicionalmente, no aspecto cultural, mantém atividades promovidas pelo seu Departamento de Educação, Cultura e Esportes. Anualmente promove a Semana Monteiro Lobato e a Festa do Folclore realizada na rua Imaculada, onde está edificada a Casa do Figureiro, importante centro cultural que mantém viva a arte dos figureiros, artesanato reconhecido internacionalmente.

Apresenta um acervo histórico e cultural formado pelos Museus: Histórico; de Artes Plásticas; de Arte Sacra; Histórico e Pedagógico “Monteiro Lobato” e o Museu da Imagem e do Som.(CARDOSO *et al*, 2000)

São pontos turísticos da cidade o Sítio do Pica Pau Amarelo, Parque de Exposição Monteiro Lobato (Vila Costa), Capela do Pilar, Casa do Figureiro, Monumento do Cristo Redentor, Museu da Imigração Italiana, Solar das Artes, Parque Municipal do Jardim das Nações, Hotel Mazzaropi, Horto Municipal e a Feira da Barganha.

No município o velho e o novo, o obsoleto e o revolucionário se encontram, às vezes convivendo pacificamente, outras num embate de forças para que um não tome o lugar do outro.

3.1.1. O sistema de saúde no município em estudo

Em agosto de 1968 com a reforma da Secretaria de Estado da Saúde é criado o Centro de Saúde I Renné Rachou de Taubaté, funcionando em prédio próprio de dois pavilhões, localizado próximo à área central da cidade.



Em 1987, no município de Taubaté, coloca-se em prática o Projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS). Na composição do serviço público, o Centro de Saúde (CS-I), o Posto de Assistência Médica do INAMPS (PAM), o Hospital Universitário (HU), o Hospital Santa Isabel de Clínicas (HOSIC) e cinco Postos de Assistência Médica da Prefeitura Municipal (postinhos).

Taubaté era a cidade sede do Escritório Regional de Saúde – ERSA-60, representante da SES-SP na região. Mantinham-se reuniões regulares da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIMS) das quais participavam profissionais que representavam o CS 1, PAM, HU e HOSIC, e existia ainda a CIMS por categoria profissional, como de enfermeiros e de médicos. A Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS) era composta do diretor do ERSA, representante do serviço médico social, do HU, do HOSIC e do secretário de saúde de Taubaté. Essas comissões tinham a tarefa de discutir e definir ações de saúde para a região, que era composta de 10 municípios (inclusive a sede) assim identificados:

- * Campos do Jordão
- * Lagoinha
- * Natividade da Serra
- * Pindamonhangaba
- * Redenção da Serra
- * Santo Antonio do Pinhal
- * São Bento do Sapucaí
- * São Luiz do Paraitinga
- * Tremembé
- * **Taubaté**



As transformações do sistema de saúde, foram acontecendo no Estado de São Paulo. Em Taubaté os profissionais da saúde pública demonstravam interesse e engajamento nas reformas, porém, seus dirigentes acompanhavam-nas com lentidão na efetivação das mudanças necessárias.

Em 21 de novembro de 1988 houve a unificação do INAMPS e do CS 1 num mesmo local. No início do ano seguinte, efetiva-se a mudança e o atendimento fora reordenado, ficando nessa unidade os serviços de atendimento médico secundário (especialidades), a capacitação e treinamento de pessoal.

Os profissionais que realizavam atendimento de clínica geral, obstétrica e pediátrica foram municipalizados e passaram a atender nos postos da prefeitura. O CS 1 recebe uma nova denominação, não oficial, de Unidade Integrada de Saúde de Taubaté – UIST. A alteração do nome da unidade deu-se por interesse dos funcionários, pois entendiam que era necessário estabelecer uma marca no processo de mudança que estava ocorrendo, porém não existiu uma alteração oficial na denominação da unidade.

No âmbito legal, Taubaté não assinou a “municipalização”, mas participou do sistema, ou seja, elaborava os planos da Programação Orçamentária Integrada (POI) e do Plano Diretor, recebia verba de custeio e principalmente de investimento, aumentando significativamente o número de Postos de Assistência Médica Odontológica (PAMO). Demonstrou assim, que a influência político- partidária estava acima das normatizações estabelecidas.

Em 1993, implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), e com a publicação da Norma Operacional Básica 01/93, (NOB/93), que trouxe como questão principal a municipalização dos serviços e estabeleceu situações transitórias para os municípios enquadrando-os em categorias administrativas de gestão incipiente (atenção básica), parcial (atenção básica e secundária) e semiplena (atenção em todos os níveis), novamente Taubaté não se insere em nenhuma das formas de gestão, enquanto a maioria dos municípios da região aderem no mínimo à forma incipiente.



No período de 1993 a 1996, observou-se que o gestor municipal compreendia que era responsabilidade do município realizar atendimento básico e que todas as especialidades, inclusive saúde mental, eram de total responsabilidade do Estado.

No período seguinte, a prefeitura investe em implantar o Programa de Saúde da Família, mesmo sem receber verba para tanto, já que não havia aderido a nenhum tipo de gestão; portanto todo o dinheiro gasto com o PSF em Taubaté, veio do orçamento municipal.

Diversas mudanças ocorreram e os ERSAs foram agrupados, organizando-se, no Vale do Paraíba, duas Direções Regionais de Saúde, a DIR XXI – São José dos Campos e a DIR XXIV – Taubaté.

Passados aproximadamente sete anos, ao final do ano de 2000 o município de Taubaté, influenciado por sua secretaria de saúde e pelos secretários dos outros municípios, e na perspectiva de perder a eleição municipal para o atual prefeito, numa manobra política, assina o pleito de Gestão Plena de Atenção Básica, com previsão orçamentária para a área da saúde de 18,78% dos recursos próprios do município, conforme o Plano Municipal de Saúde para Habilitação em Gestão Plena de Atenção Básica. Seu objetivo era de assinar o pleito de Gestão Plena do Sistema, porém, não houve tempo hábil para fechar as negociações com os hospitais da cidade.

Este quadro histórico que a autora apresenta, tem por objetivo fornecer ao leitor a percepção, mesmo que incipiente, da posição ideológica que movia a gestão em saúde no município em estudo.

3.2. A INCLUSÃO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO

O atendimento em saúde mental no Centro de Saúde I (CS-I), local de instauração do ambulatório, inicia-se em 1984, realizado por uma médica sanitária, oferecendo atendimento medicamentoso supervisionado por uma psiquiatra de São José dos Campos, que comparecia ao CS-I uma vez por semana, para o atendimento dos casos que necessitassem de uma intervenção mais especializada.



Como explica uma das entrevistadas:

... quando eu cheguei em Taubaté não tinha nenhum tipo de assistência em saúde mental os pacientes chegavam em crise, com alguma dificuldade, com alguma coisa e eu comecei a atender ... uma psiquiatra vinha uma vez por semana, e fora daquela vez se precisasse de algum atendimento, como médica eu dava, e se eu tivesse alguma dificuldade, eu ligava para a colega e ela me dava uma supervisão. (ENTREV. 10)

Na cidade de Taubaté funcionava um Posto de Assistência Médica do INAMPS (PAM), que mantinha dois psiquiatras credenciados para o atendimento de consultas médicas, os quais tinham livre acesso às guias de internação hospitalar e as realizavam sem nenhuma normatização.

A sede regional da Secretaria de Bem-Estar Social do Estado de São Paulo, semelhante ao que ocorria em outras regiões, disponibilizava alguns leitos para internação psiquiátrica em vários hospitais de São Paulo e no Hospital Bom Jesus, no município de Cruzeiro - Vale do Paraíba - SP, utilizando-os em concordância com a Promoção Social do Município de Taubaté, sem critério pré-estabelecido.

Em maio de 1986, a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Campos do Jordão elabora um documento intitulado **“Proposta de Atendimento de Psiquiatria para o Sistema Integrado de Saúde de Taubaté”** (CIMS, 1986), no qual descreve um modelo de atenção em saúde mental para a região do ERSA – 60, constando de um Ambulatório no Centro de Saúde I de Taubaté, quatro leitos de Urgência no Hospital Escola da Universidade de Taubaté – UNITAU e Leitos de Referência no Hospital Bandeira Paulista, de Campos do Jordão.

As estratégias de implantação da proposta estavam assim descritas:

- * *buscar-se-á obter recursos financeiros para implantação deste Sistema junto ao Programa de Ações Integradas de Saúde, a Coordenadoria de Saúde Mental e Projeto de Integração Docente Assistencial da Divisão Regional de Saúde de Taubaté – (PIDA).*



- * a aplicação destes recursos seguiria uma escala de prioridade – primeiro ambulatório, leitos de urgência e leitos de referência.
- * a CIMS de Taubaté solicita gerenciar a implantação dos serviços junto com a CIMS de Campos do Jordão e a Universidade de Taubaté.
- * Proposta da CSM (Coordenadoria de Saúde de Saúde Mental) transfira para a Coordenadoria de Saúde da Comunidade os cargos e funções de técnicos e auxiliares que necessitarão ser contratados para a implantação do Ambulatório no Centro de Saúde I de Taubaté;
- * Descentralização das decisões para o poder local.

Ao final de 1987, o ERS-60 viabilizava, por meio de concurso público, a contratação de psicólogos, psiquiatras e fonoaudiólogo, para regularizar o atendimento em saúde mental. Dessa maneira, iniciou-se, tanto o atendimento em saúde mental no CS-I em Taubaté, bem como a organização dos serviços na região.

Nesse momento, ao analisarem-se as propostas políticas de organização de um serviço de saúde mental para a região, observa-se que estavam presentes preceitos da reforma psiquiátrica e propostas de mudança no modelo assistencial, ou seja, de descentralização e hierarquização da assistência e o atendimento de emergência.

Até setembro de 1988, a Equipe de Saúde Mental da CS-I era composta de um psiquiatra (atuando nesse serviço desde 1º de abril de 1987), dois psicólogos, um assistente social (que atendia a outras solicitações da unidade, quando necessário) e um auxiliar de enfermagem. Eram atendidos pacientes segundo encaminhamentos de outros profissionais médicos e da demanda espontânea que procurava a unidade.

Segundo documento da época, a prioridade era o atendimento aos *casos mais frequentes e que necessitavam dos serviços de uma equipe multiprofissional*. A identificação dos problemas centrava-se na *escassez de recursos humanos ... a falta de ambulância, de medicação receitada regularmente, de material de consumo e didático, de supervisão de trabalho, etc.* e a ausência de atendimento nas unidades básicas de saúde. Havia a solicitação do incremento ao serviço de recursos humanos e materiais.



Apesar da identificação da escassez de recursos humanos, encontrou-se, no quadro funcional do CS-I um médico psiquiatra que prestava serviço no município de São José dos Campos desde janeiro de 1985.

No plano municipal, a discussão e as tentativas de efetivação de atendimento em saúde mental têm início na gestão de 1989, como lembra o diretor municipal de saúde da época:

... naquela época começam a surgir as tentativas de mudanças ... eu me lembro que a gente quis criar no pronto socorro alguns leitos de urgência ... essa idéia foi discutida muito naquela época ... não consegui criar isso na época, mas de qualquer maneira foi uma idéia. (ENTREV. 2)

Houve o treinamento dos plantonistas do Pronto-Socorro Municipal (PSM) para atendimento em emergência psiquiátrica, com a finalidade de se evitar o atendimento de urgência no ambulatório e também para que, de certa forma, a prefeitura pudesse se envolver com as questões de saúde mental.

Registrava-se um crescimento constante na lista de espera de atendimento médico psiquiátrico. Na tentativa de minimizar o problema, o secretário municipal de saúde viabilizou a contratação de um médico psiquiatra para atuar no ambulatório.

Este gerente municipal da saúde, que teve sua gestão no período de 1983 a 1990, relatou a “manobra necessária” para atuar em saúde mental:

... me lembro ainda que havia a necessidade de contratar um médico para a saúde mental, um psiquiatra, e, a gente não tinha o cargo de psiquiatra na Prefeitura, e eu fiz uma manobra que não me envergonho nem um pouco dela, fiz uma manobra. Eu pedi para um psiquiatra fazer um concurso de clinica médica ... Eu tinha quatro vagas ... então chamei os quatro primeiros, ele foi o quinto chamado, os outros ficaram na frente, sem prejuízo nenhum dos outros, ele foi admitido e trabalhou muito tempo na saúde mental. (ENTREV. 2)



Ao final de 1989, observou-se que, tanto o Estado, que contratou novos profissionais agrupando-os no atendimento ambulatorial, quanto o município investiram em recursos humanos em saúde mental. O Ambulatório contava com três médicos psiquiatras, seis psicólogas (uma delas também trabalhava no ERSA), uma assistente social e dois auxiliares de enfermagem.

No município atuavam oito psicólogas e um médico psiquiatra, cobrindo o atendimento no pronto socorro com o objetivo de qualificar esse atendimento com visitas diárias e avaliação dos casos atendidos pelo pessoal de plantão. As assistentes sociais não eram exclusivas da saúde mental, mas atuavam na área, quando necessário. Essas ações passavam a sinalizar a possibilidade de se construir um atendimento mais eficaz. A grande maioria desses profissionais atuou no município até meados de 1991, quando deixaram o atendimento, permanecendo no município um médico psiquiatra e duas psicólogas.

Durante o período que estiveram atuando em saúde mental, houve grande investimento desses trabalhadores, estaduais e municipais, para que se efetivasse um atendimento hierarquizado e descentralizado. As negociações para a implantação de um atendimento emergencial devidamente organizado que pudesse acolher adequadamente o paciente em crise, para a criação de leitos de curta e média permanência no Hospital Universitário e para a organização da referência terciária em Campos do Jordão (município próximo de Taubaté, cerca de 50 km), sempre esbarraram nas questões de ordem política, que dificultavam a sua concretização.

Um dos entrevistados da esfera central da SES-SP expressa de forma clara o que observava no município:

... a questão política na região é muito forte e eu encontrava técnicos que estavam bastante sensibilizados com saúde mental que queriam desenvolver o trabalho, mas em contrapartida os gerentes pouco se interessavam pela saúde mental e eram exatamente esses gerentes que poderiam facilitar que as ações acontecessem ... a relação sempre era muito conflituosa. (ENTREV. 6)



Um dado importante, ressaltado nas entrevistas, é que a saúde mental estava inserida num ambulatório de especialidades, o que deveria lhe conferir maior inclusão no sistema de saúde local. Porém, havia grande dificuldade gerencial.

... naquela época eu já identificava um problema de gerenciamento ... o diretor de um ambulatório de especialidades onde se incluía a saúde mental tem que ser uma pessoa que tenha clareza do que é o programa de saúde mental, sob pena de deixá-lo de lado e colocar outras prioridades mais confortavelmente ... desde o espaço físico até a questão de intercâmbio entre as outras áreas e a própria direção geral do ambulatório.
(ENTREV. 7)

Em 1992, o município contou com um gerente de saúde que foi diretor do ERSa havia pouco tempo. Novamente tudo indicava que as mudanças tomariam a direção de efetivamente se construir uma rede de serviços em saúde mental. Porém, não foi bem isso que se observou. Havia um interesse do município em realizar um “convênio” com a SES para o aumento da atenção em saúde mental. Segundo um ofício da época, o novo gerente municipal entendia que a demanda de serviços em saúde mental era crítica para a população, e propunha a implantação de um Ambulatório de Saúde Mental. Para tanto, solicitava da direção regional (representante do Estado), a municipalização dos profissionais, com vínculo estadual, lotados na Unidade Integrada de Saúde de Taubaté (UIST), antigo Centro de Saúde I, bem como a disponibilização do espaço físico nessa unidade, salientando que a gestão fosse municipal.

Efetivamente este convênio não aconteceu, porém a Prefeitura Municipal de Taubaté realizou nova contratação de cinco psicólogas e quatro assistentes sociais, para atuarem em dezesseis Postos de Assistência Médica Odontológica (PAMO).

Na UIST, dois médicos que haviam sido contratados em 1989 pediram demissão em 1991, portanto o atendimento médico continuava sendo realizado somente por um médico da prefeitura que trabalhava no ambulatório, cinco psicólogos (pois uma delas estava trabalhando na área de DST/AIDS), uma assistente social (vinda transferida do Sul), dois auxiliares de enfermagem, e não havia nenhum enfermeiro trabalhando diretamente na área.



