

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA EM NATAL/RN

YALLE FERNANDES DOS SANTOS

NATAL
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Yalle Fernandes dos Santos

O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA EM NATAL/RN

Dissertação elaborada sob orientação da Prof^a. Dr^a. Isabel Maria Farias Fernandes de Oliveira e co-orientação do Prof. Dr. Oswaldo Hajime Yamamoto e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal
2007

Catálogo da Publicação na Fonte. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Biblioteca Setorial Especializada do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

Santos, Yalle Fernandes dos.

O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em
Natal/RN / Yalle Fernandes dos Santos. - Natal, RN, 2007.
167 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Isabel Maria Farias Fernandes de Oliveira.

Co-orientador: Prof. Dr. Oswaldo Hajime Yamamoto.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio
Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de
Pós-graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia, sociedade e
qualidade de vida.

1. Serviços de saúde mental – Natal (RN) - Dissertação. 2. Reforma psi-
quiátrica – Dissertação. 3. Saúde mental – Dissertação. 4. Serviços substitu-
tivos. I. Oliveira, Isabel Maria Farias Fernandes de. II. Yamamoto, Oswaldo
Hajime. III. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. IV. Título.

RN/BSE-CCHLA

CDU 614.39:613.86(813.2)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação "O Ambulatório de Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em Natal/RN", elaborada por Yalle Fernandes dos Santos, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal, RN, 27 de abril de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Lúcia Cristina dos Santos Rosa

Martha Azucena Traverso-Yépez

Isabel Maria Farias Fernandes de Oliveira

“O fechamento do manicômio foi uma boa coisa; porém uma pessoa como eu, e como tantas outras, que viveram boa parte de suas vidas lá dentro, segregadas, sem poder sair, levarão no coração as marcas do desperdício de suas vidas, que não viveram, não gozaram, não curtiram. Ficaré sempre o descontentamento pelas coisas que não puderam realizar. O meu sonho para o futuro é encontrar muitos amigos. (...) Acredito que para sair do manicômio que temos dentro do coração, seria preciso encontrar uma pessoa de confiança, uma pessoa à qual se possa dar tudo de si mesmo. (...) Se eu a encontrasse poderia verdadeiramente dar tudo de mim, ou seja, tudo aquilo que tenho no coração, até mesmo os anos que vivi dentro do manicômio; se eu encontrasse esta pessoa, seria como não tê-los vivido. Seria a liberdade.”.

Franco Fuzzi

A todo mundo que não se rende.

Agradecimentos

À minha orientadora, Isabel Fernandes, pela descoberta da pessoa maravilhosa que ela é: acolhedora, engraçada, divertida. Amiga nas horas felizes e nas tristes. Obrigada pelo carinho com que você orientou meu trabalho, pelo apoio e amizade!

Ao Prof. Dr. Oswaldo Hajime Yamamoto, sou extremamente grata pelo acolhimento, carinho, atenção... e, principalmente, pelo exemplo de justiça e ética que você representa para mim.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Marxismo & Educação, pelo auxílio na execução desta pesquisa. Especialmente a Tatiane e Adriana que tiveram um trabalhão para transcrever as entrevistas.

À equipe profissional e usuários do Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira, pela disponibilidade em prestar os dados necessários a este estudo e por permitir minha inserção como pesquisadora no serviço. Vocês ensinaram-me muito!

À Cilene, pela paciência e atenção em me ajudar a resolver os assuntos burocráticos do mestrado. Muito obrigada!

Aos alunos e professores do PPGPsi que contribuíram ao meu trabalho.

À Cristiane Marcelino, pela entrevista concedida e por todas as importantes informações prestadas sobre o Ambulatório da Ribeira.

À Elizabeth Freitas, obrigada pela entrevista, pela atenção e concessão de material bibliográfico imprescindível a este estudo.

Ao coordenador de Saúde Mental da SMS, o psicólogo Bérgeon Fernandes, pela presteza no fornecimento de informações importantes sobre a rede assistencial do município de Natal.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de estudos.

Aos professores leitores, Martha Traverso e Lúcia Rosa.

À Danielle Nóbrega, minha amiga desde a graduação, pessoa com quem dividi momentos muito alegres e tristes. A Kempes, um amigo especial, sempre pronto a escutar, ajudar e preparar umas comidas ótimas. Vocês estarão sempre no meu coração!

À Luísa Spinelli, eu não sei explicar, mas olho para ela e sei que ela me compreende.

À Kelly e Bruno, pelas conversas engraçadas, leves, divertidas e um certo pastel que eles estão me devendo!

À Geísa e Iaperi, pela diversão e deliciosas sessões de jogos!

À Valquíria e Narjara, pelas conversas, gargalhadas e saídas, por me escutarem sempre. Adoro vocês! Sem a companhia de vocês duas teria sido mais difícil concluir essa jornada.

Aos meus pais, meus irmãos e sobrinhos – vocês estiveram presentes durante todo esse percurso e sempre acreditaram em mim; sem o amor, o carinho, o apoio e a dedicação de vocês eu não teria conseguido! Muito obrigada por tudo!

Sumário

Lista de Figuras.....	ix
Lista de Tabelas.....	x
Lista de Abreviações.....	xi
Resumo.....	xii
Abstract.....	xiii
Apresentação.....	14
Parte I – Histórico das políticas de Saúde Mental no Brasil	
1. Breve resgate das políticas de Saúde Mental: de 1800 a 1970.....	19
2. Anos 1980: contexto reformista da saúde.....	31
3. A Reforma Psiquiátrica brasileira.....	37
3.1. Processo de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	39
3.2. Conceitos relativos à Reforma Psiquiátrica.....	42
4. Anos 1990: reestruturação da atenção em Saúde Mental.....	48
4.1. Os avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica brasileira.....	52
5. Os ambulatórios de Saúde Mental.....	61
5.1. O ambulatório típico e o ambulatório da Reforma.....	66
Parte II – A assistência psiquiátrica em Natal/RN	
6. Primeiras políticas assistenciais em Psiquiatria.....	73
7. Natal no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	78
Parte III – Explicando a pesquisa	
8. Objetivos.....	87
9. Percurso metodológico.....	88
9.1. Primeiros contatos com o Ambulatório da Ribeira.....	88
9.2. Local da pesquisa.....	89
9.3. Procedimentos metodológicos.....	89
Parte IV – O ambulatório de Saúde Mental	
10. O Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira.....	94

10.1. História da implantação do Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira.....	96
10.2. Diagnóstico do atual modo de organização do Ambulatório.....	101
11. Considerações sobre o Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira.....	142
Referências Bibliográficas.....	149
Apêndices	
Anexos	

Lista de figuras

Figura		Página
1	Evolução do Número de CAPS	58

Lista de tabelas

Tabela	Página
1 Rede CAPS por Unidade Federativa.....	57

Lista de Abreviações

- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
- DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
- ECT – Eletroconvulsoterapia
- GPL – Gratificação por Local de Exercício
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
- MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
- MS – Ministério da Saúde
- MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
- NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
- NOBs – Normas Operacionais Básicas
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- ONGs – Organizações Não-Governamentais
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAD – Programa de Apoio à Desospitalização
- PISAM – Plano Integrado de Saúde Mental
- PPA – Plano de Pronto Ação
- PSF – Programa de Saúde da Família
- SERAS – Serviço Estadual de Reeducação e Assistência Social
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais
- SNS – Sistema Nacional de Saúde
- SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde

Resumo

Os anos 1990 revelam a consolidação do projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira, assumido como política oficial pelo Ministério da Saúde, e provocador de discussões, diretrizes e novos modos de cuidado. Serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico como CAPS, centros de convivência, residências terapêuticas e ambulatórios são implementados. Esta dissertação analisa as relações que o Ambulatório Especializado da Ribeira estabelece com os serviços de Saúde Mental da rede pública do município de Natal/RN e sua adequação à proposta da Reforma Psiquiátrica. Através de entrevistas semi-estruturadas e observação participante colheram-se dados que permitiram traçar uma caracterização geral do serviço: atividades, equipe técnica, articulação com outras instituições, organização do cotidiano. Tal instituição desenvolve atividades que extrapolam o caráter tradicional de um ambulatório, ou seja, as consultas médico-psicológicas. Atende principalmente egressos de CAPS e hospitais psiquiátricos. Oferece atividades de grupo, consultas psiquiátricas, oficinas terapêuticas, acolhimento, passeios, entre outras. Possui uma equipe multiprofissional composta por psiquiatras, psicólogas, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e arte-educadora. A articulação deste serviço com os demais que integram a rede de assistência em Saúde Mental de Natal é incipiente e, em decorrência disso, várias ações e atividades que poderiam e deveriam ser realizadas em conjunto, não o são. Apesar de enfrentarem dificuldades, os profissionais do Ambulatório da Ribeira conseguem alcançar bons resultados e efetivar cuidados em Saúde Mental que priorizam o acolhimento, a escuta e o respeito à individualidade dos usuários. O Ambulatório da Ribeira é organizado segundo o paradigma da Reforma Psiquiátrica e, portanto, oferece uma atenção que incentiva a ressocialização dos usuários e o exercício da cidadania e autonomia destes.

Palavras-chaves: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; serviços substitutivos.

Abstract

The years 1990 disclose the consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform project, assumed as official politics by the Health Department, also stirring up discussions, lines of direction and new ways of care. Substitutive services to the psychiatric hospital as CAPS, conviviality centers, therapeutical residences and ambulatory clinics are implemented. This work analyzes the relations that the Specialized Ambulatory Clinic of Ribeira establishes to the services of Mental Health of the public system in the city of Natal/RN, as well as its adjustment to the proposal of the Psychiatric Reform. Through semi-structured interviews and observation, it was possible to gather data which allowed picturing a general characterization of the service: activities, technical group, joint with other institutions, daily routine organization. Such institution develops activities that surpass the traditional character of a clinic- in other words, the psychological/medical appointments - and it mainly greets the ones proceeding from CAPS and psychiatric hospitals. It offers group activities, psychiatric appointments, therapeutical workshops, sheltering and strolls, among others. The institution is composed by a multi-professional team of psychiatrists, psychologists, occupational therapists, nurse's aide and art-educator. The joint of this service with others that make part of the Mental Health Assistance network in Natal is incipient. Due to this fact, some actions and activities that could and should be developed together are just not. Although facing difficulties, the professionals of the Ambulatory Clinic of Ribeira are able to achieve good results and establish care in Mental Health that prioritize sheltering, listening and respect to the user's individuality. The Ambulatory Clinic of Ribeira is organized according to the paradigm of the Psychiatric Reform. Therefore, it offers an attention that stimulates the re-socialization of the users and the exercise of the citizenship and autonomy of those.

Key-words: Psychiatric Reform; Mental Health; Substitutive Services

Apresentação

A história da assistência psiquiátrica no Brasil é a narrativa da desassistência, de fatos tristes que envolvem maus tratos, violências, vidas desperdiçadas e descaso com o sofrimento das pessoas que eram internadas nos hospitais psiquiátricos. Durante mais de um século, foram eventos como esses que se repetiram em diversas instituições asilares. Assim, milhares de sujeitos foram rotulados de loucos, psicopatas, dementes; foram estigmatizados, perderam laços familiares, sociais, trabalho e o direito a serem cidadãos.

Somente nas últimas décadas do século XX surgem propostas capazes de esboçarem mudanças nessa realidade. Diversos atores sociais – profissionais de saúde, pesquisadores e organizações civis – se uniram, criaram eventos (congressos, fóruns e encontros de Saúde Mental) e fundaram o Movimento Nacional da Luta Manicomial. Estavam lançadas as bases de uma Reforma Psiquiátrica brasileira, que, ao início dos anos 1990 é assumida como política oficial para a área da Saúde Mental pelo Ministério da Saúde.

O projeto de Reforma brasileiro almeja a construção de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, de atenção diária, e capaz de oferecer estratégias terapêuticas de cuidado que se contraponham ao modelo manicomial, à cronificação e ao confinamento dos sujeitos em sofrimento psíquico. A Reforma Psiquiátrica brasileira tem avançado seguramente sobre o território nacional e alcançado bons resultados, como o aumento do número de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), diminuição do número de leitos e internações psiquiátricas, criação das residências terapêuticas e o do programa “De Volta para Casa”. Paralelo a esses avanços, também se tem conseguido efetivar mudanças legislativas nos âmbitos federal e local que asseguram os direitos das pessoas com transtornos mentais e regulamentam a assistência em Saúde Mental.

No projeto de uma rede de serviços extra-hospitalares, insere-se o ambulatório especializado. Na perspectiva da Psiquiatria Comunitária, os ambulatórios são serviços intermediários entre a população e o hospital psiquiátrico. No Brasil, isto é perceptível no processo de ambulatorização ocorrido a partir das décadas de 1960/70, pois os ambulatórios serviam de porta de entrada para os manicômios, sendo responsáveis por um grande número de encaminhamentos para internações.

A implantação de dispositivos substitutivos em Saúde Mental conformou um novo tipo de ambulatório, influenciado pela proposta da Reforma Psiquiátrica e prestador de uma atenção diária, baseada no modo psicossocial e na construção de modalidades de cuidado que focalizam o usuário e não a doença. Ainda assim, os atuais ambulatórios se deparam com as seguintes questões: que lugar ocupam na rede de serviços extra-hospitalares em Saúde Mental? São dispositivos necessários à implementação da Reforma? Ou podem ser substituídos pelos CAPS?

Considerando tais questionamentos, o objetivo do presente trabalho foi investigar o Ambulatório Especializado em Saúde Mental da Ribeira, observando a concordância do seu modo de funcionamento em relação ao paradigma da Reforma Psiquiátrica e suas possíveis interlocuções com os demais serviços públicos de Saúde Mental do município de Natal/RN. Na expectativa de conhecer melhor tal serviço, optou-se por analisar alguns aspectos referentes ao mesmo, como, por exemplo: a história de sua estruturação, o tipo de demanda, os recursos terapêuticos oferecidos, as atividades realizadas, a importância atribuída à consulta psiquiátrica e sua integração com os dispositivos comunitários.

Estudar o Ambulatório da Ribeira relaciona-se ao interesse em pesquisar como se estrutura este serviço, que tem adotado práticas semelhantes aos CAPS, ou seja, tem empregado estratégias terapêuticas que objetivam a desinstitucionalização, a

desconstrução dos referenciais teóricos, assistenciais, culturais, jurídicos e sociais que sustentam o aparato manicomial.