A assistente social que veio transferida do Sul, depois de trabalhar num hospital psiquiátrico, referiu-se ao ambulatório de forma bastante importante:

... eu estava na internação esperando que os ambulatórios trabalhassem como a gente imaginava, e imaginei que poderia ficar do outro lado da moeda que era o ambulatório ... só que na realidade o ambulatório não era muito diferente do hospital, a única coisa é que as pessoas moravam em casa. Porque o atendimento (pausa) Acho que ainda tinha muitos avanços na unidade psiquiátrica que não tinha no ambulatório. (ENTREV. 5)

As dificuldades de: organização do atendimento ambulatorial; dos entendimentos entre as gerências estadual e municipal; a definição da clientela a ser atendida; o plano de trabalho a ser realizado, entre outras, eram sinais dos obstáculos a serem enfrentados na efetivação de mudanças no atendimento em saúde mental no município.

A negociação para implantação de um atendimento emergencial devidamente organizado e as discussões da retaguarda hospitalar para média permanência no Hospital Universitário continuava a acontecer sem sucesso. Assim, a universidade denotava seu caráter de órgão formador centrado na continuidade da atenção medicamentosa clássica, e, deixava de cumprir seu papel social de inclusão do doente mental no desenvolvimento de uma assistência inovadora, de acordo com os parâmetros apontados na Reforma Psiquiátrica.

A retaguarda hospitalar para longa permanência em Campos do Jordão sempre esbarrara nas questões dos interesses da Presidência dos Hospitais que sem compreender os benefícios que a internação próxima ao local de moradia traria aos doentes mentais, dificultavam ou até impediam sua concretização. É necessário entender, que, esses hospitais já haviam sido depositários de doentes de Tuberculose, que perdiam sua referência familiar, ou eram indigentes, e permaneciam na cidade após a alta hospitalar, causando sérios problemas sociais. Essa história, dificultava sensibilizá-los para um novo momento histórico de acolhimento de doentes também estigmatizados.



Como já apontado anteriormente, no início da década de 90, havia um projeto municipal para a saúde mental, contando com a implantação do Hospital-Dia no bairro do Areão, em uma área da Prefeitura que se encontrava disponível e era de fácil adaptação ao proposto. Nessa época, Taubaté não havia se inserido em nenhuma forma de gestão SUS, e uma questão importante a ser considerada era o investimento necessário para ações como a proposta pelo município, que necessitava de verbas estaduais para efetivá-lo.

Por opção política municipal, nem o interlocutor de saúde mental do Estado no município e nem o coordenador das ações programáticas da SES-SP foram envolvidos na negociação da implantação do Hospital-Dia, ficando o município sem a força ideológica e política para sua efetivação, do que dificultou a viabilização do investimento por parte do Estado.

Há de se considerar, no entanto, uma questão de extrema relevância: a municipalização. Pois se por um lado, é uma possibilidade de efetivação do SUS; por outro, é dado ao município a “obrigatoriedade” de algo que esse talvez não saiba como, para que e por que assumir, ou, ainda, não pretenda assumir.

Dallari (1991) ao discutir o papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde, reforça essa reflexão: *prega-se a descentralização como mecanismo para alcançar maior coordenação e satisfação das necessidades locais, por meio da delegação de autoridade e recursos para o nível comunitário e o que, de fato, se realiza é a desconcentração de algumas atividades administrativas, que passam a ser executadas pelo nível local, sob o controle e de acordo com as prioridades definidas na esfera central do governo.*

Com a mudança do gestor municipal, a partir de 1993 pode-se observar que houve um retrocesso no que se refere à saúde mental, pois a maioria dos profissionais que atuava nos postos da prefeitura foram demitidos. Permaneceu somente o médico psiquiatra, e uma assistente social do município que foi transferida para trabalhar no Ambulatório da UIST. O atendimento no Pronto Socorro era realizado apenas pelos plantonistas, que chamavam o psiquiatra, quando avaliavam que era necessária sua intervenção.



Nas entrevistas foi possível identificar a organização da saúde mental no município, a forma pela qual as mudanças aconteceram:

... em Taubaté ainda mais devagar essas mudanças ... muita demora em se instituir, ter uma cara, um trabalho específico ... não existe canalização de recursos, tanto a nível federal, estadual como municipal. Então acho que falta mais impulso político, não é só no político que as coisas acontecem. (ENTREV. 3)

Por aproximadamente cinco anos, o atendimento em saúde mental passou por vários problemas, dificultando que se efetivasse uma rede de atenção no município. Observou-se que uma das principais causas para que isso ocorresse foi o pouco investimento político da esfera municipal. Quando havia interesse do município, havia falta de integração com o representante estadual, o que inviabilizava parcerias.

Em trabalho anterior, realizado no município, destaca-se um trecho da entrevista do gerente municipal de saúde da época, onde se pode ressaltar a diretriz política adotada pelo município em relação à saúde mental da população de Taubaté:

... o paciente de saúde mental é marginalizado sempre e não forma uma pressão de demanda política. Os resultados não aparecerão, na medida em que as atividades sejam realizadas por pessoas que gostam e abraçam a causa, tendo atitudes heróicas. Isto não é uma reivindicação de política de saúde. (SANDINI et al, 1997)

Não havia a inclusão da atenção em saúde mental no âmbito municipal: por falta de vontade política; falta de compreensão da importância das inovações geradas pela reforma psiquiátrica; centralidade nas ações que mais faziam com que o governo se tornasse visível; falta de pressão da população; falta de instrumentos para que usuários e familiares se impusessem frente às suas necessidades. Assim, era possível para os dirigentes municipais, não notar as necessidades de atenção em saúde mental de seus munícipes.

Era objetivo do diretor da Direção Regional de Saúde (DIR XXIV), antigo ERSA-60, que a saúde mental tivesse um lugar próprio para o atendimento. Por dois anos os profissionais de saúde mental se opuseram à transferência desse atendimento para uma casa, finalmente, em 1998 acertou-se a mudança do local de atendimento.



Valendo-se do fato de que a Universidade de Taubaté - UNITAU sempre utilizou o Ambulatório Regional de Especialidades - ARE (antiga UIST) como campo de estágio em saúde coletiva, tanto para o curso de medicina quanto para o de enfermagem, realizou-se um acordo segundo o qual a UNITAU alugaria uma casa para que o Ambulatório de Saúde Mental realizasse seus atendimentos.

Nessa época os profissionais que atuavam no Ambulatório eram: cinco psicólogos, dois auxiliares de enfermagem, um agente administrativo (vínculo estadual); um assistente social (vínculo federal); dois médicos psiquiatras, um assistente social, um motorista de ambulância (vínculo municipal - PMT) e um segurança (vínculo municipal - UNITAU). Demonstrando uma integração na disponibilidade de recursos humanos, sem que houve um compromisso conjunto para a organização de uma rede de atenção em saúde mental.

Desde 1997 a equipe se mobiliza para a criação de uma associação de saúde mental, em que usuários, familiares e trabalhadores pudessem principalmente se agrupar para efetivarem a inclusão da saúde mental no âmbito das políticas públicas de saúde.

Nas comemorações do dia 18 de maio de 1998 – Dia da Luta Antimanicomial, foi eleita a primeira diretoria da **Associação “Nova Vida – Paulo Delgado” de Usuários, Familiares e Trabalhadores de Saúde Mental de Taubaté**. Sua diretoria foi composta por familiares nos cargos de presidente, como vice-presidente e conselho fiscal; usuários na tesouraria e conselho fiscal e trabalhadores na tesouraria, secretaria e conselho fiscal. Assim efetivou-se nesse serviço mais um ideal da reforma sanitária e psiquiátrica: a possibilidade da participação social organizada.

Houve grande mobilização dos profissionais que atuavam no ambulatório, para que os usuários e familiares se mobilizassem para participarem da construção de um novo modelo de atenção em saúde mental. Um dos trabalhadores que mais se envolveu com a organização deste dispositivo social, relata seu trabalho:



... eu participei dessa associação, lutei muito para a sua efetivação, fiz todo um trabalho de orientação para que ela acontecesse. Eu acho que ela conseguiu mobilizar os familiares, realizar muitos encontros, nesses encontros esclarecer muitas coisas em relação ao projeto de saúde mental, ao atendimento do paciente, a integração da família.
(ENTREV. 3)

Observou-se, a partir da constituição da Associação, que a saúde mental passa a ser percebida politicamente, sobretudo, pelo município, pois a cada dificuldade com medicação, falta de profissionais ou de recursos, era a diretoria da Associação que se mobilizava e os buscavam, ou seja, não cabia mais aos profissionais essa tarefa, mas aos representantes da população, porta-vozes da doença mental, que batiam na porta do governante. Dessa forma, a associação tornou-se uma grande aliada do serviço.

Encontrou-se um único livro de ata de reuniões da equipe, datado de 29 de setembro de 1998, no qual confirmou-se a fala dos entrevistados, pois, na maioria das reuniões os médicos não estavam presentes. No relato das atas, pode-se obter dados referentes à preocupação com a discussão dos casos, gerando propostas de intervenção, e, em alguns deles, geravam a mobilização da equipe. A preocupação com a porta de entrada também era destaque das reuniões. De forma geral, discutia-se a organização da equipe e os aspectos administrativos; porém o que mais se observa é a repetição das dificuldades apontadas pelos entrevistados e a falta de resolubilidade dos problemas que se apresentavam.

A ação do município concentrava-se nas contratações de médicos para o ambulatório, quando se necessitava substituir algum médico que pedia demissão ou era demitido, fato este, decorrente de várias manifestações por parte dos familiares, usuários e profissionais. Não foi possível encontrar nenhum registro indicando a responsabilidade do município por qualquer forma de avaliação e controle das ações realizadas no ambulatório.



Até meados do segundo semestre de 2000, de acordo com o enquadramento proposto pela NOB 01/96, o município não havia efetuado a adesão a nenhuma forma de gestão SUS. Orientava a organização dos serviços para a atenção básica à saúde e considerava que a atenção de especialidades deveria ser de responsabilidade do Estado, incluindo nas especialidades a saúde mental. Em outubro entre em Gestão Plena da Atenção Básica.

Após traçar o percurso da organização do ambulatório de saúde mental no município, este trabalho pretende compreender a inserção dos profissionais no trabalho, a clientela que atendiam e o modo de organização do trabalho para atender a clientela.

3.3. A IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA

Em setembro de 1998 a equipe de saúde mental apresenta para atual Articuladora de Saúde Mental da DIR XXIV um documento intitulado “**Plano de Trabalho do Programa de Saúde Mental**”, como exigência da representante da Coordenadoria do Interior e como suporte para a liberação de verba para implantação da nova sede do Programa.^φ

Nesse projeto, a equipe apresentava uma caracterização da população atendida em 1996 e 1997, com base nas fichas de Pronto-Atendimento (P. A.), com os seguintes resultados:

- * Do total de atendimentos, 67% era de adultos;
- * Do total de pessoas que passaram pelo P. A., 68% foram agendadas para algum dos atendimentos oferecidos, assim distribuídos:
 - 75% para consulta médica; 18% para psicoterapia; 7% para atendimento de terceira idade;

^φ A autora detalhará mais sobre o plano quando estiver discorrendo a respeito da organização do processo de trabalho.



- * do total de homens atendidos, 40% apresentavam alcoolismo, 58%, transtornos por substâncias psicoativas e transtornos neuróticos, 2% sem diagnóstico;
- * do total das mulheres atendidas, 52% apresentavam transtornos do humor e transtornos neuróticos, (não há registro dos outros 48%)

A equipe ressaltou que, para os dados sobre as patologias, havia precariedade e falta de sistematização dos registros, e que constatou a falta de critérios na prioridade dos atendimentos, indicando assim a necessidade de reformular o serviço oferecido.

A Articuladora de Saúde Mental da DIR XXIV, em uma de suas considerações a respeito do Plano, sugeria *que todo projeto deve conter dados numéricos que permitam uma avaliação mais efetiva, para quem lê e para quem vai se utilizar deste instrumento durante sua execução. É necessária a quantificação dos pacientes hoje em atendimento no total, por programa e por área, tornando possível a avaliação das ações.*

Assim, a equipe inicia a avaliação dos prontuários referentes aos pacientes atendidos a partir de 1999. Foram contados 1.159 prontuários, sendo que desses, 890 prontuários foram analisados, e 269 prontuários foram excluídos da pesquisa pois, o último registro de atendimento referia-se a um período anterior ao estipulado para o estudo.

Para que houvesse uniformidade na coleta de dados, foi elaborada uma **“Planilha de Análise e Avaliação de Prontuários”**, da qual constavam as seqüências de ordem, o número do prontuário, nome do paciente, bairro, cidade, diagnóstico, consultas. Este último item foi subdividido em consultas de psiquiatria, psicologia e serviço social, identificando em todas as especialidades a data da primeira consulta e da última consulta, internação (indicando o número de internações, a data da primeira e da última internação) e espaço para observações (alta, abandono, transferência ou outras). Todos os profissionais do ambulatório, inclusive os médicos e o auxiliar de enfermagem, participaram da pesquisa. (ANEXO 5)



A seguir apresenta-se os dados resultantes da pesquisa realizada nos meses de fevereiro a abril de 2000. Pode-se observar que 56,6% dos pacientes atendidos apresentavam diagnósticos referentes aos transtornos graves, caracterizando a população que é priorizada no atendimento do ambulatório. O atendimento infantil centrou-se nos casos de maior gravidade.

O documento da equipe ressalta que *o posicionamento do Programa quanto à mobilização da Rede Básica de Saúde, para o atendimento dos alcoolistas nos PAMOs, através de treinamento da equipe, encaminhamentos, favoreceu a diminuição do número desses pacientes atendidos no Ambulatório, em relação ao estudo anterior.*

Existe uma diferença de apenas 4% em relação aos homens e mulheres atendidos no ambulatório, e a prevalência de maior significância entre os sexos foi encontrada nos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, e 88% dos casos atendidos foram do sexo masculino. (ANEXO 6)

Em relação à faixa etária, o estudo revelou que os usuários concentram-se entre 30 e 50 anos, onde concentram-se *os diagnósticos de esquizofrenia e transtornos de humor. Esses dados confirmam o direcionamento do serviço pra atenção as psicoses e transtornos graves.* Vale lembrar que com a implantação do Programa do Idoso no ARE, as neuroses e transtornos leves passaram a ser acompanhados pela geriatria e pelo grupo de terceira idade, diminuindo o número de pessoas atendidas especificamente no Ambulatório de Saúde Mental. (ANEXO 7)

O estudo realizado buscou apresentar dados que demonstrassem o atendimento multidisciplinar^o por diagnóstico e concluiu que 76,4% dos casos foram atendidos por mais de um profissional. Entretanto, o atendimento médico esteve presente em 100% dos casos. Os casos atendidos somente pelos médicos perfazem um total de 33,6% do total de usuários atendidos. Desses, 34,6% apresentavam esquizofrenia, transtornos esquizofrênicos



e transtornos delirantes, o que demonstra que a equipe necessitava repensar o projeto terapêutico para o Programa. Outra parcela importante desse atendimento, cerca de 22%, refletia os quadros de transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes, evidenciando a falta de atenção hierarquizada e descentralizada no município. (ANEXO 8)

Em aproximadamente 50% dos atendimentos o serviço social esteve presente e o atendimento psicológico, em 42% dos casos. Os quadros diagnósticos de referência à classificação F20 a F29, apresentaram 27% dos casos atendidos pelas três categorias profissionais, 52% atendidos por médicos e assistentes sociais e apenas 10% atendidos por médicos e psicólogos.

Pode-se considerar que os dados estatísticos nos revelam “meias verdades”, pois só nos quantificam os atendimentos: somente com a avaliação do modelo de atenção do ambulatório, será possível dar significância a esses dados.

É preciso salientar que, apesar de esses dados representarem o atendimento realizado de forma quantitativa, eles nos indicam dificuldades na organização do serviço, como, por exemplo, conforme apontado anteriormente, um atendimento médico-centrado (ANEXO 8), fazendo-nos refletir sobre a falta de recursos humanos capazes de trazer maior eficiência ao atendimento prestado. Sem dúvida, como o próprio relatório da pesquisa aponta, voltar-se àquilo que é inevitável - repensar o projeto terapêutico.

3.4. A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL E SUA INSERÇÃO NO TRABALHO

Ao final da década de 1970, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, com sua atuação constante no movimento da Reforma Sanitária, inseriu a saúde mental como tema de debate do conjunto das discussões sobre política de saúde.

⁹ Devido ao fato de esse estudo mostrar somente dados quantitativos, não foi possível verificar se os usuários eram acompanhados ao longo do seu tratamento por mais de um profissional ou se esse atendimento foi realizado apenas pontualmente, pelo médico, assistente social ou psicólogo.