Portanto, na busca de contribuir para o esclarecimento de tais questões, esta dissertação esta dividida em quatro partes: nas duas primeiras está concentrada a fundamentação teórica; na terceira estão delineados os objetivos e o percurso metodológico seguido neste estudo; e na quarta, é feita uma exposição sobre o Ambulatório da Ribeira, os resultados encontrados e a discussão referente aos mesmos.

A parte I – Histórico das políticas de Saúde Mental no Brasil – está dividida em 5 capítulos. Nos dois primeiros é feito um resgate das políticas de Saúde Mental brasileiras desde o século XIX até a atualidade e discutido o cenário político e social brasileiro que desencadeou o processo reformista sanitário e psiquiátrico ocorrido a partir dos anos 1980. No capítulo três e quatro é analisado o projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira, seus referenciais teórico-conceituais e os avanços assistenciais alcançados desde que a mesma foi estabelecida como política para o campo da Saúde Mental. No capítulo cinco é problematizada a questão dos ambulatórios especializados de Saúde Mental e a diferenciação entre o ambulatório típico ou tradicional e o ambulatório da Reforma.

A parte II – A assistência psiquiátrica em Natal/RN – é composta por dois capítulos. O capítulo seis apresenta a história das políticas assistenciais em Psiquiatria, os primeiros espaços de reclusão dos sujeitos considerados loucos, inconvenientes ou que perturbavam a ordem pública da cidade. O capítulo sete discute o processo de implantação da Reforma no município, os serviços substitutivos que foram construídos e os entraves que dificultaram tal processo.

A parte III – Explicando a pesquisa – é constituída pela descrição dos objetivos do estudo e o percurso metodológico empregado na coleta dos dados, as técnicas utilizadas e a definição do local da pesquisa.

A parte IV – O ambulatório de Saúde Mental – apresenta uma descrição detalhada sobre o Ambulatório da Ribeira, como é organizado seu funcionamento, as dificuldades encontradas, as atividades realizadas, os modos de cuidado empregados, os objetivos das práticas realizadas, a articulação com os recursos comunitários e com os demais dispositivos de Saúde Mental que compõem a rede pública municipal de assistência.

Histórico das Políticas de Saúde Mental no Brasil

1. Breve resgate das políticas de Saúde Mental: de 1800 a 1970

“O manicômio concretiza a metáfora da exclusão que a modernidade produz na relação com a diferença”

Paulo Amarante

O início dos anos 1800 no Brasil foi marcado por mudanças sócio-econômicas e culturais, muitas delas relacionadas à chegada da Família Real Portuguesa ao Rio de Janeiro. Tal fato provocou um acelerado crescimento desta cidade e, em decorrência disto, surgiram problemas, alguns deles de ordem médico-sanitária. Influenciados pelo movimento social higienista europeu, médicos brasileiros criaram uma Comissão de Salubridade que, objetivando diagnosticar as condições sanitárias do Rio de Janeiro e propor uma reorganização dos seus espaços públicos, chamaram atenção para a realidade dos loucos, mendigos e de toda a população considerada “*marginal*”, sugerindo a criação de um hospital destinado aos alienados (Amarante, 2003).

As reivindicações para construção de um asilo foram feitas através de artigos médicos publicados em periódicos, como o *Diário da Saúde* e a *Revista Médica Fluminense*; por teses médicas a respeito do tema da alienação mental; e pelo apoio do Ministro José Clemente Pereira, que, através de documentos, reforçou tais solicitações. Em 1841 foi assinado o Decreto n°. 82, que regulamentava a construção do primeiro manicômio brasileiro, o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, que só começou a funcionar em 1852, vinculado à Santa Casa de Misericórdia. Dessa forma, a administração do hospício estava subordinada a esta instituição e eram as freiras quem dirigiam seu funcionamento (Amarante, 2003; Resende, 2001).

Pouco tempo após sua fundação, o Hospício de Pedro II já era alvo das críticas dos alienistas, que, apesar de terem reclamado sua criação, não exerciam poder sobre a

instituição. Insatisfeitos com tal situação e sentindo-se excluídos, os alienistas ansiavam a efetivação do saber/poder médico e científico, que, neste período, se derivava dos princípios elaborados pelo francês Phillipe Pinel: o isolamento do alienado da sociedade e o tratamento moral¹.

Nos recém criados hospícios ou nas Santas Casas de Misericórdia, os loucos não recebiam a assistência médica necessária e sofriam violências de todos os tipos, chegando a morrer em decorrência delas. Esta situação não chegava a incomodar aos alienistas, suas preocupações estavam dirigidas muito mais à necessidade de remover os sujeitos indesejados e perturbadores do convívio social e reeducá-los para serem produtivos.

Somente com o início do período republicano os alienistas conquistaram a influência desejada sobre a assistência psiquiátrica no Brasil; no entanto, a condição dos internos nos hospícios não foi melhorada, eles continuaram vítimas de maus tratos, humilhações, torturas e expostos à falta de cuidados médicos. É importante assinalar que, ao cobiçarem o exercício do poder médico sobre os asilos, os alienistas desejavam,

(...) afirmar a hegemonia de um poder e de reivindicar a exclusividade de um saber sobre assuntos de saúde e doença mental e a tutela sobre a pessoa do louco, mas não se pode ignorar que o hospital psiquiátrico de fato não existia enquanto lugar de cura e que a caridade e os princípios humanitários jamais tinham penetrado suas portas, em que pese a presença aí das religiosas (Resende, 2001, p.40-41).

Tal contexto nos permite afirmar que a instituição asilar surge com função de controle, normatização, moralização e segregação dos alienados e desregrados do

¹ O tratamento moral consistia no isolamento do alienado do meio social e na reeducação da *mente alienada*; cabia ao manicômio disciplinar, impor as regras que deveriam ser obedecidas e evitar os comportamentos inconvenientes (Amarante, 1996; Bercherie, 1989; Castel, 1978).

espaço urbano. Assim, sua finalidade terapêutica estava ausente ou subordinada às exigências sanitárias dos higienistas, às ações de disciplinamento dos alienistas ou de moralização da Igreja. Seja sob a forma de qualquer um desses propósitos, o hospício servia (e serve) a interesses sempre alheios às necessidades de cuidados dos que ali buscavam assistência.

Entre o final do século XIX e início do XX, surgem as primeiras propostas de transformação da assistência asilar brasileira, influenciadas pelas idéias higienistas que propunham o disciplinamento da sociedade. São criadas as Campanhas Sanitárias, com o objetivo de combate às epidemias (febre amarela, varíola) e às condições insalubres, bem como o desenvolvimento de ações de saneamento e vacinações obrigatórias em massa (Lima & Hochman, 2000). Ou seja, as primeiras políticas de saúde no Brasil são formuladas com o objetivo de disciplinar e manter sob controle a ordem social.

A partir do período conhecido como Primeira República (1889-1930) tem-se uma nova configuração da assistência psiquiátrica, os médicos assumem o controle das instituições asilares e tornam-se os representantes máximos da ciência, adquirindo inquestionável poder sobre os doentes.

Nesta época são criadas as colônias de alienados, consideradas a primeira tentativa de modificação do espaço asilar brasileiro. Vários estados (RJ, SP, MG, PE, PB, SE, ES, AL, RN, MA) construíram colônias agrícolas para tratar aos doentes mentais através do trabalho no campo; e mesmo sem a comprovação da eficácia desse tipo de tratamento, o modelo das colônias se disseminou rapidamente, pois atendia a motivações políticas e ideológicas (Resende, 2001).

A terapêutica adotada nas colônias baseava-se em experiências européias, mas serviram bem aos interesses nacionais, pois ao propor o trabalho no campo como atividade terapêutica, nossos cientistas acreditavam estar “curando” o caráter indolente

do brasileiro, uma das causas atribuídas ao seu adoecimento psíquico. Como afirma Resende (2001), “era preciso reverter ao ‘normal’ a tradicional moleza do brasileiro, atitude, já se viu, histórica e sociologicamente determinada, mas elevada pelos alienistas à categoria de característica da índole de certos grupos sociais e étnicos” (p.47).

Em 1903, Juliano Moreira assume a direção da Assistência Médico-legal aos Alienados. Seguidor da Escola Alemã² de Psiquiatria, deu continuidade à construção das colônias agrícolas pelo Brasil e participou das reivindicações por uma lei que assistisse aos alienados. Neste mesmo ano foi aprovada a Lei nº. 1.132/1903, o primeiro dispositivo jurídico-político a regulamentar a assistência psiquiátrica brasileira (Amarante, 2003).

Sob influência da Tendência Alemã e do Organicismo, médicos brasileiros formaram a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), uma instituição com características racistas, eugênicas e xenofóbicas (Amarante, 2003). A LBHM introduziu uma nova “clientela” às colônias: os estrangeiros, os alcoólatras, os negros e mestiços, identificando-os como degenerados e perigosos à sociedade. Como afirma Resende, os médicos, “referendados pela ciência”, usaram desta para justificar suas terapêuticas e a presença de grupos étnicos – portadores de “taras hereditárias” e propensos a desenvolverem problemas mentais – entre os internos dos hospícios (Resende, 2001). As atenções da LBHM estiveram direcionadas, também, para as famílias, com a finalidade de prevenir o surgimento de alguma doença que afetasse psiquicamente as crianças.

Por influência dos membros da LBHM, em 1934 é aprovado o Decreto nº 24.559, que autorizava a formação de um Conselho de Proteção aos Psicopatas, o que

² A Escola Alemã de Psiquiatria, fundada nas teorias organicistas, se propunha a explicar as causas da doença mental a partir de aspectos étnicos e da degenerescência inerente a algumas raças (Amarante, 2003).

serviu para reafirmar a autoridade da figura do psiquiatra, ressaltando a internação como a forma de tratamento que oferecia melhores resultados (Rosa, 2006).

Objetivando intervenções preventivas, a política de Saúde Mental da LBHM foi difundida para outros espaços assistenciais. Em 1918, Gustavo Riedel implanta o Ambulatório Rivadávia Correa, primeiro ambulatório psiquiátrico do Brasil, em Engenho de Dentro (RJ), “que se propunha não só a acompanhar o egresso mas também a disseminar aconselhamento genético a título de prevenção de distúrbios mentais.” (Resende, 2001, p.54). Além da Psiquiatria, este ambulatório oferecia outras especialidades médicas, pois se temia que um serviço exclusivamente psiquiátrico pudesse amedrontar a população (Bentes, 1999).

Comprovada a inoperância do trabalho no campo como recurso terapêutico e diante das exigências de mão-de-obra necessárias para o desenvolvimento industrial nacional, as colônias agrícolas abandonaram esta estratégia terapêutica.

A partir dos anos 1930 novas formas de tratamento são incorporadas ao domínio da Psiquiatria. Dentre as mais conhecidas cita-se a eletroconvulsoterapia (ECT), o choque insulínico e a lobotomia. Os neurolépticos surgem apenas na segunda metade da década de 1950 (Amarante, 2003).

Embora não se possa assegurar que estes “tratamentos” tenham proporcionado melhoras aos pacientes, logo foram disseminados e usados em larga escala, não só para tratar, mas, principalmente, como meio de punição àqueles que se rebelavam contra a autoridade instituída. Os antipsicóticos também não ofereceram avanços aos doentes mentais, pois sua utilização indiscriminada produziu como efeito colateral, a cronificação desses sujeitos.

Durante a primeira metade do século XX, a assistência psiquiátrica brasileira – caracterizada pelo predomínio dos hospitais psiquiátricos públicos – pode ser

qualificada como insatisfatória, iatrogênica, incompetente e produtora de estigmas, preconceitos e rótulos sobre a loucura e a figura do louco.

Neste período, destaca-se no cenário psiquiátrico brasileiro a criação de decretos e serviços direcionados ao tratamento dos psicopatas³. Pode-se enumerar os seguintes: a criação de Departamentos de Assistência a Psicopatas em estados como São Paulo, Rio de Janeiro e Pernambuco; o Decreto nº. 8.834 de 1911, criava a Colônia de Alienadas (Psicopatas) do Engenho de Dentro; o Decreto nº. 17.805 de 1927, que regulamentava a assistência a psicopatas no estado do Rio de Janeiro; a fundação do Conselho de Proteção aos Psicopatas (1934); a Lei nº. 378 de 1937, que definia os órgãos componentes do Departamento de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal (Ramos & Geremias, 2005).

O modelo positivista de ciência, dominante nos estudos sobre a doença mental durante o período aqui citado, impunha a obrigatoriedade de se classificar, rotular e isolar o doente mental para tratá-lo. A Psiquiatria, em sua busca para ser reconhecida como especialidade médica, necessitava oferecer um rótulo científico aos destinatários de suas intervenções, pois, assim, acreditava que adquiriria status científico. Dessa forma, tal como anteriormente haviam sido chamados de alienados, os loucos eram agora denominados de psicopatas.

Em 1941, Aduino Botelho – então diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM⁴) – expandiu o número de hospitais psiquiátricos públicos e implantou os primeiros ambulatórios psiquiátricos oficiais. Em contraste com o grande número de manicômios, havia apenas quatro ambulatórios funcionando; em 1961, eles eram apenas dezessete em todo o território nacional (Resende, 2001).

³O termo “psicopata” foi utilizado para designar diversos órgãos de assistência psiquiátrica. Mas, aparentemente, não havia uma discussão mais aprofundada sobre o significado do mesmo.

⁴Criado pelo Decreto nº 3.171/1941.

É verdade que houve tentativas de modificar essa realidade. Em 1962, a Previdência Social emitiu um documento denominado *Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais*, que propagava o tratamento psiquiátrico realizado na comunidade, priorizando práticas preventivas. As resoluções do documento nunca foram implementadas (Resende, 2001).

A década de 1960, principalmente o período pós-64 (Ditadura Militar), foi marcada por tristes efeitos sobre a área psiquiátrica; com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), o governo brasileiro reduziu recursos financeiros em saúde e passou a financiar a construção de hospitais psiquiátricos particulares e a compra de serviços médicos a estes hospitais (Amarante, 2003). A assistência psiquiátrica foi estendida a todos os trabalhadores e seus dependentes, adquirindo o “status de prática assistencial de massa” (Resende, 2001, p.59). É o fenômeno da mercantilização da loucura, que multiplicou o número de leitos e de internações psiquiátricas.