A partir da reforma psiquiátrica, os trabalhadores de saúde mental viveram a transição da atenção centrada na internação hospitalar para a atenção extra-hospitalar, exigindo uma nova configuração no atendimento, buscando na multiprofissionalidade a diversificação e “modernização” da atenção oferecida.

O “**Programa de Reorientação Psiquiátrica Previdenciária**”, segundo Dimenstein (1998), tem o objetivo de *melhoria das condições de internação - um padrão assistencial mais humanizado -, e, principalmente, de desenvolver a rede ambulatorial e incrementar novas formas intermediárias de assistência psiquiátrica (hospital-dia, hospital-noite, pensão protegida etc.).*

Esse programa, contido em um mercado de trabalho pouco promissor, pois o país vivenciava uma crise econômica, possibilitou o interesse de diversos profissionais da saúde que permaneciam em seus consultórios, de migrarem para a atuação no serviço público.

Mesmo sem a qualificação adequada para o tipo de serviço demandado nessas instituições, a equipe multiprofissional passou a ter papel fundamental na assistência prestada.

A **I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987)**, no seu relatório final, assinala a importância da reforma curricular dos cursos de graduação na área de saúde, para que possam atender às necessidades da atenção em saúde mental na rede pública, como assinalado no seguinte trecho: *... as universidades deverão assumir o seu papel de pólo de formação e reciclagem dos profissionais e agentes de saúde, democratizando e integrando órgãos formadores e órgãos assistenciais para uma transformação curricular compatível com a formação de recursos humanos necessários à rede pública assistencial em saúde mental, em consonância com os princípios estabelecidos no conjunto das deliberações desta Conferência. (BRASIL, 1989)*



Observa-se uma distinção na formação para o trabalho em saúde mental, nas diferentes profissões que atuam nesta área. Na área médica e de psicologia, ainda é pouco perceptível às mudanças que ocorreram na formação desses profissionais, no que se refere à necessidade de um trabalho coletivo, não mais individual, no foco de multicausalidade das doenças e na necessidade de mudança na forma de tratar os indivíduos adoecidos mentalmente. Enquanto que os trabalhos que se referem à enfermagem mostram que os órgãos formadores buscam a melhoria do preparo do futuro profissional para a saúde coletiva, e, conseqüentemente para a saúde mental. (BARROS & EGRY, 2001; COLVERO, 1994; DIMENSTEIN, 1998; NICK & OLIVEIRA, 1998)

Segundo Luz & Teixeira, Machado, Moysés & Rego, *apud* Dimenstein (1998), *não houve grandes modificações na formação dos profissionais da área de saúde, no decorrer da década de 80 e 90, que facilitasse o conhecimento da produção de saúde mental trazida pelos ideais da Reforma Psiquiátrica, que fosse promotora de sua inserção nessa nova configuração.*

Nick & Oliveira (1998) afirmam que em geral na área da saúde mental, as universidades ainda formam com o ideário da classificação e não com uma mentalidade mais integralizada da saúde mental com difusão de informação além da formação.

Partindo desse ponto, este trabalho busca compreender a inserção dos profissionais no ambulatório em estudo.

Há na fala de um dos trabalhadores do ambulatório e de um dos gerentes de saúde, a intenção de se formar uma equipe para o trabalho com saúde mental no município de Taubaté:

... Eu prestei o concurso para a saúde mental em 1987. Quando eu prestei esse concurso tinha essa perspectiva de se formar uma equipe multidisciplinar e se trabalhar num ambulatório. (ENTREV. 4)



... fazia parte de uma política do Estado de São Paulo, de implementar ambulatórios regionais, era do momento, e nós começamos a trabalhar, a montar essa equipe. (ENTREV. 10)

Quando os entrevistados foram questionados a respeito da sua inserção no serviço de saúde mental, a grande maioria refere-se também à falta de formação para o trabalho, como nas citações a seguir:

... então a gente sai da faculdade, com um modelo clínico de consultório e cai na rede pública, para o trabalho na saúde mental, que era um programa novo que ninguém sabia como funcionava, como é que a gente iria fazer. (ENTREV. 1)

... às faculdades, as formações sempre prepararam as pessoas para atender em nível de consultório. (ENTREV. 7)

... a saúde mental acabou esbarrando em toda uma história, que vai ser preciso mudar através de uma, duas ou três gerações de médicos, eu acho que tem que começar a ser trabalhado na faculdade. (ENTREV. 8)

Se, por um lado, acredita-se que o comprometimento profissional deva ser maior quanto maior for o grau de afinidade com o trabalho, por outro lado considerações acerca da inserção dos profissionais no ambulatório de saúde mental demonstram um descompasso entre a formação acadêmica e a realidade de atuação no serviço público.

Há de se conceber, que, os profissionais entrevistados tiveram sua formação no mínimo há mais de 13 anos, portanto, quando comentam sobre o conhecimento adquirido, referem-se àquele período. Contudo, esses profissionais vivenciaram o afastamento da universidade no atendimento, em sua experiência de trabalho no ambulatório de saúde mental de Taubaté.



Como afirma Saraceno (1996, p:14): *os profissionais, mais ou menos, não são incapacitados ou “desabilitados”, tem habilidades e capacidades. Então, podemos crer, também que eles não são capacitados completamente.* De tal modo, pode-se compreender a noção de dificuldade que se encontra na capacitação dos profissionais para a atuação em saúde mental no serviço público.

Contudo, para criar outros modelos de atenção é necessário que os profissionais de saúde mental. distanciem-se de seus saberes, com o objetivo de compartilhar outros conhecimentos, para, a partir daí, descobrir outras possibilidades de avaliar quem adoeceu.

Esta pesquisa, possibilita a observação de que a inserção dos profissionais entrevistados se dava na grande maioria por concurso público; portanto, pela busca de um trabalho remunerado, pela estabilidade e garantia no emprego, o que não lhes conferia o conhecimento necessário para sua atuação.

... segui os caminhos normais, como um médico jovem e acabei através de concursos, através de contratação indo para o serviço público. (ENTREV. 8)

A idéia de segurança de um trabalho e a deficiência de um arcabouço teórico trazido pela formação acadêmica, determina reflexões a respeito não só das possibilidades de transformação do que ensinar, como ensinar, mas também da necessidade de reavaliar a forma pela qual se dá a inserção do profissional na saúde pública.

Segundo Torre & Amarante (2001, p: 76), é necessário reconstruir a forma de entender a produção de conhecimentos: *... pensar em produção histórica de saberes, instituições, objetos de conhecimento, formas de sociabilidade, de trabalho, de sensibilidade, de comunicação, de subjetividade, remete a uma mesma operação metodológica na produção de conhecimento: não considerar as coisas e eventos como naturais e acabadas, buscar a compreensão de um momento histórico-social para entender a emergência de novos olhares e práticas sobre o homem, e considerar o próprio homem como uma invenção.*



Não há outra forma de se produzir novos saberes sem se entrar em contato com a realidade, vivenciando o que a instituição tem a oferecer no processo de troca, ou seja, os movimentos de resistência que favorecem a ruptura e florescendo o que é singular, ou vivenciando movimentos de adequação, sendo mantenedores da verdade acabada. (TORRE & AMARANTE, 2001).

... então a inserção foi meio por aí, a gente ia aprendendo meio que no dia a dia mesmo, o que é saúde mental, como se trabalha, o que a gente faz, o que não faz. (ENTREV. 1)

... quando cheguei no ambulatório, eu não entendia nada do paciente de saúde mental, de política de saúde mental ... no ambulatório eu fui aprendendo o que era saúde pública ... porque fazia parte do tratamento dele a questão do fornecimento da medicação, como a gente deveria trabalhar, e aí começou o meu interesse com a questão da saúde mental e fui me informando, discutindo, lendo e por aí foi. (ENTREV. 6)

Ao salientar diferentes citações de diversos profissionais a respeito da aprendizagem no trabalho, objetiva-se evidenciar que, se é no próprio trabalho que há a compreensão do que, como, para que e para quem se faz as ações de saúde, se é nas possibilidades e dificuldades que se conhece o campo de atuação que se pode ter, é também no trabalho que se apreende sobre quais políticas permeiam a atenção em saúde mental.

... havia um discurso teórico, e esse discurso teórico esbarrava nos outros interesses ... no interesse financeiro, o município ... havia muitas barreiras, muitas dificuldades operacionais. ... as pessoas, de um modo geral se sentiam frustradas de ter um projeto em mente e estar sendo obrigada a trabalhar de outro jeito, porque era o que se podia fazer, para não fazer nada, vamos fazer desse jeito que é um pouquinho que a gente faz. (ENTREV. 8)

... como a equipe ficou isolada, neste sentido não havia uma integração entre o trabalho que a equipe se propunha a produzir, nem com o município, nem como o restante da saúde do município, nem com essa estrutura de saúde da DIR. (ENTREV. 4)



Em alguns momentos, os profissionais identificam no ambulatório um atendimento médico centrado extremamente ineficiente, confirmando o que afirma Bezerra (1987 p:182), *não se pode esperar qualidade no atendimento medicamentoso se não há tempo razoável para que seja feita uma consulta digna deste nome, ou não existem condições para o acompanhamento do paciente em intervalos aceitáveis. Na verdade, a maioria dos psiquiatras não atende, despacha, não medica, repete receitas.*

Esta citação é importante, pois remete a reflexão a respeito de qual tratamento se faz referência, se é que se pode chamar de tratamento o que o paciente vem recebendo.

... mas por falta de caminhos, por falta de meios, acabava investindo sempre na doença. Então toda uma programação de se investir em saúde mental acabava no médico, na guia de internação, acabava no pronto socorro. (ENTREV. 8)

... havia uma rotatividade muito grande, principalmente na área médica. Eu nunca consegui participar de uma reunião em Taubaté onde os médicos estivessem presentes, sempre era parte da equipe presente. (ENTREV. 6)

Mesmo quando nos referimos a um ambulatório que produz um tratamento médico-centrado, podemos questionar para que ele é médico-centrado? Se for médico-centrado para o tratamento, ou apenas para manter o paciente sobre controle, e se o atendimento estiver baseado nessa segunda hipótese, então o questionamento deve se dar na definição do que é tratamento.

A clínica, nesse sentido, não é executada pelo especialista, pois a análise se produz sem se centrar em um sujeito que a realize, nem como uma interpretação ou revelação do oculto; a análise se produz em um campo de forças ... Clínica torna-se uma relação estratégica nos espaços sociais, e não o ato médico ou psicoterapêutico do espaço do consultório. Pode-se exercer em diferentes pontos, heterogêneos, do campo social. (TORRE & AMARANTE, 2001)



Observa-se que os profissionais não trabalham como equipe, pois existe grande dicotomia na descrição do trabalho executado. Se, por um lado, os médicos relatam o atendimento sendo direcionado para eles, por outro lado, os outros profissionais, vão relatando experiências que ressaltam o trabalho de reinserção.

... estar inserindo a família ... estar trabalhando com eles também suas angústias, acho que isso foi o mais legal, a gente estar conseguindo trazer a família para o tratamento também, ela estar se responsabilizando pelo seu doente, estar cuidando e não excluindo, deixando pra trás. (ENTREV. 1)

... lutei muito para a efetivação da Associação de Usuários, Familiares e Trabalhadores, fiz todo um trabalho de orientação para que ela acontecesse. (ENTREV. 3)

... minha contribuição foi ser referência para vários pacientes que mesmo em crise, mesmo confusos, com alucinações, com delírios e tal, mas tinha uma referência no serviço, tanto o paciente como o familiar... (ENTREV. 4)

... tentar organizar um pouco melhor do que estava, de registrar coisas ... o grupo de socioterapia tem muito a ver comigo. (ENTREV. 5)

... na verdade a coisa funcionava na orientação individual, na verdade a coisa funcionava centrada na figura do médico ... é melhor a gente dar medicação, porque pelo menos ele fica aí mais ou menos, e ele não perturba muito a gente. (ENTREV. 8)

... eu e uma assistente social começamos a fazer um trabalho com os pacientes egressos, que eu achei que foi um trabalho legal, de estar trazendo o doente, a família. (ENTREV. 9)

Talvez a reflexão deva se centrar em como essa equipe se articulava no processo de trabalho, sendo capaz de somar saberes e fazeres, ou se somente era capaz de ordená-los em dias e horas marcadas.



3.5. A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Ao se pensar o agir em saúde, deve-se ressaltar as condições de atenção que normalmente são encontradas no Brasil e em outros países. Merhy (1999 p:307) lembra que, em geral, *as produções de atos de saúde podem ser simplesmente centradas em procedimentos e não nas necessidades de saúde dos usuários, e a finalidade última pela qual esta produção se realiza esgota-se na produção de um paciente operado, vacinado, e ponto final, aliás, o que não é estranho a ninguém que usa os serviços de saúde no Brasil.*

Peduzzi (1998), em estudo realizado sobre as equipes multiprofissionais de saúde, indica que existe uma crescente diversificação e complexidade na composição das equipes, o que remete a uma nova divisão do trabalho.

Uma das importantes modificações que a Reforma Psiquiátrica trouxe encravada em seus novos conceitos foi a desfocalização do trabalho médico, exigindo uma nova configuração de atendimento em saúde mental, agora centrada na equipe, em diversos saberes.

É de fundamental importância para este estudo e para servir de alusão para outros estudos, que se pontuem e se compreendam os processos de aglutinação e espaçamento que o “ambulatório”[¶] viveu nas tentativas de organização de trabalho. Ao tratar da história de reconstituição do ambulatório em Taubaté, da inserção do profissional na equipe, ou da organização administrativa do ambulatório, percebe-se uma certa inquietude na equipe.

Portanto, dentre os aspectos que a autora considerou importantes neste trabalho, o modo de organização dos profissionais dentro do ambulatório e o modo de organização do trabalho que realizavam frente às exigências externas, foram observados e considerados o de maior interesse e relevância na sua pesquisa.

[¶] Neste momento, a autora deste trabalho usa a expressão “ambulatório” no sentido de abarcar todos os profissionais que direta ou indiretamente estiveram presentes no movimento de construção/desconstrução/reconstrução das práticas de saúde mental.



Cavalcanti (1997 p:151) aponta claramente que *não há como falarmos em tratamento psiquiátrico sem falarmos em encontro e portanto em indivíduos que se encontram*. A atenção em saúde mental deveria necessariamente remeter o trabalhador a um processo de fala e escuta mais minucioso, em que se efetivasse um encontro entre duas ou mais pessoas, pois parte da solução do problema do usuário se resolve no acolhimento durante o serviço.

Quando Mehry (1999) discute o agir em saúde, aponta que o importante deve ser a qualidade do serviço prestado. E qualidade se constituiu em propiciar maior defesa da vida do usuário, maior controle de riscos e agravos de saúde e o desenvolvimento do indivíduo.

Numa sociedade pouco estruturada, em que muitos têm pouco e poucos têm muito, permanecendo cristalizadas essas diferenças, nota-se que os problemas de ordem mental acometem mais pessoas, ampliando a prevalência dos transtornos mentais, obrigando a que cada vez mais se pense e se trabalhe com as alternativas de atenção em saúde mental.

A diversidade e amplitude de problemas que surgem quando se trabalha com a busca de saúde mental, exige uma constante reformulação dos pensares e fazeres dos trabalhadores. É possível considerar que são poucos os problemas de saúde pública que exigem dos profissionais a incorporação de outras atividades, como a saúde mental estabelece, pois não é possível padronizar ações de saúde mental, tendo em vista que o seu objeto de trabalho é carregado de subjetividade. Uma das entrevistadas pontua com clareza essa questão:

... tem implicações ético-psico, legais, formais na dificuldade de você estruturar uma nova ótica e uma nova ética da saúde mental ... A questão dos saberes e dos poderes, das praticas da saúde, passaram a ser questionadas dentro da própria saúde mental. (ENTREV. 10)



A possibilidade de sair do modelo bio-médico favorece o trabalho com variadas técnicas e tratamentos alternativos que valorizam o atendimento em equipe, criando uma nova visão da atuação profissional.

A partir daqui, este trabalho passa a analisar a configuração da equipe de saúde mental do ambulatório em estudo e os seus projetos de trabalho.