Essa expansão da Psiquiatria para grandes parcelas da população, segundo Resende (2001), revela que a doença mental havia se configurado como uma questão social para o Estado. O desenvolvimento do setor industrial, a urbanização e o crescimento econômico exigiam a preservação da mão-de-obra, e a doença mental, pelo seu custo elevado, teve um impacto social sobre o processo produtivo nacional, e recuperar a força de trabalho era uma das funções da prática psiquiátrica.

O golpe militar de 1964 rescindiu a política “desenvolvimentista-populista”, de caráter assistencialista, das décadas anteriores e assumiu como modelo o “capitalismo monopolista”, que afetou seriamente o setor da saúde (Paulin & Turato, 2004). A política em saúde durante o Regime Militar teve como características principais a aquisição por parte do Estado, de assistência médica a hospitais privados e a

manutenção do acesso à saúde aos trabalhadores e seus dependentes. A ausência dos órgãos oficiais de saúde na elaboração de práticas não-hospitalares em Psiquiatria e a compra de serviços médicos às instituições privadas, serviram bem ao “capitalismo monopolista” nacional.

A democracia liberal atingia o apogeu e surgia uma nova classe social urbana, corporativa, crítica e reivindicadora, que exigia melhor qualidade de atendimento na área de saúde, inclusive na de saúde mental. Um novo ator institucional começava a despontar: o hospital psiquiátrico privado (Paulin & Turato, 2004, p.244).

O efeito imediato dessas medidas foi o aumento exacerbado do número de internações nos hospitais psiquiátricos privados conveniados com o Estado. Em 1965, estas instituições internaram 35 mil pessoas; em 1970, este número saltou para 90 mil, um aumento de mais de 150% (Resende, 2001). Associado a isso, os poucos ambulatórios existentes funcionavam como intermediários entre a população e os manicômios, facilitando o acesso às internações.

As transformações sociopolíticas ocorridas nas décadas de 1960 e 1970 – as tentativas do Estado de desorganizar os sindicatos e associações de classe, as alianças estabelecidas com órgãos capitalistas internacionais e a crise provocada pelo “milagre econômico”, que enfraqueceu as condições de vida dos trabalhadores – provocaram graves conseqüências para a economia brasileira. Nesse contexto, a saúde pública foi uma das áreas mais afetadas, pois seu modelo assistencial privatista – curativo e individual – também entrou em crise, obrigando o governo a racionalizar gastos e controlar os financiamentos destinados à contratação de serviços médicos privados (Mendes, 1994).

A crise da saúde pública é resultado, principalmente, da política previdenciária, que devido aos investimentos destinados aos serviços hospitalares privados, apresentava um déficit financeiro (Paulin & Turato, 2004). A assistência psiquiátrica foi afetada, também, pelas denúncias da violência praticada contra os internos dos hospícios, que se encontravam superlotados e eram detentores de índices crescentes de mortalidade entre os pacientes internados. As acusações contra a “indústria da loucura” produziram documentos e revelaram novos atores sociais que lutaram para modificar a atenção psiquiátrica.

A partir dos anos 1970, órgãos como o Ministério da Saúde (MS) e o INPS, passaram a exercer maior controle sobre o número e a duração das internações. Os ambulatórios psiquiátricos que, na década anterior, tinham encaminhado cerca de 36% dos seus pacientes para internação, reduziram esse percentual para 12% (Resende, 2001).

A Psiquiatria Comunitária, importada da Europa e Estados Unidos da América, deu sua contribuição às propostas de transformação e superação do modelo manicomial brasileiro. A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), a Associação Brasileira de Psiquiatria e profissionais do setor psiquiátrico, passaram a divulgar princípios defensores do tratamento do paciente psiquiátrico realizado na comunidade, sem excluí-lo do convívio familiar e social, e enfatizando ações que fossem preventivas. As idéias de prevenção da doença mental originaram um novo objeto e conceito: a Saúde Mental (Paulin & Turato, 2004).

A influência da Psiquiatria Comunitária e Preventivista alcançou os países sul-americanos e a Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, ela influenciou, principalmente durante a década de 1970, a criação de diversos manuais, planos e legislação que tentaram orientar a assistência em Psiquiatria.

Em 1972, o Ministério da Saúde brasileiro e de demais nações latino-americanas, produziram um documento denominado *Plano Decenal de Saúde para as Américas*, em que se discutia as novas diretrizes que deveriam regulamentar a assistência psiquiátrica. Este documento, “(...) recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, condenava o macro-hospital, propunha alternativas à hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação de crônicos.” (Resende, 2001, p.65).

No início dos anos 1970, a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos, reuniu profissionais, entre eles Luis Cerqueira, para elaborar um relatório no qual era analisada a situação da assistência psiquiátrica do estado da Guanabara (atual Rio de Janeiro). A repercussão da comissão foi tão grande que o INPS solicitou uma análise da atenção psiquiátrica em todo o Brasil. A partir deste estudo, o INPS, em 1973, objetivando implementar as propostas sugeridas pelo Ministério da Saúde (MS), lança o *Manual de Serviços de Assistência Psiquiátrica* (Paulin & Turato, 2004; Resende, 2001).

O Manual defendia um tratamento realizado na comunidade, utilizando recursos ambulatoriais e visando manter o paciente próximo à sua família. O objetivo principal era evitar as internações psiquiátricas e privilegiar as ações preventivas (Paulin & Turato, 2004). Apesar de jamais ter saído do papel, o Manual lançou alguns dos primeiros princípios da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial.

Em 1974, o Ministério da Saúde, através da DINSAM, lançou a Portaria 32, uma mera reedição dos textos anteriores que propunham uma reformulação da atenção psiquiátrica e que, tal como eles, nunca foi posta em prática. Ainda neste ano foi expedida a Portaria 39, nomeada como Plano de Pronta Ação (PPA), destinada a facilitar o acesso da população a serviços emergenciais. Os objetivos do PPA foram

atingidos, os aspectos curativos e individuais das práticas em saúde foram reforçados, e o plano foi usado para fraudar contas hospitalares, contribuindo para aumentar o déficit financeiro da Previdência. Ou seja, o Plano de Pronta Ação, além de colaborar para a crise que atingia a saúde pública, foi mais uma estratégia que reforçou o caráter mercantil que o campo da saúde havia adquirido (Paulin & Turato, 2004).

Em 1975 foi instituído o Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da Lei 6.229, diferenciando as ações cabíveis ao Ministério da Saúde – preventivas, coletivas e públicas – e ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) – curativas, individuais, assistenciais e privadas (Amarante, 2003).

Em 1977, o Ministério da Saúde lança o *Plano Integrado de Saúde Mental* (PISAM), mais um documento influenciado pela psiquiatria comunitária. Sua pretensão era oferecer assistência psiquiátrica no nível primário de saúde (Amarante, 2003). O PISAM foi implementado em quase todo o território nacional, mas ofereceu pouca resolubilidade às questões de saúde mental, sendo desativado rapidamente.

Independentemente das tentativas de mudanças e dos tantos relatórios e manuais publicados, a Psiquiatria brasileira continuou entregue aos hospitais particulares, que visavam unicamente o lucro. O processo de privatização da saúde não cessou de crescer e os manicômios se consolidaram como o espaço hegemônico de tratamento aos doentes mentais.

Uma observação e análise sobre a história das políticas de saúde mental brasileiras revelam um quadro desalentador; durante mais de cem anos nossa assistência psiquiátrica teve como marcas principais, a violência, a segregação, a opressão, a superlotação dos hospícios, cenas de abandono e extremo sofrimento físico e mental. Apesar das denúncias, dos discursos contra os manicômios e das tentativas de

transformação, estes continuaram representantes do desrespeito e da indiferença, espaços reprodutores da intolerância, do medo e da exclusão.

A partir dos anos 1980, temos sinais de mudanças e melhoras nesse contexto, o processo de redemocratização política e a eclosão de movimentos sociais trouxeram novos ares às práticas em saúde mental. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Declaração de Caracas (1990), o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, introduziram reflexões mais amplas acerca da realidade assistencial em Saúde Mental, revelando a reprodução da cultura neoliberal pelo sistema manicomial, e o quanto este está arraigado em nossas condutas e práticas. Assim, não basta reformar os manicômios, é preciso reformar a sociedade. É sobre isto que trata o capítulo seguinte.

2. Anos 1980: contexto reformista da saúde

“Mas as coisas e as pessoas são duras à mudança. Embora, é a história que nos confirma, mudanças ocorram”.

Gastão Wagner Campos

Os anos 1980 foram palco dos intensos esforços de profissionais, associações classistas e sindicais, movimentos sociais, organizações populares e partidos políticos de esquerda para efetivar um novo modelo de saúde brasileiro.

As políticas de saúde implementadas durante o Regime Militar haviam demonstrado sua inoperância e deixaram como resultado uma crise financeira na Previdência Social, o enriquecimento dos proprietários dos hospitais privados e a intensificação das críticas ao seu modelo (Paulin & Turato, 2004).

O contexto político brasileiro, fim da ditadura militar e início da “abertura democrática”, favorecia a organização da sociedade civil, a luta pela anistia dos presos políticos e exilados, a criação de novos partidos e organizações políticas, a estruturação e fortalecimento do movimento sindical e as reivindicações por eleições diretas. A essa conjuntura somaram-se as contestações à prática privatista da saúde previdenciária, feita pelos renovados movimentos populares, pelos teóricos e profissionais do campo da saúde.

A mobilização desses atores sociais culminou, ainda em 1979, na elaboração do texto *A Questão Democrática na Área da Saúde*, que abrigava as diretrizes ideológicas do Movimento Sanitário e as primeiras concepções de um Sistema Único de Saúde (SUS). Neste mesmo período, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) divulgou um diagnóstico sobre a assistência psiquiátrica. Este documento – *Assistência*

Psiquiátrica: setores público e privado – serviu de base para a organização do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Amarante, 2003).

O Movimento Sanitário representava uma articulação político-ideológica, de caráter reformador, que propunha a constituição de uma nova política social de saúde. Ansiava-se por uma saúde democrática, equitativa, descentralizada, acessível a toda a população, e não apenas aos contribuintes da Previdência, e, essencialmente, pública.

A crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. A importância é colocada na administração e no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde (Tenório, 2002, p.32).

No setor psiquiátrico, as críticas ao aparato manicomial, fruto das denúncias de violência e abandono de que eram vítimas os pacientes, se direcionam a um novo objeto: os pressupostos ideológicos, políticos, econômicos e sociais que sustentam e legitimam o saber psiquiátrico e sua prática iatrogênica.

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar-segregador, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental (Tenório, 2002, p.34).

Para enfrentar essa situação de crise e contestação, o Estado propôs algumas alternativas, tais como o PREV-SAÚDE – que defendia a criação de um modelo

sanitarista regionalizado, integrado e hierarquizado de saúde –, e o CONASP⁵ (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária). Este ficou conhecido pela elaboração dos planos de reorientação da saúde, dentre os quais se destaca o *Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Âmbito da Previdência Social*, em 1982, cuja implantação deveria ser feita pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

Embora não rompesse com o aparato manicomial, este plano significou um avanço para o período em questão, pois ressaltava a necessidade de um redimensionamento para a questão do adoecimento psíquico, propondo o estabelecimento de uma assistência em saúde mental que priorizasse os serviços extra-hospitalares, a formação de equipes multiprofissionais e o desenvolvimento de ações no nível primário. Os dispositivos comunitários deveriam ser utilizados como recursos intermediários entre o ambulatório e o hospital psiquiátrico e as internações só ocorreriam quando o paciente representasse risco para si ou para terceiros (Jorge & França, 2001).

De acordo com esta proposta surgem os ambulatórios extramuros, localizados fora dos hospitais psiquiátricos e desvinculados dos mesmos, entretanto, a estrutura ambulatorial acabou por revelar-se ineficiente (Goulart, 2006).

A partir dessas estratégias surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS), “(...) que, mesmo timidamente, começaram a romper com o antigo modelo, propondo a descentralização e hierarquização dos serviços de saúde e a universalização do atendimento, a participação social.” (Amarante, 2003, p. 16).

No período da Nova República, a partir de 1985, as AIS serviram de eixo para o novo modelo descentralizado de saúde que surgia. As propostas da Reforma Sanitária

⁵ O CONASP foi criado em 1981, objetivando enfrentar a crise previdenciária brasileira.

são reconhecidas oficialmente pelo Ministério da Saúde e o sistema previdenciário de saúde começa a ser substituído. Os “reformistas” passam a participar da formulação e gestão dos serviços e das políticas públicas em saúde (Tenório, 2002).

Reforçando essa contextura reformista, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, propondo a saúde como direito de todos e dever do Estado. Este evento trouxe importantes inovações, sendo uma delas a participação popular, iniciada nas pré-conferências municipais e estaduais, na definição das prioridades em saúde.

A 8ª Conferência contribuiu, inegavelmente, para o debate dos temas e propostas de reorganização da saúde brasileira que nortearam a posterior criação do Sistema Único de Saúde. Foram as discussões de conceitos como, por exemplo, a noção ampliada de saúde, a universalização do acesso e a democratização da assistência, “(...) que implicaram uma nova visão de Estado (como promotor de políticas de bem-estar social) e uma nova visão de saúde (como sinônimo de qualidade de vida).” (Amarante, 2003, p.43).

A realização da 8ª Conferência provocou a promoção de outros eventos, inclusive na área de Saúde Mental. Mesmo sem o apoio do Ministério da Saúde, profissionais, usuários e participantes de organizações sociais se mobilizaram para efetivar conferências de saúde mental em diversos estados e municípios brasileiros. Pressionado por essa mobilização, o Ministério da Saúde autorizou a I Conferência Nacional de Saúde Mental, promovida em 1987, no Rio de Janeiro.

Este evento teve como principais encaminhamentos o combate à psiquiatrização da ordem social, o incentivo à participação popular na elaboração das políticas de saúde mental, a valorização de ações de promoção à Saúde Mental e a priorização de investimentos aos serviços extra-hospitalares.

Em 1987, dando continuidade ao programa das AIS, o Decreto 94.657 criou os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que ampliaram as possibilidades de universalização do acesso à saúde para todos os cidadãos. Além das diretrizes já anunciadas pelas AIS, o SUDS propunha a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços, a organização dos distritos sanitários e a formação dos conselhos de saúde (Amarante, 2003).

Os SUDS, apesar de representarem um esforço rumo à criação do Sistema Único de Saúde, repercutiram timidamente no campo da atenção psiquiátrica: os manicômios privados mantiveram seu *status quo* e os pacientes continuaram desassistidos, tendo a internação como principal (e talvez único) recurso de tratamento.