Um dos entrevistados refere-se a sua chegada no serviço de uma forma que permite a pontuação do o hiato existente entre o discurso e sua efetivação na ação:

... parece que era bem vinda a presença de um psicólogo, mas não se tinha nem lugar, nem função, nada muito claro ... ai foi chegando outros profissionais, também tão perdidos como eu ... a equipe ficou desfalcada por muito tempo. (ENTREV. 4)

A primeira dificuldade que os trabalhadores enfrentaram foi a não existência de um espaço físico tal como o idealizado e definido para a saúde mental no ambulatório.

As salas para o atendimento em saúde mental localizavam-se na parte posterior do edifício, no primeiro andar, que se constituía de um corredor comprido com sete salas e quatro banheiros. Nas suas extremidades havia duas salas maiores, abertas para recepção. Em uma delas era realizado o atendimento para os acidentes do trabalho. Ainda nesse andar eram realizados os atendimentos do programa de saúde ocular (uma sala) e exames de RX (uma sala).

O corredor era escuro, a ventilação e a claridade vinham das pequenas janelas da escada e das janelas das salas que ficavam em suas extremidades; apesar de serem amplas, as janelas localizavam-se na parede oposta à da entrada das salas. As salas para atendimento eram de tamanho razoável e bem ventiladas. Algumas tinham uma pia com gabinete; outras, apenas um lavatório. Nas salas de atendimento médico havia uma maca, e a mobília constituía-se de uma mesa, algumas cadeiras, um armário, todos móveis muito velhos e carunchados.



É importante ressaltar outro aspecto de significativa importância: a incoerência de denominar uma equipe mínima de atenção em saúde mental “ambulatório”, como se somente o nome fosse o fator decisório para definir a ação desenvolvida pela equipe.

... de repente saiu uma proposta de se montar uma equipe mínima de saúde mental que nós passamos a chamar de ambulatório. (ENTREV. 10)

No início das atividades, os profissionais médicos repetiam o que haviam aprendido na formação acadêmica, ou seja, avaliar o paciente do ponto de vista de enquadrá-lo em um diagnóstico e medicá-lo. Os outros profissionais iam exercendo suas atividades de acordo com o que também haviam aprendido na universidade, sozinhos nos consultórios, ou buscando respostas fora do serviço. Viam-se obrigados a conhecer novos padrões de doença e novas formas de atuar sobre elas, pois além de atender á demanda espontânea, era referência para os Programas desenvolvidos no C. S. I. Em outros momentos, tinham que aprender a trabalhar com casos pouco objetivos, que lhes era encaminhado:

... vinham encaminhamentos onde os outros especialistas não achavam o que a pessoa tinha, então, não tem nada ... vai para a saúde mental. (ENTREV. 4)

Não havia restrições na porta de entrada no serviço, tampouco prioridades no atendimento. Porém, desde o primeiro ano houve uma tentativa de trabalho com grupos e, em alguns desses, com mais de um profissional.

Não foi possível localizar nenhum projeto da época, nem registro da proposta de trabalho da equipe, o que dificultou o detalhamento do processo de trabalho desenvolvido no ambulatório.

O que se pode perceber é que, para os pacientes mais graves era oferecido um atendimento muito aquém do que necessitavam, pois faltava todo tipo de recurso físico, material e humano. E analisando por esse aspecto, tanto os pacientes referenciados pelo ambulatório de especialidades, como os mais graves, ocupavam um espaço de diferenciação e exclusão na unidade e na saúde.



A partir de julho de 1989, os profissionais determinam que no ambulatório não se realizaria mais nenhum atendimento de emergência para usuários em crise, tendo em vista a falta de condições para acolhê-los, e que esses deveriam ser atendidos no P. S. Municipal. Inicia-se a priorização do atendimento psicológico e de serviço social aos pacientes mais graves, com acompanhamento em grupos terapêuticos e de atividades de socioterapia, visando oferecer atividades que permitissem aos pacientes reinserção social.

É nessa época que a assistente social do ambulatório pede demissão, e por alguns meses o serviço fica descoberto. As assistentes sociais e as enfermeiras que trabalhavam na unidade, realizavam tarefas de rotina nos outros programas, e portanto tinham pouca disponibilidade para atuarem na saúde mental.

Em 1992 há o registro das atividades em um relatório, no qual a equipe traça o panorama dos atendimentos e atividades realizadas naquele ano. A equipe era composta de seis psicólogos, um assistente social, um médico e um auxiliar de enfermagem. O médico que compunha a equipe foi o que permaneceu mais tempo no ambulatório, de 1989 a 1993, e era contratado pela Prefeitura Municipal. Em seguida, alguns dados desse relatório, que a equipe denominou como “*atendimentos de rotina*”:

- * Foram registradas 7.260 consultas em todas as especialidades;
- * Foram atendidas crianças e adolescentes, em sua maioria provenientes das escolas, e adultos de ambos os sexos, vindos de todos os bairros da cidade de Taubaté e também de outros municípios de referência do ERSA – 60;
- * A demanda é referida do hospital universitário, hospitais psiquiátricos, pronto-socorro, da unidade de especialidades (UIST), rede escolar e demanda espontânea;
- * Atendimentos de psicologia e serviço social são realizados em grupos e individualmente, e o atendimento médico é realizado somente individual;



* Funcionavam os grupos de *disfunção sexuais (masculino), neuroses (mulheres, adolescentes e crianças), psicóticos, orientação às mães das crianças atendidas, dependentes de álcool, familiares, socioterapia e ainda é dado algum apoio aos programas existentes na unidade, tais como: hipertensão arterial, diabetes, saúde da mulher, ostomizados, AIDS e hanseníase.*

* Participação em encontros, eventos, seminários e treinamentos.

O grupo de socioterapia centrava seu atendimento aos psicóticos em reuniões semanais, com atividades de recreação, trabalhos manuais, jardinagem, coral, passeio e outras de interesse dos usuários.

Vários passeios, festas e comemorações eram programados pelos profissionais e pelo grupo. Um dos trabalhos que visavam à integração social do paciente e *ser uma alternativa de trabalho e de alguma remuneração*, era a coleta seletiva de lixo. Algumas dificuldades eram apontadas, os quais impediam o crescimento do trabalho, como o transporte do papel arrecadado, que normalmente acabava sendo feito no carro dos profissionais.

De maneira geral, o relatório aponta o que a equipe realizou, destacando pontos positivos e negativos, as chamadas “atividades criativas”: festa junina, passeio para Piracuama, eleições simuladas, festa de natal, coleta seletiva de lixo e o trabalho com sucata.

Das propostas da equipe algumas foram concretizadas, como a abertura de um registro de porta de entrada, o trabalho com a lista de espera, em que se organizaram grupos de terapia breve focal, que não só sensibilizavam as pessoas para o processo terapêutico como auxiliavam a efetiva triagem para o ambulatório, pois se tornaram grupos acolhedores, de resolutividade e de encaminhamentos.



O trabalho com egressos teve seu início com a chegada de uma enfermeira que trabalhou por apenas nove meses na equipe, e que, quando entrevistada relatou:

... eu e a assistente social começamos a fazer um trabalho com os pacientes egressos, que eu achei que foi um bom trabalho no início, legal, de estar trazendo o doente, a família, e que estava indo muito bem. (ENTREV. 9)

As visitas domiciliares dependiam da disponibilização de um carro da UIST ou da Prefeitura. Como isso raramente acontecia, não foi possível viabilizar essas visitas.

A equipe contou com uma arte-terapeuta, que desenvolveu vários trabalhos com os pacientes no grupo de socioterapia, e também com uma assistente social, que não trabalhava especificamente com a equipe de saúde mental, mas cooperava numa oficina de pintura de camisetas, que eram vendidas e propiciavam algum retorno econômico aos pacientes.

A medicação foi apontada como um dos problemas, ou por sua falta, ou pela ausência de uma enfermeira que orientasse os auxiliares ou se responsabilizasse pela medicação. Assim, toda a equipe se via envolvida com situações que às vezes não sabia como resolver.

O relatório apresenta ainda a visita ao Hospital-Dia “A Casa”, a participação em eventos, encontros e cursos, um incidente com um paciente em surto, que resultou no afastamento do médico psiquiatra devido à necessidade de correção cirúrgica em seu dedo, que foi quebrado, e as propostas para 1993, que foram:

- * *Estabelecimento de rotina do serviço: aproveitamento de cada profissional da equipe;*
- * *Levantamento estatístico do serviço: elaboração de arquivo;*
- * *Trabalho como egressos e visita domiciliar aos faltosos;*



- * *Trabalho com grupo de espera;*
- * *Articulação com diversos profissionais, para que venham dar atividades esportivas, de lazer, de arte;*
- * *Formação de grupos de estudo, discussão de casos clínicos e possibilidade de cursos, principalmente o de Psicoterapia Breve e supervisão;*
- * *Reformulação das reuniões: objetivar assuntos;*
- * *Medicamentos: alternativas e formas de distribuição, formar a farmácia da saúde mental – adquirir uma quota junto à farmácia da unidade;*
- * *Reestruturação do projeto de coleta seletiva de lixo (sucata);*
- * *Formação de grupos de sensibilização: através da triagem da lista de espera, trabalhar com os pacientes no sentido de sensibiliza-los para terapia, e*
- * *Desenvolvimento de aspectos nutricionais, como alternativas alimentares junto aos pacientes.*

Na conclusão do relatório, a equipe demonstrava a necessidade de ampliar e melhorar o atendimento prestado, mas ressaltava a falta de uma rede de atenção em saúde mental capaz de organizar a atenção primária preconizada pela Secretaria da Saúde e, ainda, melhorar as condições sociais dessa população, pois, como a equipe indica, na fala de Lancetti, ... *o cliente precisa comer, morar, ter lazer e trabalho para ser saudável, e isto por vezes lhe é negado. E não somos nós que vamos resolver isto.*

Em 1993, a atenção em saúde mental no município de Taubaté organizava-se precariamente, com poucos recursos humanos e materiais. Os profissionais médicos não se constituíam como parte da equipe, pois havia intensa rotatividade, prejudicando as tentativas de organização do serviço, conforme relatos e documentos da época.

... a equipe de saúde mental vivia uma situação difícil, conflitiva dentro da própria equipe. Até porque a equipe multiprofissional se mantém mais ou menos estável nesse tempo todo, mas os psiquiatras acabavam tendo um rodízio enorme, o que desestabilizava demais a equipe.



Pode-se considerar que os profissionais vão tentando construir um atendimento que respondesse as alternativas de atenção ao indivíduo que sofre de transtornos mentais, contudo, não se encontrou concordância no trabalho, pode-se perceber que haviam propostas pontuais, marcadas pela falta de coesão e integralidade da equipe, e, por parte da instituição, a ausência de valorização dos profissionais e incentivos para as ações de saúde mental.

Na tentativa de responder aos constantes questionamentos da SES-SP, e, para se equipar para melhor atender a demanda, após solicitação da equipe, em 1994, o ERSAs, por intermédio da UNITAU, viabiliza um curso sobre Psicoterapia Breve para os profissionais que atuavam nos diversos municípios de sua abrangência, na tentativa de oferecer subsídios para essa atuação no serviço. Nesse mesmo ano, um grupo formado por representantes dos ERSAs do Vale do Paraíba e Litoral Norte, liderado pela articuladora de saúde mental do ERSAs-60 Taubaté e por uma representante da SES-SP, inicia um processo de discussão para viabilizar um Curso de Especialização em Saúde Mental, o que aconteceria somente em 1997.

Em 1993, dois psiquiatras vindos de São Paulo passaram a atuar no serviço ambulatorial, trazendo para o atendimento novas propostas, como atender os pacientes com hora marcada, participarem mais ativamente das reuniões. Um dos médicos participava das reuniões de socioterapia e mantinha contato terapêutico com os pacientes fora da consulta médica, favorecendo uma melhoria na atenção.

Entretanto, em dezembro de 1995, um dos psiquiatras pede demissão e um ano e três meses depois (1997) o outro profissional também se demite, fazendo com que mais uma vez a equipe se desestruture e busque formas de reajustar o atendimento à nova condição do ambulatório.

Em uma das entrevistas há um relato significativo de como esta equipe tinha que se organizar para tentar manter a qualidade dos serviços prestados:

... nós tivemos problemas sérios com os médicos ... foi muito complicado para a equipe, muito difícil. A equipe teve que extrapolar de seus papéis, e se arrebentar para dar conta, foi um período muito difícil.



A cada ausência de algum trabalhador no ambulatório, ocorria a desarticulação da equipe e na medida que o trabalho tinha que continuar, muitas vezes, viam-se envolvidos com tarefas administrativas que eram de apoio ao trabalho técnico e portanto tinham que ser executadas, como por exemplo, balcão de recepção, agendamento de internação, limpeza entre outras.

Havia investimento da equipe na melhoria do atendimento e da compreensão da doença. Como exemplo, a elaboração de um documento intitulado **“Manual de medicamentos para equipe multidisciplinar em saúde mental: subsídios para o pronto atendimento e educação em saúde”**, que tinha por objetivo informar profissionais a respeito da medicação e servir como documento para os treinamentos desenvolvidos pela equipe.

Em continuidade a análise dos documentos da saúde mental encontrados, alguns ofícios datados a partir de 1995 apontam sempre para as dificuldades relacionadas com os pedidos de demissão dos médicos, com a falta de medicação, com o aumento da demanda e com o descaso político municipal e estadual com situação do atendimento em saúde mental.

Como exemplo, parte de um ofício datado de dezembro de 1996, encaminhado à Secretaria de Saúde do Município pela direção da UIST:

... neste quadro o que se verifica é uma demanda elevada sem correspondente capacidade de resposta pelo serviço, criando tumulto e um clima tenso na área, em função da impossibilidade de atendimento a todos que nos procuram ... É crônica, e foi reiteradamente denunciada a situação de atenção em saúde mental em nosso município ... Sugerimos, portanto suspender indefinidamente o atendimento psiquiátrico neste serviço até que novos profissionais sejam contratados e se possa proceder a um projeto adequado quantitativa e qualitativamente para o município ... A população será comunicada através de carta aberta aos jornais e emissoras de rádio do município, bem como por cartazes fixados na unidade.



Com tantas dificuldades, e sendo o único serviço no município para atender a população nas questões de saúde mental, o que se pode observar é que existiu um movimento constante da equipe na tentativa de organização, não só do trabalho, como também da possibilidade de organização interna dos profissionais.

A supervisão tornou-se um exemplo dessa mobilização da equipe, pois, como relataram os entrevistados, após incansáveis pedidos que foram feitos à Coordenação de Saúde Mental do Estado, sem nenhuma resposta, a equipe contrata, com recursos próprios, em meados de 1996, uma supervisora institucional, para que pudesse organizar o serviço e a própria equipe.

Contudo, após um ano, devido a problemas pessoais de alguns profissionais, às dificuldades financeiras e à compreensão que a equipe foi construindo de o quanto era fora do contexto que eles próprios (ganhando aproximadamente quatro salários mínimos) arcassem com o pagamento da necessária supervisão, a supervisora foi dispensada. O entendimento era que estariam sendo coniventes com a exclusão da saúde mental no serviço.

Em documento encaminhado para a Diretora do GTPA – Saúde Mental, há um apontamento a respeito das condições da atenção em saúde mental no município e das condições em que a equipe se encontrava após o *esperado desgaste dos profissionais, comprometendo as inter-relações dentro da equipe, a auto-estima e até mesmo a identidade institucional ... nos últimos quatro anos vimos reiteradamente solicitando supervisão para esta equipe sem que obtivéssemos qualquer resposta dos níveis superiores da administração.*

No período de 1995 a 1997 são incansáveis os ofícios relatando as dificuldades de atendimento em saúde mental no município. Há relatos de condições precárias do transporte dos usuários para o Hospital de Referência “Américo Bairral” em Itapira, município distante de Taubaté aproximadamente 350 km, colocando em risco o motorista e o usuário da ambulância, além da repetição de todas as outras faltas já citadas anteriormente.



Apesar das dificuldades, constantemente a equipe apontava para a organização em “atendimentos criativos”, como ela própria denominava, e mobilizava recursos na tentativa de atender à demanda com maior qualidade. Porém, esse fato gera inumeráveis desgastes das relações intra e extra-equipe.