A consolidação das reivindicações de transformação da saúde brasileira é alcançada com a promulgação da Constituição de 1988, que instituiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Produto de um processo social que pretendia mudanças nas práticas sanitárias, o SUS é articulado por três eixos: o político, o tecnológico e o ideológico (Mendes, 1993). É regido pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, e está organizado segundo as seguintes diretrizes: regionalização, hierarquização, resolutividade e descentralização⁶.

Além do texto de 1988, o SUS é regulamentado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, denominadas Leis Orgânicas de Saúde, que reforçavam o processo de municipalização da atenção à saúde. Tal processo se operacionaliza nas Normas Operacionais Básicas (NOBs), de 1996; e na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de 2001. As NOBs disciplinavam o financiamento para os prestadores

⁶ A definição dos princípios e diretrizes pode ser encontrada em Mendes, 1993; Sório & Vilela, 1995; Mendes, 1994; Cecílio, 1994.

públicos e privados, e ampliou a autonomia dos gestores locais. As NOAS definiam as responsabilidades dos municípios quanto à regionalização da assistência e expansão da atenção básica (Amarante, 2003).

O SUS, apesar de orientado pelo paradigma da promoção da saúde e por uma visão ampliada do processo saúde/doença, tem demonstrado um modo de funcionamento burocrático, enfatizando, muitas vezes, o número de consultas realizadas em detrimento de ações promocionais à saúde da população. A tão esperada democratização da assistência e universalidade do acesso ainda não foram totalmente efetivadas. Como forma de superar essa questão e aproximar os serviços da população usuária, dois programas assistenciais foram implantados na década de 1990 objetivando reorganizar a atenção básica, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) ⁷.

Inúmeros desafios se colocam ante ao campo da saúde mental no SUS. Ao adotar o paradigma da Reforma Psiquiátrica, o SUS conseguiu expandir a atenção em Saúde Mental a partir da criação de novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Avanços significativos foram alcançados, os hospitais psiquiátricos perderam muito de sua hegemonia e atualmente se delineiam novas possibilidades assistenciais para o setor. Isto se deve, principalmente, à luta de trabalhadores, usuários e familiares em busca de uma assistência mais humana. É sobre esta história que falaremos adiante: a Reforma Psiquiátrica brasileira e o Movimento da Luta Antimanicomial.

⁷ Sobre o PACS e PSF, ver: Mendonça, 2004; Nunes, Trad, Almeida, Homem & Melo, 2002; Trad & Bastos, 1998; Trad, 1999; .

3. A Reforma Psiquiátrica brasileira

“Não pode haver avanço cultural, político e social sem conflito. O conflito é democrático, é esclarecedor e é necessário. Uma das desgraças da herança cultural brasileira é essa mania das pessoas dizerem que querem chegar a um acordo. Que chegar a acordo coisa nenhuma! Temos que radicalizar as idéias para as pessoas compreenderem. Então o conflito é necessário”.

David Capistrano C. Filho

O que significa Reforma Psiquiátrica? Para se entender melhor esta questão é preciso saber que a Psiquiatria passou por algumas reformas desde sua constituição enquanto disciplina médica. Como afirma Tenório (2002, p.27), “a ciência psiquiátrica nasceu como reforma”.

As tentativas históricas de transformar a Psiquiatria, ocorridas no período pós Segunda Guerra Mundial, costumam ser organizadas em três grupos distintos (Amarante, 1995; Amarante, 1996; Desviat, 1999). O primeiro deles é representado pela Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, que objetivavam, através dos avanços científicos, utilizar o espaço asilar para curar o louco. O segundo grupo apontava a inoperância do manicômio no cuidado aos doentes mentais, pretendia prevenir e promover a Saúde Mental. Como exemplos deste grupo estão a Psiquiatria de Setor (França) e a Psiquiatria Comunitária ou Preventivista (EUA). O terceiro grupo representa as críticas formuladas contra os pressupostos epistemológicos que legitimam os saberes e as práticas psiquiátricas, nele se encontram a Antipsiquiatria e a experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana.

Tenório (2002) aponta que no Brasil, desde o início do século XX, já se vê uma das primeiras tentativas de “reforma” com a disseminação do modelo das colônias

agrícolas; durante o Governo Vargas há a consolidação do manicômio público, gerido pelo Estado; nos anos 1960/70 pensava-se em reformar a assistência psiquiátrica a partir das teorias da Psiquiatria Preventivista e Comunitária.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, como é atualmente denominada, é um movimento iniciado no final dos anos 1970, quando eclodiram os primeiros núcleos contestadores da assistência psiquiátrica hospitalar praticada no Brasil (Paulin & Turato, 2004). As críticas, anteriormente direcionadas à humanização do asilo, agora passam a ser feitas contra os pressupostos da Psiquiatria.

No Brasil, que atravessava um período político de redemocratização, a luta do Movimento da Reforma Psiquiátrica incidirá, principalmente, sobre a conquista da cidadania do paciente psiquiátrico (Tenório, 2002; Medeiros & Guimarães, 2002).

A principal referência teórica e prática para a pretendida Reforma Psiquiátrica brasileira foi o processo de Reforma italiano, conduzido por Franco Basaglia⁸. A influência da Reforma italiana foi fundamental para a experiência brasileira, pois em decorrência daquela ampliaram-se os escopos das propostas que eram aqui formuladas. Nesse sentido Amarante define que,

(...) o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica brasileira não se reduziu ao objetivo de apenas tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade (Amarante, 2003, p.58).

⁸ Franco Basaglia liderou a formação do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, simbolizado pelo processo de desmontagem do Hospital Psiquiátrico de Gorizia (de 1961 a 1968) e a reforma da assistência psiquiátrica em Trieste (de 1971 a 1979). Tais experiências resultaram na aprovação da *Lei 180* – mais conhecida como *Lei Basaglia* –, em 1978, que decretava a extinção dos manicômios e sua substituição por uma rede ampliada de cuidados em saúde mental.

A Reforma brasileira se propôs realizar um amplo processo de transformação da sociedade na sua relação com a diferença, com a loucura, com o diferente. Por isso, seu objetivo se expande além das dimensões técnicas e administrativas, e não se atém a uma mera humanização dos serviços. O que agora se pretende é “desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização” (Tenório, 2002, p.35).

3.1. Processo de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira

Amarante (1995) assinala como marco deflagrador da Reforma Psiquiátrica brasileira, a crise ocorrida na então Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em 1978, que, além de provocar debates sobre a assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos, foi responsável pela criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

A crise nos hospitais da DINSAM foi causada pelas denúncias de violências, mortes, violação dos direitos humanos e pelas reivindicações por melhores condições de trabalho feitas por profissionais e estagiários. O fato alcançou repercussão nacional e provocou a mobilização dos trabalhadores em saúde e integrantes de movimentos sociais, que adotaram uma atitude mais crítica quanto às políticas hospitalocêntricas que dominavam a assistência psiquiátrica brasileira.

Ainda em 1978, durante a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, o MTSM se reuniu e aproveitou a realização do evento para organizar o movimento em nível nacional. A oportunidade serviu para que se reforçassem as críticas ao modelo manicomial e ao Regime Militar, e para o fortalecimento dos movimentos em Saúde

Mental que começavam a despontar. Em 1979, o MTSM realizou o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.