Como já comentado neste trabalho, era intenção da Diretoria da DIR – XXIV que a saúde mental tivesse seu atendimento transferido para outro local. Portanto, para que fosse viabilizada a liberação de verba para implantação da nova sede do programa, e por solicitação da Coordenadoria de Saúde do Interior, a equipe elabora um novo Plano de Trabalho para o ano de 1998, apontando os seguintes objetivos:

- ✱ **Geral:** oferecer atenção integral aos portadores de transtornos mentais aos residentes no município de Taubaté e nos municípios de abrangência da DIR XXIV que não contam com atendimento na área de Saúde Mental, através de equipe multiprofissional;

- ✱ **Específicos:**

- Atender de forma integralizada o indivíduo;
- Atender através de equipe multiprofissional;
- Desenvolver subprojetos de atendimento às necessidade da demanda de saúde mental;
- Atender familiares e usuários;
- Favorecer, através de atendimento adequado a permanência do indivíduo, mesmo em crise, na sua residência e local de atendimento, buscando não interná-lo;
- Favorecer o processo estratégico de desospitalização; e
- Atender os egressos.



Estabeleceram que no Pronto Atendimento, que era o primeiro atendimento dado a quem procurasse o serviço, estariam orientando e encaminhando o paciente aos recursos existentes no município, ou seja: ao Pronto Socorro no caso de emergências; ao Hospital Universitário para o atendimento ambulatorial; à Clínica Psicológica da UNITAU e Escola Madre Cecília,^º para atendimento de psicoterapia.

Apresentavam como critérios de inclusão *os pacientes em sofrimento mental agudo, sejam eles adultos, crianças ou adolescentes, moradores do município de Taubaté e demais municípios que não tivessem serviço em saúde mental*. As prioridades centravam-se no pacientes em primeiro surto, pacientes em surto psicótico, já inseridos no programa, egressos do hospital psiquiátrico, risco de suicídio, *alcoolistas que desejam realmente se tratar* e neuróticos graves.

Para tanto, estruturaram o atendimento na oferta de atendimentos em grupos de socioterapia, grupos de pintura em tecidos, oficina de cultura e lazer, oficina de arte-culinária, (incluindo nesse atendimento usuários e familiares), grupo de familiares, psicoterapia individual e em grupo, psicoterapia breve, e apresentaram um esquema de atendimento interdisciplinar para o paciente em crise, detalhando as ações e indicando os profissionais responsáveis nos vários dias da semana. Estruturaram também o atendimento de egressos, atendimento aos alcoolistas e o grupo terapêutico de terceira idade.

Esse Plano de Trabalho foi entregue para a Diretoria do ARE, para as devidas providências e encaminhamentos, em 1º de setembro de 1998. A Diretoria encaminhou para a DIR XXIV, para análise da Articuladora de Saúde Mental, que, apesar de ter dado parecer favorável à liberação de verba, apontou alguns pontos a serem quantificados, encaminhando o plano para a Coordenadoria de Saúde do Interior em março de 1999 e solicitando grupo de supervisão para avaliação local do atendimento.

^º A Escola Madre Cecília é municipal, atende a crianças com necessidades especiais e oferece atendimento em grupo para pacientes neuróticos, contando com psicoterapia e atividades como natação, marcenaria, oficina de artesanato, entre outras.



No dia 9 de abril, uma equipe de supervisão da CSI visitou o ambulatório e elaborou um relatório em que assinalou a constituição da equipe e os trabalhos desenvolvidos e ressalta que a avaliação do Plano estava prejudicada, pois não haviam recebido o projeto terapêutico até aquela data.

Alguns pontos importantes da avaliação realizada:

- * Gerenciamento: não havia consenso no gerenciamento da unidade, tendo em vista que estavam trabalhando profissionais do nível federal, estadual e municipal, e essa era mantida com recursos do Estado, do município e da universidade;
- * Por estar alocada num Ambulatório Regional de Especialidades deveria atender as referências regional, no entanto 95% das pessoas atendidas eram do município de Taubaté;
- * O município de Taubaté não era habilitado em nenhuma forma de gestão do sistema de saúde;
- * O Estado não assumiu a responsabilidade pelas ações que o município deixou de fazer, como está dado na legislação;
- * A equipe deveria apresentar os seus limites de atendimento e as potencialidades de seu trabalho;
- * A participação da UNITAU, como órgão formador, na atuação em saúde mental no município.

A equipe de supervisão concluiu que deveria ser de *extrema importância à definição urgente sobre a gerência da unidade*, a habilitação do município em alguma condição de gestão e, por fim, que seria *importante o serviço definir a sua identidade assistencial e organizar as boas idéias em torno de um programa articulado, preferencialmente, com uma política de atenção à saúde municipal ou regional*.



Somente em outubro de 1999, mais de um ano depois, o processo com todos os pareceres burocráticos, inclusive os da equipe de supervisão, retorna à diretoria do ARE, e mais tarde, à equipe de saúde mental.

Ao analisar o material colhido para a compreensão da constituição da saúde mental no município, emerge um questionamento sobre o quanto a legitimidade do processo da reforma psiquiátrica fica comprometida quando, encontramos uma equipe que demonstra interesse, conhecimento, vontade de trabalhar e se vêem impedidas de fazê-lo com as mínimas condições necessárias para garantir qualidade na atenção prestada.

A última entrevista realizada foi com a médica que por um certo tempo foi Coordenadora dos Programas do ARE, e por ter formação terapêutica (em psicodrama), se dispôs a realizar supervisão de programa com a equipe de saúde mental, e pode trazer para a pesquisa muitas contribuições significativas, quando questionada sobre a organização do ambulatório de saúde mental, e que transcrevo a seguir:

...Acho que o que mais me emocionava lá, era ver o envolvimento, e ver o quanto à instituição pode ser castradora, o quanto ela pode ser destruidora quando a gente não consegue somar ... O paciente aqui chega e ele tem que ter algum acolhimento, nos ... é aquele modelo de defesa da vida ... o compromisso ético profissional. Tenho uma qualificação técnica razoável, tenho pessoas com vontade de se qualificar mais ... e tinha toda uma limitação institucional da política de saúde mental do município, que não existia, e ver que as forças foram até (pausa) que elas foram desmontadas, foram até o fim (pausa) é muito triste ... havia os jogos de poder que foram insuperáveis, acho que os conflitos se acirraram a tal ponto que se destruíram. (ENTREV. 10)

Com exceção dos profissionais do município que prestavam serviço no ambulatório e uma psicóloga do Estado (que hoje coordena o ambulatório), as outras três psicólogas, a assistente social e as auxiliares de enfermagem haviam solicitado suas transferências desde meados do segundo semestre de 1999.



No início de 2000, havia negociações para que o município assumisse a saúde mental, pois o ex-diretor do ARE estava dirigindo o Departamento de Ação Social do município e era bastante envolvido com essa demanda. Considerando que no município de Taubaté a saúde mental esteve mais ligada na ação social do que na saúde, parecia haver certa lógica (municipal) que esse departamento iniciasse as discussões.

Em fevereiro de 2000 a equipe solicitou para a Coordenação de Saúde Mental da CSI uma reunião, para apresentar suas dificuldades. No mesmo dia foi agendada uma reunião na DIR XXIV com representantes do Pronto-Socorro Municipal, Departamento de Ação Social, Departamento de Saúde, da Universidade, do ARE e da própria regional, da qual a equipe de saúde mental, exceto os médicos, decidiu participar, e entregou um documento à representante da SES/SP, expondo o que pensava ser importante naquele momento. Vale ressaltar, que mais uma vez a Universidade ausenta-se da parceria em saúde mental, pois enviou como representante, um professor que não era da área, que, desconhecia o que deveria ser tratado na reunião, e, não tinha poder decisório nenhum. (ANEXO 10)

O documento produzido pela equipe, em abril de 2000, mostra a significância do serviço prestado, e as dificuldades enfrentadas no ambulatório de saúde mental, neste município.

A primeira era sua condição de porta de entrada para o acolhimento do usuário e seus familiares: ... *o atendimento ao doente psiquiátrico na cidade de Taubaté, é realizado por esta equipe há aproximadamente doze anos. Durante todos estes anos, foi o único serviço público organizado para esta atenção.*

Percebe-se a preocupação com o atendimento a demanda que procurava o serviço, e a caracterização do atendimento prestado: ... *a equipe atualmente tem conseguido adotar critérios de prioridade para os atendimentos ... a equipe sente-se pressionada a dar uma resposta a esta demanda tendo dificuldades para organizar um modelo teórico/técnico comum e definir suas ações como equipe.*



Há um reconhecimento das dificuldades de organização pela própria equipe: ... *estas dificuldades sempre foram de conhecimento da equipe que inúmeras vezes buscou “ajuda” em termos de supervisão, aumento de recursos humanos e aquisição de materiais adequados ao trabalho, sem encontrar respostas favoráveis dos níveis gerenciais.*

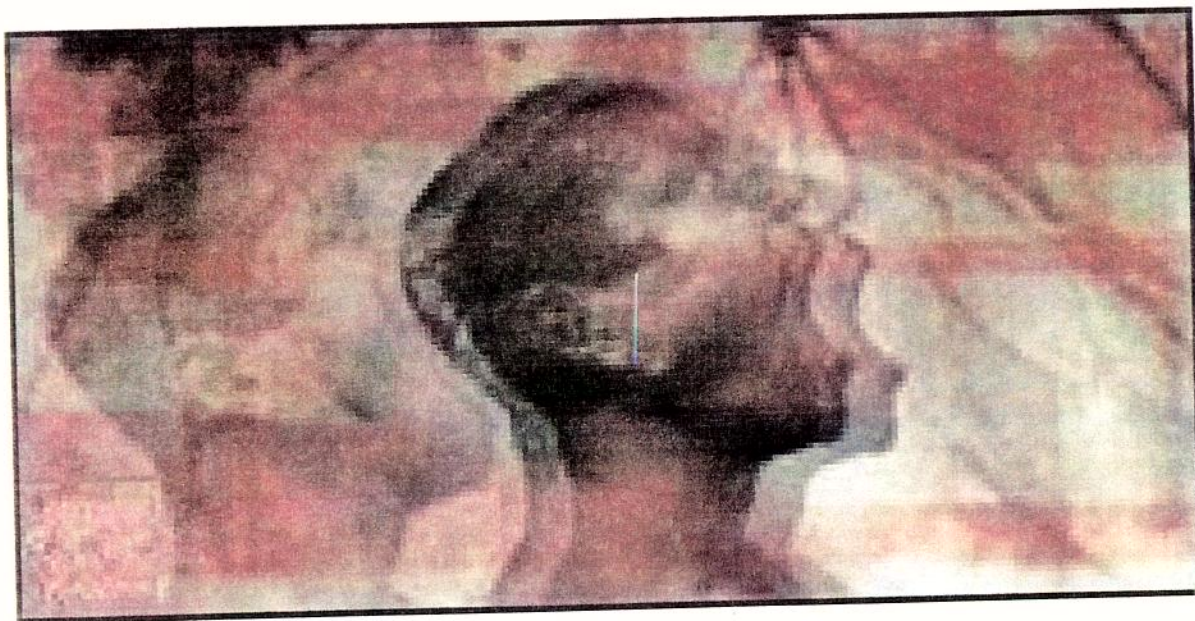
No tocante as dificuldades institucionais, tentativas de integração, e, quebra de preconceitos, referem-se: ... *houve momentos em que tivemos que nos mobilizar para reivindicar no mínimo locais adequados para realização de atendimentos tecnicamente corretos ... em outros, foi necessário mostrar que a saúde mental não deveria ser excluída de uma unidade de saúde baseada no preconceito, discriminações e na possibilidade de distanciamentos dos problemas advindos dela.*

O reconhecimento do limite em que a equipe encontrava-se, seja o ponto mais marcante deste documento: *estamos no momento de limite da equipe no sentido de darmos continuidade ao trabalho, pois nos parece que somos julgados “culpados” por sempre termos trabalhado sem condições adequadas, sem o gerenciamento necessário, sem recursos humanos e materiais, sem supervisão.*

Ressalta-se que a busca de transformação das condições de trabalho e da atenção ao usuário e o enfrentamento dos movimentos de resistências pelos quais a equipe passou causaram desgaste nos profissionais. Este é um momento que se caracteriza pela insubordinação da equipe à ordem pré-estabelecida, mantenedora da situação, caracterizando-se como momento único, em que a equipe se une e rompe com as possibilidades de agenciamentos externos.

Como afirma Freire (1983 p:65) *A passagem de uma época para outra caracteriza-se por fortes contradições que se aprofundam, dia a dia, entre valores emergentes em busca de afirmações, de realizações, e valores do ontem em busca de preservação.*

O Ambulatório de Saúde Mental no
Contexto da Reforma Psiquiátrica:
um Estudo no Município de Taubaté-SP



Transe – André F Brandão (Brasil)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS



As mudanças sócio-político-econômicas da sociedade são determinantes históricos na compreensão da concepção da loucura, do tratamento a ela destinado e da maneira como é possível excluí-la ou incluí-la na vida cotidiana.

Os movimentos de transformação da atenção destinados ao doente mental caracterizaram-se por processos de amplitude do conhecimento e compreensão do sofrimento mental e maior possibilidade de inclusão social. A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica foram provenientes de movimentos sociais de denúncia das condições de vida da população adoecida ou dita sã.

A eficácia da Reforma Sanitária pôde ser obtida com o SUS, criado legalmente por ato constitucional, originando a possibilidade de tornar realizável a atenção à saúde contemplando a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social, tendo por objetivo: saúde para todos.

A eficácia da Reforma Psiquiátrica foi a possibilidade de quebra do tratamento excludente do hospital psiquiátrico, a valorização da inclusão social, do direito à cidadania e da frutificação da diversidade de processos de atenção à saúde mental, centrando sua atenção na parcela mais adoecida e excluída.

Depois de decorridos mais de 30 anos do MTSM, observa-se que, apesar da consistência do discurso técnico-político, na prática, as mudanças estão no começo. Definitivamente a “luta” continua, seja no plano das alternativas em atenção à saúde mental, seja nas questões de fundamentações legais, seja nas intervenções políticas para as mudanças que são factíveis.

Nas décadas de 80 e 90 a crise da saúde promove uma diminuição de gastos, como a internação psiquiátrica consome a maior parte dos recursos destinados a saúde mental, o Estado movido por interesses políticos-econômicos, se aproveita da política de desinstitucionalização, e se serve da reforma psiquiátrica para alcançar esse seu objetivo.



Entretanto, ao se ponderar sobre o repasse de verba, constata-se a demora com que o Estado investiu em serviços extra-hospitalares e a diferença entre o que foi economizado e o que foi gasto nas novas formas de atenção, ou pela morosidade dos tramites legais ou pelo nível de exigência que é requerida para a efetivação desses serviços.

Assim, pode-se concluir que, para que efetivamente os recursos sejam mais bem distribuídos e a população melhor atendida, é necessário um investimento nas formas de atenção em que a maioria dos municípios possa constituir, incentivando a atenção básica e os centros de referência, como os ambulatorios e as oficinas terapêuticas. E ao Estado cabe desempenhar o seu papel fundamental de avaliar as ações de saúde desempenhadas nos municípios.

Vale ressaltar que os municípios que mais rapidamente se inseriram nas formas de gestão propostas pela NOB/96, e ao mesmo tempo são engajados nas propostas de atenção em saúde mental, alternativas à internação psiquiátrica, conseguem estruturar o atendimento de acordo com essas propostas, se beneficiando financeiramente e oferecendo um atendimento mais adequado para a população.

A política de desinstitucionalização em vigência, decorrente da política de diminuição dos leitos psiquiátricos, favoreceu que os recursos dirigidos para os serviços de saúde mental extra-hospitalares, fossem destinados aos trabalhos estruturados como CAPS, NAPS, HD e Residência Terapêutica. Aos ambulatorios restou-lhes alterar seu atendimento, organizando-se de forma que não servissem de ponte para a internação.

Ao estudar o município de Taubaté, constata-se que ele tardou significativamente a se inserir no SUS optando por uma das suas formas de gestão; e portanto trabalhou sozinho na questão da saúde, considerando responsabilidade do órgão estadual qualquer ação especializada. Portanto, a realidade de saúde mental nessa cidade esteve distante de resolubilidade, como rede de atenção, a não ser permeada pelo compromisso dos trabalhadores da equipe, pela integração dos usuários e familiares nessa luta.



O Ambulatório de Saúde Mental de Taubaté tem seu início de funcionamento em 1988, no mesmo prédio do Centro de Saúde I, gerenciado pelo Estado até meados do ano 2000. Permanece como o único serviço público que proporcionava atendimento aos munícipes de Taubaté, e à população dos municípios de abrangência da DIR que não tinham nenhum tipo de atenção em saúde mental.

O fato da equipe de saúde mental estar trabalhando no mesmo espaço físico de um ambulatório de especialidades parecia ser um grande avanço, pois, garantiria que a saúde mental fosse incluída nas ações de planejamento em saúde. No entanto, esse fato tornou-se uma inquietação para a equipe, pois constantemente ocorriam enfrentamentos para que tivessem o mínimo de condições adequadas para seu trabalho, além de investirem diariamente, na diminuição da discriminação que a atenção em saúde mental sofria.

A demanda atendida era referida de todas as outras especialidades, pronto-socorro, egressos de hospitais psiquiátricos, além da demanda espontânea. Os profissionais foram chegando para realizar seu trabalho e, como não havia nenhum projeto abriram suas portas para todo tipo de necessidade de atendimento. Esse fato dificultou que no futuro a equipe se posicionasse em relação a restringir a população atendida, tendo em vista não ter outra referência para onde encaminhar as pessoas que os procuravam.

Essa população era diversificada, porém, durante o processo de organização do serviço a equipe buscou priorizar o atendimento dos psicóticos, neuróticos graves e egressos de hospital psiquiátrico.

Pode-se observar que, ao longo do tempo, a equipe preocupou-se em oferecer atendimento às necessidades de cada parcela de usuários, ou seja, havia grupos de socioterapia, atendimento psicoterápico individual e em grupo, de egressos, de familiares, grupos sensibilização para atendimento da lista de espera, coleta seletiva de lixo, grupo de arte, coral, entre outros.



Contudo, no estudo realizado pela própria equipe, constatou-se que 100% dos usuários haviam sido atendidos pelo médico, denotando uma centralização nesse tipo de atenção. Vale ressaltar que esse é um dado estatístico e que não evidencia a exatidão na qualidade do atendimento. Porém, sem um projeto terapêutico institucional e conseqüentemente projeto terapêutico individual é claro que os atendimentos eram centralizados e, sobretudo, na figura do médico.

Um aspecto que deve ser enfatizado é que a visão de política em saúde mental no município ficou, por muito tempo, centrada na internação, e foi preciso muito trabalho, investimento, compromisso de cada profissional, para alterar este quadro.

Reafirmando o compromisso dos profissionais do ambulatório com o resgate da cidadania do indivíduo que adoece, destacou-se a criação da *Associação de Usuários, Familiares e Trabalhadores de Saúde Mental "Nova Vida" Paulo Delgado*, que foi e continua sendo um marco importante para a denúncia da existência do sofrimento mental de pessoas que precisam de uma atenção diferenciada, que não seja a exclusão no hospital psiquiátrico, além de ser a possibilidade de voz daqueles que são excluídos.

A falta de supervisão, de material, de recursos humanos, de espaço físico adequado, enfim, de respeito ao trabalho, permearam, ao longo dos anos, o atendimento no ambulatório, sendo indicativos de que os investimentos que cercaram o trabalho em saúde mental, quando ocorreram, foram pouco eficientes, para que a equipe se estruturasse adequadamente e melhorasse o atendimento prestado a população.

De certa forma, esses fatos proporcionam reflexões sobre alguns aspectos relacionados aos atendimentos extra-hospitalares: primeiro, sobre o fato de existir uma centralidade excludente, nessa forma de atendimento; em segundo, poucos municípios são capacitados e estruturados para a organização de serviços mais complexos; finalmente, parte dos órgãos formadores ainda está voltada para padrões pré-existentes que mais se assemelham a "enformadores" de profissionais.

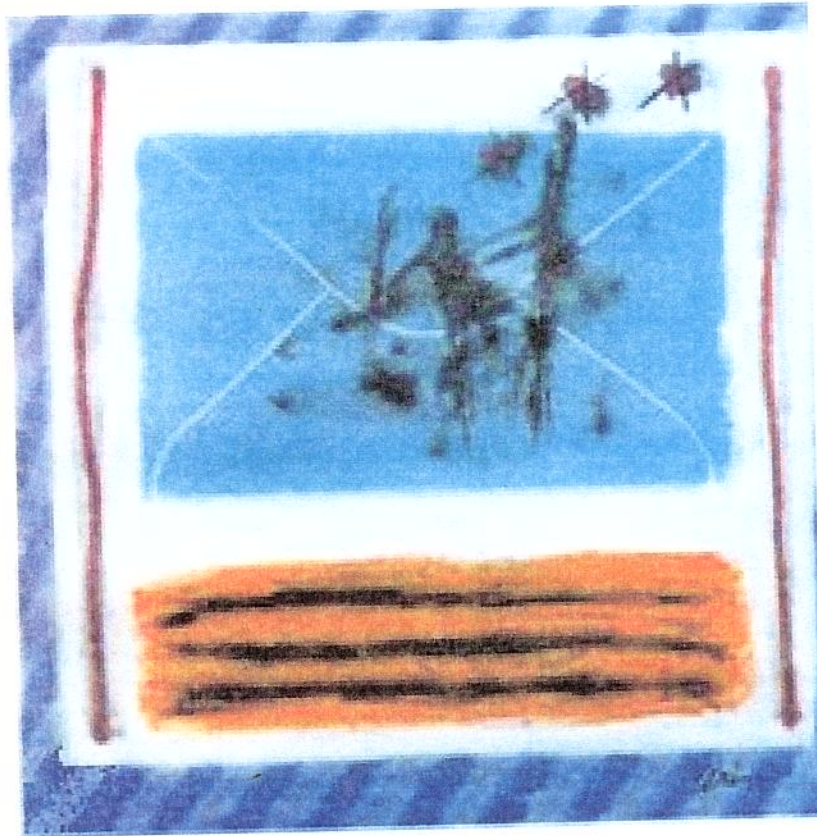


A falta de uma proposta de trabalho hierarquizada, o isolamento da equipe, a falta de outros níveis de complexidade e a falta de recursos foram alguns aspectos estruturais que dificultaram a realização de um trabalho adequado e que expunham a equipe a um estresse constante.

A constituição da atenção em saúde mental no município de Taubaté sempre esteve cindida da possibilidade de interação (inter-ação) entre todos os componentes, historicamente, determinados e determinantes da história (profissionais, pacientes, políticos, etc.)

Pode-se afirmar que no município a despeito de todos os entrevistados ressaltarem a qualidade técnica e envolvimento dos profissionais do ambulatório, foi difícil contar com uma implicação política efetiva, estadual ou municipal, que trouxesse benefícios aos pacientes e favorecesse o trabalho dos profissionais que atuavam em saúde mental, sendo esse o maior impedimento para a concretização de uma atenção organizada e hierarquizada no município.

O Ambulatório de Saúde Mental no
Contexto da Reforma Psiquiátrica:
um Estudo no Município de Taubaté-SP



Carta de amor – Carlos Uria (Argentina)

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE. P. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE P. (coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136 p.

AMARANTE P. *Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 316 p.

AMARANTE P. *Comunicação sobre a aprovação da lei que prevê extinção gradual de manicômios*. Mensagem pessoal. <amarante@ensp.fiocruz.br> (29mar01).

ANDRADE A. C. A.; ABREU M.M. *Aspectos geográficos do Vale do Paraíba e município de Taubaté*. São Paulo, 1996.

ANDRADE A. C. A.; ABREU M.M. *História de Taubaté através de textos*. São Paulo, 1996.

BARROS S.; EGRY E. Y. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sob juízo*. Taubaté: Cabral Ed. Universitária, 2001. 196 p.

BEAUCHESNE H. *História da psicopatologia*. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 174p.

BEZERRA JR. J. B. De médico e de louco e de todo mundo um pouco. In: GUIMARÃES R.; TAVARES R. (orgs.) *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p.171-89.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS-DAPS. *Relatório da 1ª conferência nacional de saúde mental*. Coordenação de saúde mental. Brasília. 1989.



BRASIL. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Disponível na internet:< http://www.saude.gov.br/doc/lei_8080.htm> (29set01)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 189, de 18 de novembro de 1991. *Diário Oficial da União*. Brasília. 19 nov. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992. *Diário Oficial da União*. Brasília. 30 jan. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS-DAPS. *Relatório da 2ª conferência nacional de saúde mental*. Coordenação de saúde mental. Brasília. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS-DAPS. *III Conferência nacional de saúde mental*; Caderno informativo. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. 2001.

CARDOSO M. A. et al. *Diagnóstico preliminar de saúde do Município de Taubaté*. (Especialização). Taubaté. 2000. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Universidade de Taubaté.

CAVALCANTI M. T. A equipe e sua função no tratamento psiquiátrico. *Informação psiquiátrica*. vol. 16, n 4., 1997. p. 150–53.

COHN A.; ELIAS P. E. M. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1999. 133 p.

COLVERO L. A. *O significado do “ser enfermeiro” em ambulatório de saúde mental*. Dissertação (mestrado) São Paulo. 1994. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. p. 2 – 26.



COSTA J. P. P.; COSTA R. E. Sistema único de saúde: princípios. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal da Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. p.285-304.

COSTA-ROSA A.; LUZIO C. A.; YASUI S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro: v.25, n.58, p. 12-25, maio/ago. 2001.

COTRIN G. V. *Fundamentos da filosofia para uma geração consciente: elementos da história do pensamento ocidental*. 1º ed, São Paulo: Saraiva, 1986.

DALLARI S. G. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. *Rev. Saúde Publica*, 25 (5), 1991. p. 401-5.

DELGADO P. G. G. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. *Saúde em Debate*. Jul. 1992; 35: p. 80-4.

DESVIAT M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 167 p.

DIMENSTEIN M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de psicologia* (Natal), v.3, n.1. Natal jan./jun. 1998 :< <http://www.scielo.org>.> (31.jul.01)

ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1989. 170 p.

FOUCAULT M. *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p.

FOUCAULT M. A casa dos loucos. In: *Microfísica do poder*. 2º ed., Rio de Janeiro: Graal, 1981. p. 113-29

FOUCAULT M. O poder psiquiátrico. In: *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.



FREIRE P. *Educação e Mudança*. 8ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 79 p.

FUNDAÇÃO IBGE. *Censo demográfico do Brasil*: 2000. Rio de Janeiro. 2001.

GUIMARÃES J.; MEDEIROS S. M. Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 6, n.1, São Paulo: 2001. p. 97 - 104

GRAVURAS: *imagem em arquivo eletrônico*. A flor; o peixe. Acesso em 29/06/2002. Disponível em <http://geocities.yahoo.com.br/eficientesartistas/>

GRAVURAS: *imagem em arquivo eletrônico*. Bailando em Calle; Perceptión; Transe e Carta de Amor. Acesso em 29/06/2002. Disponível em <http://www.cnnemportugues.com/concurso/>

GRAVURAS: *imagem em arquivo eletrônico*. Mazzaropi; Monteiro Lobato; O horto; Visconde de Sabugosa; Figureiras. Acesso em 29/06/2002. Disponível em <http://www.conelestepaulista.conm.br/>

GOLDBERG J. *Clinica da psicose*: um projeto na rede publica. Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.

GOURLAT B. D. *Uma proposta de leitura de noção de loucura sob luzes do psicodrama e da dialética Hegeliana*. São Paulo, 1995. Dissertação (mestrado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

LANCETTI, A. et al. *Saúde e loucura 1*. São Paulo: Hucitec. 1989.

MACHADO, R (col.) O nascimento da Psiquiatria. In: *Da (n)ação da norma*: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARSIGLIA R. G. Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo. In: *Saúde mental e cidadania*. Plenário de trabalhadores em saúde mental – SP. São Paulo: Edições Mandacaru, 1987 p. 13-28.



- MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 4, n.2, 1999. p. 305-314.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7ª ed., São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 2000a.
- MINAYO, M. C. S. (org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 15ª ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2000b. 80p.
- MORENO, V; SAEKI T. Refletindo sobre a cidadania nos serviços de saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.19, n. 2, p.91-94. Jul. 1998.
- MOURA NETO, F. D. M. Bases para uma reforma psiquiátrica. In: *Saúde mental e cidadania*. Plenário de trabalhadores em saúde mental – SP. São Paulo: Edições Mandacaru, 1987 p. 57-65.
- NICK E.; OLIVEIRA S. B. Tendências políticas de saúde mental no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v. 47, n. 11, p.583-9, Nov. 1998.
- ODA, A. M. G. R. *A Construção de um modelo de atenção em saúde mental: estudo da rede pública extra – hospitalar de Campinas (SP)* Campinas. 1998. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.
- OGATA M .N.; FUREGATO A.R.F.; SAEKI T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. *Psiquiatria Nursing*. Maio 2000. p. 24-9.
- ONOCKO, R. S. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. maio/ago 2001. p. 99-111.



PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Tese (Doutorado). 254p. Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas, 1998

PITTA, A. *Sobre uma política de saúde mental*. São Paulo. 1984. 161p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

RESENDE H. Política de saúde mental no Brasil. In: COSTA N. R. & TUNDIS A. (orgs.) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 3º ed.1992. Rio de Janeiro: Vozes. 288p

REVERBEL, C. M. F. Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade. In: *Psicologia: ciência e profissão*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Ano 16, nº1, 1996. p. 4-11.

SAMPAIO, J. J. C. Saúde mental. In: ROUQUARYOL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, RJ: Ed. Medsi. 1999, pág.263-69

SANDINI, E. L. L.; et al. *O percurso da saúde mental no município de Taubaté e na Unidade Integrada de Saúde de Taubaté - UIST*. Taubaté. 1997. Dissertação (especialização) - Universidade de Taubaté. SP

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental - *Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de saúde Mental*. Separatas dos arquivos da coordenadoria de saúde mental do estado de São Paulo, vol. XLIII, 1982/83, nº especial.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. CADAIS – *Orientações do grupo de atenção à saúde mental para a confecção do plano diretor*. São Paulo: Março 1992.



SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Controle, Avaliação e Auditoria: Sistema único de Saúde – SUS/SP: legislação federal e estadual, v. 1, v. 2, v. 3, v. 4 e v. 5, organização Marizélia Leão Moreira – 2ª ed., São Paulo: A Secretaria, 1998.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia par a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. SP: Hucitec, 1996. p.13-26.

SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: COSTA N. R. & TUNDIS A. (orgs.) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 3º ed. Rio de Janeiro: Vozes 1992. 288p.

SOUTO-DE-MOURA L. C.; SOUTO-DE-MOURA G. M. S. Notas de aula sobre a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.18, n.2, p.94-103. jul. 1997.

TORRE E.H.G.; AMARANTE P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 6, n.1, São Paulo: 2001. p. 73-85

WETZEL, C. *Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço do Sul – RS*. 1995. 216p. Dissertação (mestrado). EERP-USP. Ribeirão Preto.

O Ambulatório de Saúde Mental no
Contexto da Reforma Psiquiátrica:
um Estudo no Município de Taubaté-SP



Luis Gustavo

6. ANEXOS



ANEXO 1



UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6

13083-970 Campinas

☎ (019) 3788-8

fax (019) 3788-8

✉ cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 19/03/02
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 100/2002

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "A CONSTITUIÇÃO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE SAÚDE MENTAL EM TAUBATÉ/SP"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Egle Luz Lopes Sandini

INSTITUIÇÃO: Departamento de Enfermagem/FCM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 18/02/2001

II - OBJETIVOS

Analisar a organização do Ambulatório de Atenção à Saúde Mental em Taubaté, no período de 1980 a 2000, a partir de uma abordagem histórica. Identificar a finalidade da criação do serviço, caracterizando o contexto histórico da implantação do mesmo e as modificações introduzidas no período descrito.

III - SUMÁRIO

Com o objetivo de analisar a organização do ambulatório, os pesquisadores pretendem reconstruir historicamente sua criação examinando atentamente de que modo este serviço se estruturou para atender a população qual era o seu propósito de trabalho, compreendendo-o como produto e produtor das políticas de saúde mental vigente no país. Tratando-se de uma pesquisa de natureza histórica, onde os autores pretendem desenvolver com a coleta de dados primários, através de entrevista oral uma vez que os dados necessários para o trabalho não estão descritos em documentos. Os dados secundários levantados através da análise dos documentos encontrados e que contenham dados relevantes à pesquisa serão incluídos no levantamento dentro do objeto da pesquisa.



IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa para ampliar a compreensão da atenção em saúde mental do município de Taubaté. Será somente realizada uma pesquisa documental através de dados bibliográficos, dos documentos institucionais, caracterização da clientela e entrevista com o pessoal envolvidos no serviço. Trata-se de um projeto que não envolve riscos e os benefícios serão para a comunidade em geral uma vez que uma vez identificadas as contradições existentes entre o discurso e a prática do serviço ali existente. O Termo de consentimento livre e esclarecido está adequado para o tipo de pesquisa e segue as normas da resolução 196/96 CNS-MS.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

Atenção: Projetos de Grupo I serão encaminhados à CONEP e só poderão ser iniciados após Parecer aprovatório desta.



VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 19 de março de 2002


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Nadia Maria Magalhães Meireles**, diretora técnica de departamento de saúde da Direção Regional de Saúde de Taubaté – DIR XXIV da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo declaro que estou ciente e de acordo com a pesquisa intitulada “A constituição do atendimento ambulatorial de saúde mental em Taubaté/SP” desenvolvido pela senhora **Egle Luz Lopes Sandini**, aluna regularmente matriculada no programa de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas – Departamento de Enfermagem, da Universidade Estadual de Campinas, em nível de Mestrado, na área de Enfermagem Psiquiátrica - Saúde Mental, que tem como objetivo o estudo da reconstituição histórica do ambulatório de saúde mental do Município de Taubaté, pertencente a DIR XXIV - Taubaté.

Para tanto, dou meu consentimento livre e esclarecido para a utilização dos dados e documentos existente nesta regional, referentes ao serviço de saúde mental do município de Taubaté, e outros que se fizer necessários, por se tratarem de dados de domínio público.

Declaro também que fui esclarecida quanto à liberdade de aceitação ou não da autorização da coleta de dados referida acima, de que não estou sendo avaliada e que os dados coletados serão analisados de uma forma global, não identificando direta ou indiretamente qualquer tipo de pessoa ou indivíduo, seja usuário ou profissional.

Taubaté, 22 de novembro de 2001


Nadia Maria Magalhães Meireles
Diretora Técnica de Departamento da Saúde
DIRXXIV – Taubaté



ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Egle Luz Lopes Sandini

A CONSTITUIÇÃO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE TAUBATÉ/SP

Eu, _____ Idade _____ RG _____
_____ Endereço _____ Nº _____ Apto _____
Bairro _____ Cidade _____

Concordo em participar da pesquisa “A constituição do atendimento ambulatorial de saúde mental no município de Taubaté”, que tem por objetivo analisar numa abordagem histórica a organização desse atendimento, no período de 80 a 2000.

Entendo que serão feitas perguntas a respeito de minha vida profissional e estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão confidenciais e os resultados do trabalho serão apresentados de forma global e anônima.

Tenho conhecimento de que as entrevistas serão gravadas em fita cassete e que depois de transcritas pela pesquisadora terei acesso ao conteúdo. Tenho a garantia de que não terei que efetuar nenhum pagamento.

Entendo que tenho a liberdade de me recusar a participar no momento em que eu quiser, ou de não responder a qualquer questão da entrevista, sem qualquer prejuízo para mim.

Para extinguir qualquer dúvida poderei entrar em contato com a própria pesquisadora: Egle Luz Lopes Sandini, pelo telefone (12) 221 3353 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (UNICAMP) pelo telefone (19) 3788 8936.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Taubaté ____ / ____ / 200__



ANEXO 4

Roteiro para Entrevista

Esta pesquisa tem por objetivo o estudo do ambulatório de saúde mental no município de Taubaté no período compreendido entre 1987 e 2000

1. Como você se inseriu na área de saúde mental?
2. Quanto tempo trabalhou (direta ou indiretamente) com saúde mental?
3. Em que período participou (direta ou indiretamente) da atenção em saúde mental no município de Taubaté?
4. Conte-me um pouco dessa experiência?
5. Algum aspecto da organização do serviço de saúde mental no Ambulatório de Taubaté lhe chamava atenção?
6. Como classifica suas contribuições para a atenção em saúde mental?
7. Cite alguma contribuição que considera importante na atenção em saúde mental.



ARE - TAUBATÉ - PROGRAMA DE SAUDE MENTAL
Planilha de análise e avaliação de prontuários

[illegible]

Elaborada pela equipe de saúde mental do Ambulatório de Taubaté



ANEXO 6

RESUMO DA AVALIAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS - ABRIL/2000
Classificação por diagnóstico/ sexo

CID	DIAGNÓSTICO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	%
F00 à F09	Transtornos mentais orgânicos inclusive os sintomáticos	39	33	72	8,1
F10 à F19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas	92	12	104	11,7
F20 à F29	Esquizofrenia, Transtornos esquizofrênicos e Transtornos delirantes	191	137	328	36,8
F30 à F39	Transtornos do humor e Transtornos afetivos	40	90	130	14,7
F40 à F49	Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados ao stress e Transtornos somatoformes	51	110	161	18
F50 à F59	Síndromes comportamentais associadas à disfunção psicológicas e a fatores físicos	4	2	6	0,7
F60 à F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	1	4	5	0,6
F70 à F79	Retardo mental	27	20	47	5,3
F90 à F98	Transtornos do comportamento e Transtornos emocionais habitualmente da infância e da adolescência	0	2	2	0,2
G40	Epilepsia	8	6	14	1,6
	Sem Diagnóstico	7	3	10	1,1
	Abandonos e altas	4	7	11	1,2
	TOTAL	464	426	890	100

Prontuários do programa de saúde mental - ARE Taubaté

Equipe de saúde mental



ANEXO 7

Classificação dos usuários em atendimento por diagnóstico e faixa etária

CID	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	não consta	Total
F00 à F09	3	13	12	9	13	10	3	2	7	72
F10 à F19	4	17	33	18	13	4	2	0	13	104
F20 à F29	5	38	79	89	50	24	6	0	37	328
F30 à F39	2	11	40	40	22	13	2	0	0	130
F40 à F49	1	7	26	43	37	25	9	0	13	161
F50 à F59	0	0	0	1	1	2	0	0	2	6
F60 à F69	0	1	2	1	0	1	0	0	0	5
F70 à F79	0	12	12	3	9	3	1	0	7	47
F90 à F98	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
G40	0	1	5	3	2	2	0	0	1	14
TOTAL	16	100	209	207	147	85	23	2	80	869
%	1,9	11,5	24	23,9	16,9	9,8	2,6	0,2	9,2	100
ALTAS E ABANDONOS									21	2,40%

Fonte: Prontuários do programa de saúde mental - ARE Taubaté

Equipe de saúde mental



ANEXO 8

RESUMO DA AVALIAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS - ABRIL/200
Classificação por diagnóstico e atendimento multidisciplinar

Atendimento	DIAGNÓSTICO	F00 à F09	F10 à F19	F20 à F29	F30 à F39	F40 à F49	F50 à F59	F60 à F69	F70 à F79	F90 à F98	G40	TOTAL	%
Médico		30	29	100	33	64	2	0	32	1	1	292	33,6
Médico e Psicológico		5	14	33	21	60	0	1	2	1	5	142	16,4
Médico e Serviço Social		22	30	107	26	12	2	1	9	0	5	214	24,6
Médico, Psicológico e S. Social		15	31	88	50	25	2	3	4	0	3	221	25,4
TOTAL		72	104	328	130	161	6	5	47	2	14	869	100

Fonte: Prontuários de programa de saúde mental - ARE Taubaté

Equipe de saúde mental



ANEXO 9

Temas e Categorias das Entrevistas

Os entrevistados estão identificados numericamente de 1 a 10.

1. Inserção no Trabalho: formação acadêmica, forma de inserção e tempo de trabalho no ambulatório no município de Taubaté

* **Formação acadêmica:** pretende-se identificar se houve preparo para o trabalho em saúde mental para o serviço público.

01. "... então a gente sai com um modelo clínico de consultório e cai na rede pública, para o trabalho na saúde mental, que era um programa novo que ninguém sabia como funcionava, como é que a gente iria fazer ..."

03. "... meu concurso foi voltado para a área de saúde mental e eu estudei sobre saúde mental e me interessei..."

05. "... foram dois anos de curso técnico como auxiliar de terapia ocupacional onde trabalhei numa unidade de atendimento a criança psicótica no hospital psiquiátrico. ... fui estagiária de serviço social num hospital psiquiátrico."

06. "... quando eu cheguei no ambulatório eu não entendia muito bem, não "tinha claro nada do paciente, de saúde, de política de saúde mental ... tinha coisas que eu achava engraçado, porque a gente dá medicação para o paciente, eu achava paternalismo ... eu tinha uma atuação totalmente equivocada, porque eu tinha saído da faculdade e achava que tinha que fazer terapia individual nos pacientes."



07. "... as faculdades, as formações sempre preparam as pessoas para atender em nível de consultório ... a formação para trabalhar na comunidade implica em necessariamente que você consiga, por exemplo, produzir um grupo terapêutico e eu percebia que na formação das pessoas isso faltava."

08. "... a saúde mental acabou esbarrando em toda uma história que vai ser preciso mudar através de uma, duas ou três gerações de médicos, eu acho que tem que começar a ser trabalhando na faculdade."

✱ **Forma de inserção:** pretende-se identificar de que maneira os profissionais entraram para o serviço público.

01. "... na realidade não me inseri, houve um concurso no Estado eu prestei este concurso em 1987 e aí em 1989 fui contratada."

02. "... quase vocação, de gostar de discutir problemas de saúde mental ... no aspecto institucional ... e neste período a gente teve oportunidade de trabalhar a saúde mental ..."

03. "... eu fiz concurso público para área de saúde mental da prefeitura de Taubaté há 10 anos."

04. "... eu prestei concurso para saúde mental em 1987."

05. "... eu comecei a trabalhar como auxiliar de terapia ocupacional ... depois fui estagiária de serviço social num hospital psiquiátrico ..."

06. "... prestei um concurso no Estado para psicólogo e fui contratada para o trabalho no ambulatório de saúde mental ... o concurso foi em 1983 (SP)."

07. "... ela me convidou a participar da Divisão de Ambulatórios ... então foi assim foi a partir de um convite da Ana que eu vim para a Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental do Estado."



08. "... segui os caminhos normais, como um médico jovem, acabei através de concurso, através de contratação indo para o serviço público ..."

09. "... Quando eu vim para Taubaté, eu havia trabalhado no hospital do Mandaqui, na clínica psiquiátrica durante um ano e meio, surgiu a oportunidade de vir para a saúde mental ... "

10. "... começamos a ter alguns problemas com alguns pacientes que chegavam em crise ... e eu comecei a atender ... no começo sanitaria atendia todos os pepinos ..."

*** Tempo de Trabalho no Ambulatório de Taubaté:** pretende-se resgatar a história com quem participou do processo de constituição do ambulatório.

01. "... desde 1988, há quatorze anos... destes treze anos no ambulatório de Taubaté – até 2002."

02. "...no período de 1983 à 1990, é foi isso, seis anos e pouquinho..."

03. "... o concurso foi em 1991, ingressei no início de 1992 e fui pra saúde mental no início de 1993 ... nove anos – até 2002."

04. "... em 1986 vim pra Taubaté e direta ou indiretamente comecei a trabalhar ... de 1988 até 2000 – dezesseis anos, destes doze no ambulatório."

05. "... vinte anos de trabalho na saúde mental ... de 1990 a 2000, foram dez anos no ambulatório."

06. "...o concurso foi em 1983 vim para Taubaté, setembro de 1983, a partir de 1989 fui convidada a ser Assistente Técnica de Saúde na Coordenadoria da Região 4 (CRS 4) ... dezoito anos, doze anos indiretamente no ambulatório."

07. "... isto faz 20 anos ... no ambulatório eu me lembro de ter feito algumas visitas e algumas reuniões. Eu acho que foi no período de 1988/1990."



08. "... especificamente na saúde mental, isso há trinta anos desde 1975 ... no ambulatório de Taubaté eu trabalhei aproximadamente quatro anos de 1996 a 2000."

09. "... foi de dezembro de 1992 a junho de 1993."

10. "... somando foram cinco anos corridos, três desses em Taubaté."

2. Organização dos serviços de saúde mental: visão de saúde mental, formação da equipe e entraves na organização do serviço em Taubaté.

✱ **Visão de saúde mental:** pretende-se identificar qual a visão de saúde mental de cada uma das pessoas envolvidas, direta ou indiretamente, com a questão de saúde mental, identificando qual o objeto e objetivo do trabalho.

01. "... acho que saúde mental a gente não faz só no ambulatório. A saúde mental é um contexto mais amplo, acho que entra a prevenção, a atenção primária, coisa que ainda não tem ..."

02. "... saúde mental é uma doença mental, uma doença como outra qualquer e precisa ser tratada ... "

03. "... priorizar o investimento no atendimento ambulatorial, usar o recurso da internação como alternativa ..."

04. "... é uma área de saúde que tenta dar conta de um aspecto da qualidade de vida da pessoa, isto é muito complexo ... o clínico faz saúde mental quando ele faz bem o trabalho dele, quando ele ouve a pessoa que ele está atendendo ... então acho que é uma área da saúde que tem muita coisa a ser feita, ser pensada, ser clareada, ser inventada em termos de como se trata e do que significa ..."



05. “ ... acho que é fundamental, acho que a gente fica muito centrada no paciente que já esta doente, já esta crônico, ... eu acho que a atenção poderia ser um pouco mais ampla e diferente disso ..”
06. “... a gente vive com altos e baixos na saúde mental. Você tem momentos de muita produção, muita discussão, muito engajamento e momentos de muita desarticulação ..”
07. “... saúde mental é um direito de todos os cidadãos, de ter esse acesso, ter seu tratamento, e ter mais que o tratamento, ter um programa que dê conta da prevenção e da promoção da saúde mental ...”
08. “... não vejo uma coisa muito estruturada, porque acho difícil mudar o molde, como tem se estruturado a psiquiatria de um modo geral, baseada no hospital, no remédio, em todas as atividades hospitalares em si, na psiquiatria clássica ... se o individuo fosse curado, entre aspas, ele estaria com saúde, era saúde X doença, , e ai o que se fazia, ênfase na doença, no hospital, eletro-choque, remédio, remédio e remédio, e a saúde mental era uma consequência quando eu acho que deva ser exatamente ao contrário, deve se investir na saúde para o individuo não ficar doente ...”
09. “... é uma área que é interessante de trabalhar, apesar de que minha experiência foi em hospital ... no hospital você vai tratar o surto, então de repente houve aquela melhora e ele vai tratar a nível ambulatorial ...”
10. “... a saúde mental é uma questão pública interessante ... da magnitude do problema, da transcendência do problema e da vulnerabilidade do problema ...magnitude, a prevalência da psicomorbididade tem progressivamente aumentado ... transcendência ... trabalha com aspectos psicossociais, portanto difíceis de medir, de mensurar, mas tem toda uma vida e por isso é uma questão de qualidade ... vulnerabilidade .. estamos trabalhando tantas novas propostas de abordagem do paciente, como os tratamentos alternativos, a valorização ... sair desse modelo biomédico ...”



✱ **Formação da equipe:** pretende-se identificar as relações entre os profissionais da equipe, facilitadoras ou não para a organização do serviço no ambulatório de saúde mental.

02. "... a parceria de psicólogo, assistente social, médico, enfermeira todo mundo envolvido no processo, acho que melhorou muito ..."

03. "... eu acho assim que a gente ainda, peca ... acho que falta união, a gente não consegue ser uma força ... eu vejo progressos desde que a gente começou, mas eu acho que poderia ser mais rápido, mais efetivo se a gente fosse mais unido ..."

04. "... parece que era bem vinda a presença do psicólogo mas não se tinha nem lugar, nem função, nada muito claro ... aí foi chegando outros profissionais também tão perdidos como eu ... a equipe ficou desfalcada durante muito tempo ... em determinados momentos a gente tinha a expectativa de ah! quando tiver o assistente social as coisas vão melhorar. Ah! quando tiver o enfermeiro as coisas vão melhorar, quando tiver mais médico as coisas vão melhorar. foi um período muito turbulento... outra coisa muito gritante é como a equipe ficou isolada neste sentido, não havia uma integração entre o trabalho que a equipe se propunha a produzir, nem com o município, nem com o restante da saúde do município, nem com essa estrutura de saúde da Direção Regional de Saúde ..."

05. "... os problemas estavam evidentes, agente via, faltava médico, faltava gente para atender ... então o que acontecia, acho que cada um se apegava ao seu "trabalhinho" que era um trabalho seguro que conhecia, que fazia e segurava por esse p é..."

06. "... era um ambulatório onde sempre a equipe não se enquanto grupo, porque havia uma rotatividade muito grande, principalmente na área médica ..."

07. "... não tinha material para isso, não tinha sala para aquilo, a dificuldade da integração de um trabalho de equipe ser colocada em muitas coisas fora desse trabalho ... conseguir um trabalho de equipe, acho que foi muito difícil ... muitas mudanças da gente que sai, da gente que entra, isso quebrava um pouco a dinâmica ..."



08.”... como havia uma certa autonomia, cada um funcionava independentemente, apesar de haver reuniões semanais, estudo de caso isso e aquilo, mas na verdade a coisa funcionava centrada na figura do medico sempre, porque o ambulatório não dava conta de atender as outras coisas ...”

09.”... acho que as pessoas entre si, os profissionais, não havia um bom relacionamento ... existia uma equipe multiprofissional mas que o trabalho não era desenvolvido pela equipe como um todo. Cada um se responsabilizava por um trabalho ... não tinha aquela coisa da equipe multiprofissional estar discutindo, estar avaliando e estar trabalhando na mesma linha ... cada um trabalhava por si ...”

10.”...foi contratado um psiquiatra que ficou lá um tempo depois outro psiquiatra. Até que de repente saiu uma proposta de se montar uma equipe mínima de saúde mental que nós passamos a chamar de ambulatório, porque nas condições de miserabilidade que nós tínhamos de recurso, aquilo era mais que um ambulatório ... a equipe multiprofissional se mantém mais ou menos estável nesse tempo todo, mas os psiquiatras acabavam tendo um rodízio enorme o que desestabilizava demais a equipe ... a coisa que mais me chamava a atenção era ver o envolvimento dos profissionais , da equipe multiprofissional ... o compromisso ético e o compromisso social ...”

✱ **Os entraves na organização em Taubaté:** Pretende-se identificar as dificuldades de constituição do ambulatório de saúde mental de Taubaté, enfatizando as dos indivíduos como também as institucionais.

01. “... então a gente sai com um modelo todo clinico de consultório e cai na saúde publica ... a gente ia aprendendo meio que no dia a dia mesmo, o que é saúde mental, como se trabalha, o que a gente faz, o que não faz ...” “...a falta de gerenciamento, acho que ate mesmo a falta de competência de quem estava na direção ...”



02. “... com os defeitos de qualquer outro dirigente da época, que não tinha um dedicação naquilo. Eu via porque sabia que o pessoal trabalhava lá, que tinha um psicólogo, que tinha um médico, que tinha doente ...”

03. “ ... em Taubaté ainda mais devagar estas mudanças, pois demorou muito a municipalização, e com isso houve muito prejuízo ... muita demora para se instituir, ter uma car, um trabalho mais específico ... não existe canalização de recurso, é tanto a nível federal, estadual como municipal. Então acho que mais impulso político, não é só no político que as coisas acontecem...” “... o preconceito me chamava atenção, é isso, o descaso, a falta de decisão, de iniciativa política na questão da saúde mental ... referi-me a gerencia municipal e a sociedade, onde todo mundo enxerga, todo mundo vê a necessidade mas quer que alguém resolva para ele ...”

04. “... cheguei e tinha uma expectativa dos funcionários, tem uma psicóloga aqui ... mas não se tinha lugar, nem função, nada muito claro ... ai foi chegando outros profissionais também tão perdidos como eu ... como é que a gente ficou tanto tempo tentando sozinho, tentando organizar algo que quem sabe poderia ser mais simples e produtivo ... ter contato um pouco mais próximo com os organizadores desta estrutura, em nível da secretaria de estado ... penso que era uma desorganização muito grande mesmo, uma falta de política de saúde que incluísse a saúde mental como parte integrante, acho que isso poderia ter sido diferente ...”

05. “... na realidade o ambulatório não era muito diferente do hospital, a única coisa é que as pessoas moravam em casas ... era uma estrutura caótica, que por vezes eu não sabia o que estava certo e o que estava errado, e a falta de investimento ... a gente reclamava não tinha retorno nenhum ... a gente ficava muito sozinho ... acho que isso faz com que a gente ficava isolado como o paciente acaba ficando. Sem dividir coisas ... os problemas estavam evidentes, a gente via, faltava o médico, faltava gente para atender, faltavam varias coisas ... mas não sabíamos como administrar ...”



06. “... nós temos um grande problema na região que é o município de Taubaté que não tem nenhum leito psiquiátrico e não tem onde internar os pacientes ... tinha designado um assistente técnico para ficar no município para essas questões ... então tinha ainda essa questão para estar gerenciando ...a questão política na região é muito forte eu encontrava técnicos que queriam desenvolver o trabalho, mas em contra-partida os gerentes pouco se interessavam pela saúde mental e eram exatamente esses gerentes que poderiam facilitar que as ações acontecessem e muito pelo contrario esses gerentes dificultavam. A relação era sempre muito conflituosa ... para fazer o serviço de saúde mental tinha que ter trocas de outras áreas ... tinha que ter barganha e sempre tantas condições para que a gente pudesse executar alguma coisa, que nunca a gente conseguia chegar ao fim de uma proposta ... apesar de ser uma proposta integradora onde você tem um serviço nunca se integrou com o restante da unidade ... na época não tenha conseguido que a universidade se integrasse dentro daquilo que a gente esperava ... “

07. “... de um lado a formação, a constituição das equipes, a dificuldade de trabalhar em equipe, de outro a questão da demanda do técnico que as vezes não atendia a demanda epidemiológica, e por ultimo a questão de um gerenciamento ... havia qualidade técnica, havia pessoas competentes ... faltava inclusive apoio, apoio que eu digo dos governantes, de dar a equipe aquilo que ela precisava ...”

08. “... chamava atenção o fato desse ambulatório, apesar de se intitular de saúde mental, acabava funcionando nos moldes antigos, não havia muita promoção de saúde mental ... eu achava que o pessoal que estava trabalhando era muito interessando em saúde mental, mas por falta de caminhos ou falta de meios, acabava investindo sempre na doença ... havia muitas barreiras, dificuldades operacionais, as pessoas eram interessadas, mas acho que administrativamente não caminhava, acabava parando porque não tinha apoio, não tinha orientação ...”

09. “... faltava organização, acho que as pessoas entre si, os profissionais, não havia um bom relacionamento ...a maior dificuldade no trabalho era de ter um bom relacionamento entre os próprios profissionais, isso dificultou muito ...”

10. “ ...tinha a coisa mais difícil de eu ter, que é o compromisso ético profissional, tenho uma qualificação técnica razoável, tenho pessoa com vontade de se qualificar, mas ... tinha oportunidade de melhorar a qualificação técnica, e tinha toda uma limitação institucional da política de saúde mental do município que não existia ... eu acho que o que não deu certo era o isolamento do serviço dentro de uma realidade do município, então a falta de outros níveis de complexidade, tanto para cima quanto para baixo ... a gente tinha que ter redes de atenção primária em saúde mental, redes de apoio psicossocial, como oficinas, como hospital dia, coisas do gênero, e tinha que ter os mais complexos, especialmente a emergência psiquiátrica que era um problema seriíssimo ... então a primeira coisa era estrutural, do meu ponto de vista o grande problema era estrutural ... como tudo nessa vida, havia os jogos de poder que foram insuperáveis, acho que os conflitos se acirram a tal ponto que se destruíram. ”



ANEXO 10

AMBULATÓRIO REGIONAL DE ESPECIALIDADES PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

Ilma. S^a.
Mirsa Elizabeth Dellosi
Diretora da Coordenadoria de Saúde do Interior

O atendimento ao doente psiquiátrico na cidade de Taubaté, é realizado por esta equipe há aproximadamente doze anos. Durante todos estes anos, foi o único serviço público organizado para esta atenção.

Atualmente a equipe é composta por dois psiquiatras, dois assistentes sociais, três psicólogos, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo e um motorista, vinculados a três instâncias governamentais (Federal, Estadual e Municipal), e serve de retaguarda a uma população numericamente superior à preconizada pela Secretaria de Estado da Saúde (um ambulatório para cada 150.000 habitantes).

Em Taubaté, cidade com cerca de 230.000 habitantes, a Saúde Mental ainda não é entendida como parte integrante dos serviços prestados pelo Município à saúde da população, o que consequentemente faz com que não haja um lugar para ela na dotação orçamentaria da Secretaria Municipal de Saúde ou nos projetos municipais. Toda a organização das instituições que direta ou indiretamente prestam serviços nesta área (Pronto Socorro, Hospital Universitário, ARE, Departamento Municipal de Saúde, Departamento de Promoção Social, etc.), dá-se de maneira informal, contando com a boa vontade de pessoas sensibilizadas para esta questão. A consequência é um atendimento precário e parcial, que não apresenta a resolutividade que a população necessita e merece. (Projeto Saúde Mental 1998)

Estão inscritos no Programa de Saúde Mental do ARE 1.117 pacientes e em atendimento regular 855; com consultas médicas, atendimentos de grupo e individuais, de psicologia e serviço social. O programa oferece grupos de socioterapia, oficinas terapêuticas, psicoterapia e atendimento à familiares.

O Pronto Atendimento é realizado no esquema de plantão técnico onde são acolhidos ou encaminhados, dentro do possível, todos os que procuram o serviço. Em 1997 foram atendidos no P.A. cerca de 1000 pessoas; em 1998 foi fechado o atendimento infantil e atendidos 425 pessoas; em 1999 o P.A. foi fechado por cinco meses e tivemos 260 atendimentos. Nos primeiros 17 dias de janeiro, foram atendidas 40 pessoas, entre pacientes em abandono e com encaminhamentos referenciados, destas, 11 pessoas passaram por consultas médicas. No mês de fevereiro não dispomos de nenhuma vaga para primeira consulta médica, e os casos surgem diariamente, gerando uma grande



angústia entre nós técnicos, que deparamos com casos graves, sem qualquer alternativa de atendimento.

Frente a esta realidade, qualquer uma das instituições que se proponha a organizar seus serviços, depara-se com as dificuldades descritas e vê-se frente ao impasse de atender à demanda ou especializar-se em um determinado tipo de atendimento, obedecendo a critérios pré-estabelecidos, visando um maior grau de resolatividade, mesmo que parcial.

A prefeitura municipal já contou com psicólogos nos postos de assistência básica, mas foram demitidos na mudança da gerência municipal há sete anos.

A equipe atualmente tem conseguido adotar critérios de prioridade para os atendimentos, o que consideramos um avanço na organização do serviço, reduzindo ao máximo o número de primeiras consultas. Nosso atendimento prioritário são os pacientes psicóticos em primeiro surto e os egressos de hospital psiquiátrico.

Como este serviço sempre foi o de referência para o município, a equipe sentia-se pressionada a dar uma resposta a esta demanda tendo dificuldades para organizar um modelo teórico/técnico comum e definir suas ações, como equipe.

Estas dificuldades sempre foram de conhecimento da equipe e inúmeras vezes buscou “ajuda” em termos de supervisão aumento de recursos humanos e aquisição de materiais adequados ao trabalho, sem encontrar respostas favoráveis dos níveis gerenciais.

Na avaliação da coordenação de saúde mental da secretaria, indicava a necessidade de supervisão, sem contudo viabilizá-la. O único momento supervisionado que esta equipe teve (de aproximadamente um ano), foi pelo esforço e recursos financeiros da própria equipe. O que vem mostrar mais uma tentativa de melhorar e organizar o serviço, gerados dentro do grupo.

Além da organização técnica do serviço, enfrentamos situações de pedidos de demissões, transferências e processos administrativos que reduziram o número de profissionais na atenção, sem contar com a dificuldade de trazer profissionais da unidade para trabalhar no programa, até no sentido de cobrir férias, por medo e preconceito com relação ao paciente e a equipe, mesmo com exaustivas sensibilizações na unidade.

As ações de enfermagem em todos os níveis hierárquicos, foram realizadas com grande deficiência, principalmente pela falta de um enfermeiro tanto na supervisão desta equipe de enfermagem, quanto na integração ao atendimento do paciente.

As tentativas por parcerias com outros órgãos, na atenção à saúde mental, com raras exceções, estiveram voltadas a ceder profissionais (em número insuficiente), sem ter a preocupação com a qualidade da atenção, não dividindo responsabilidades no gerenciamento. Estas parcerias, em sua maioria, efetivaram-se pelo esforço da equipe e de usuários (através da Associação), como a contratação de médico psiquiatra, em contato direto com a assessoria do Prefeito Municipal, sem o empenho efetivo de quem de



direito/dever. O que demonstra mais um movimento desta equipe em manter um serviço e buscar aprimorar a qualidade do atendimento prestado.

Local adequado para o atendimento ao longo destes anos também foi motivo de muitas solicitações. Houve momentos em que tivemos que nos mobilizar para reivindicar no mínimo locais adequados para realização de atendimentos tecnicamente corretos, como por exemplo, realizações de grupos em espaços abertos sem nenhuma privacidade. Em outros, foi necessário mostrar que a saúde mental não deveria ser excluída de uma unidade de saúde baseada no preconceito, discriminações e na possibilidade de distanciamentos dos problemas advindos dela. Hoje nos encontramos em local separado da unidade, porém conquistado com a melhoria do atendimento sem a sombra de exclusão.

Para os trabalhos de oficina, grupos de socioterapia e outros, os materiais utilizados eram conseguidos via doações de campanhas feitas pela equipe ou reaproveitamento de materiais. Hoje graças ao trabalho da Associação Nova Vida Paulo Delgado temos o mínimo necessário para realizar com mais qualidade e diversidade estes trabalhos.

Nestes últimos dois meses nos defrontamos com solicitações que privavam o paciente do nosso atendimento técnico e nos remetiam ao atendimento puramente administrativo, como: recepção, marcação de consultas, limpeza, orientação de medicação, procedimentos da Central de Vagas etc., devido à não substituição desses funcionários de férias ou de licença médica.

Até este momento temos nos preocupado em demonstrar através deste documento, a retrospectiva destes doze anos de trabalho, para que pudéssemos refletir sobre todas as nossas lutas, empenhos, dificuldades, ganhos, perdas, desejos, etc.

Certamente este documento não refletirá toda a luta técnica que travamos ao longo destes anos, nem tão pouco a totalidade dos nossos sentimentos, para podermos manter o serviço que acreditamos e nos propomos a realizar.

Estamos no momento de limite da equipe no sentido de darmos continuidade ao trabalho, pois nos parece que somos julgados “culpados” por sempre termos trabalhado sem condições adequadas, sem o gerenciamento necessário, sem recursos humanos e materiais, sem supervisão, etc.

Para que qualquer serviço se mantenha atuante e com qualidade, deve haver no mínimo esforço de todos os níveis para que seja igualmente dividido o trabalho e as responsabilidades.

Estudando o manual básico de atenção à saúde mental, vemos que o diagnóstico é importante para pensarmos o tratamento adequado e um prognóstico. Vemos entretanto, que outras variáveis são imprescindíveis para pensarmos o prognóstico. No caso do paciente, a variável “família” é determinante para o sucesso ou fracasso do tratamento. No caso da equipe a variável “estrutura” dos serviços de saúde é determinante para o sucesso ou fracasso das ações. Infelizmente no nosso caso é determinante para o fracasso.



RECURSOS HUMANOS

Profissional Existente	Vínculo	Carga Hor.Sem.	1994/96	1998	2000
Médico Psiquiatra	Municipal	20	01	02	02
	Estadual	20	03	00	00
Psicólogos	Estadual	30	05	04	02
Assistente Social	Federal	30	01	01	01
	Municipal	40	01	01	01
Assist. Téc. Ações de Saúde	Estadual	30	00	01	00
Enfermeiro	Estadual	30	01	00	00
Aux. de Enfermagem	Municipal	40	00	01	00
	Estadual	30	02	01	02
Recepcionista	Federal	30	01	01	00
Aux. Administrativo	Municipal	40	01	01	00
Motorista	Municipal	40	01	01	01
Segurança	Municipal	40	01	01	00
	UNITAU	40	00	00	01
TOTAL			18	15	10

Obs. Há dois pedidos de transferência em andamento (um Psicólogo e um Assistente Social)

Taubaté, 03 de fevereiro de 2000

Cristina Vieira Couzenn
Cristina Vieira Couzenn
Assistente Social
RESS 0413 Insc. Secundária

Regia Luz Lopes
Regia Luz Lopes
PSICOLOGA
CRP-06/28990-1

Maria de Fátima Amoreo
Maria de Fátima Amoreo
PSICOLOGA
CRP 06/24152-5

Wladimir
Wladimir

Dr. Clemente Soares Neto
Dr. Clemente Soares Neto
Médico
CRP 06/24152-5

Selma A. Machado
Selma A. Machado
CRP 06/2250-0