Derivadas do MTSM surgiram duas outras organizações de trabalhadores em Saúde Mental (Vasconcelos, 1992). Uma delas foi a Articulação dos Coordenadores de Saúde Mental, composta por líderes do MTSM que assumiram cargos administrativos nas esferas municipal, estadual e federal. Apesar de haverem tentado implantar propostas reformistas, não obtiveram sucesso, pois esbarraram na burocratização e conservadorismo do Estado. A outra foi o Movimento da Luta Antimanicomial, surgido a partir de 1987, como crítica ao próprio MTSM. A Luta Antimanicomial assumiu uma abordagem mais radical ao propor o fim do aparato manicomial, condenando-o veementemente. Seu lema é: “Por uma sociedade sem manicômios”.

A segunda metade da década de 1980 ficou conhecida pela efervescência no campo da Saúde Mental brasileira, período em que ocorreram importantes fatos decisivos para os rumos da assistência psiquiátrica nacional.

Em junho de 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocasião em que foi debatida a necessidade de envolvimento da sociedade na elaboração das políticas de Saúde Mental e de construção de serviços extra-hospitalares. Tenório (2002) aponta a I Conferência Nacional de Saúde Mental como evento demarcador do início do processo de transformação das práticas de cuidado no cotidiano das instituições.

Em dezembro deste mesmo ano ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que, dentre outras deliberações, instituiu o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Ainda em 1987, foi criado o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, o primeiro CAPS, na cidade de São Paulo.

Em 1989, o Movimento da Reforma Psiquiátrica ganha alcance nacional quando a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) intervém sobre a Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico particular que contabilizava um histórico de violências, superlotação e mortes dos pacientes internados (Salles, Pereira, Sampaio & Santos, 1993). A repercussão deste fato possibilitou a criação de serviços substitutivos de saúde mental no município de Santos, gerando um processo de transformação da assistência e inaugurando o famoso Programa de Saúde Mental de Santos.

A partir da intervenção da Secretaria Municipal de Saúde, a Casa de Saúde Anchieta foi sendo “desmontada” e substituída por uma rede de serviços formada por Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Unidade de Reabilitação Psicossocial, Centro de Convivência, Lar Abrigado e Pronto-socorro Psiquiátrico (Amarante, 2003).

A experiência de Santos, marco da Reforma Psiquiátrica brasileira, inaugurou uma nova fase na assistência psiquiátrica nacional, pois, a partir dela, diversos estados e municípios se mobilizaram para a criação de serviços substitutivos e o debate sobre as questões relativas à Saúde Mental ganhou maior visibilidade.

No campo legislativo, como resultado desse processo, em 1989 o deputado Paulo Delgado apresentou à Câmara Federal o Projeto de Lei 3.657/89, que visava a regulamentação dos direitos do doente mental, a extinção dos manicômios e a destinação de financiamento para a construção de serviços extra-hospitalares.

O projeto tramitou durante 12 anos no Congresso Nacional, sendo aprovado somente em abril de 2001. O atraso na aprovação do projeto se deveu, dentre outros motivos, ao *lobby* financiado pelos proprietários dos hospitais psiquiátricos privados, que temiam perder seus privilégios e lucros com a exploração da loucura.

As discussões geradas pelo projeto de lei de Paulo Delgado desencadearam a aprovação de leis estaduais e municipais favoráveis à Reforma Psiquiátrica em todo o Brasil.

Ao se falar nos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial é necessário se reportar a alguns conceitos que são importantes para a compreensão do ideário subjacente aos mesmos e que representa, acima de tudo, uma mudança paradigmática nos conceitos de saúde, doença, loucura, cidadania e assistência.

3.2. Conceitos relativos à Reforma Psiquiátrica

Tenório define a Reforma Psiquiátrica brasileira como um “campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si.” (Tenório, 2002, p. 28).

Segundo este autor, há duas vertentes de Reforma que, embora geradas em campos opostos, hoje atuam de forma complementar: uma delas objetiva repensar a clínica como o espaço tradicionalmente reconhecido por lidar com a loucura; a outra vertente defende justamente a superação do modelo clínico, pois acredita que este “impõe necessariamente ao louco um lugar de negatividade.” (Tenório, 2002, p.28).

Amarante (2003) denomina a Reforma Psiquiátrica brasileira de “processo social complexo”, de caráter dinâmico e plural, composto por três princípios éticos: inclusão, cidadania e solidariedade. O autor afirma também que a mesma é realizada em quatro dimensões⁹ articuladas e complementares entre si:

⁹ As dimensões, aqui definidas de forma separada, estão assim organizadas apenas com fim didático, visando facilitar o entendimento sobre as mesmas. Mas, fique claro que no plano prático, elas se confundem e se articulam, formando um todo fluido.

1. Dimensão teórico-conceitual: diz respeito às reflexões e questionamentos sobre os conceitos nos quais se fundam o saber e a prática psiquiátrica. Ou seja, a pretensão é *desconstruir* (entendendo desinstitucionalização como desconstrução) conceitos, normas, crenças e idéias acerca do que é doença mental, Saúde Mental, normalidade, patológico, cura, loucura, função terapêutica do hospital psiquiátrico. A noção de Saúde Mental introduzida pela Psiquiatria Preventivista e Comunitária é posta em discussão, pois remete à oposição saúde/doença. Segundo o paradigma da Reforma não há essa oposição, mas uma relação de interação onde saúde e doença são aspectos da vida.

2. Dimensão técnico-assistencial: discute os aspectos relativos à concretização das novas propostas de assistência, ou seja, os recursos humanos e financeiros, e as formas de atendimento e tratamento que devem orientar as práticas em Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica afirma que, além da Psiquiatria, diversos saberes podem contribuir para a compreensão da loucura, portanto, propõe a formação de equipes interdisciplinares (compostas por psicólogos, assistentes sociais, médicos, músicos, arte-educadores, educadores físicos e outras categorias) no exercício das ações de cuidado.

3. Dimensão jurídico-política: a Reforma Psiquiátrica problematiza as noções de periculosidade, incapacidade e irresponsabilidade que a Psiquiatria tradicional vincula ao fenômeno da loucura e questiona o estatuto de inimputável atribuído ao louco. No plano jurídico foram conseguidos avanços através da promulgação de leis, cuja mais significativa é a Lei 10.216/2001, e portarias que regulamentam e asseguram o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

4. Dimensão sócio-cultural: esta, talvez, seja a mais audaciosa das dimensões apresentadas por Amarante (2003), pois objetiva uma intervenção cultural, uma

mudança nas crenças, preconceitos e representações que a sociedade tem acerca da doença mental. Como diz o próprio autor, trata-se de “transformar o imaginário social” sobre a loucura.

A Reforma Psiquiátrica propõe, como substituto ao modelo psiquiátrico clínico tradicional, o modelo da Atenção Psicossocial. Este modelo interpela a visão social do louco como um ser alienado e sem razão, e o compreende como sujeito, com deveres e direitos, como cidadão. Um sujeito “compreendido na sua *existência-sofrimento de sujeito em sua relação com o corpo social* (...). Sujeito capaz de conquistar níveis de autonomia e emancipação para organizar sua vida; para se tornar protagonista de sua própria vida.” (Amarante, 2003, p. 62).

A visão do louco como sujeito implica na construção de novas formas de cuidado, que não estão dadas a princípio, mas que, justamente, precisam ser construídas na relação entre quem cuida e quem é cuidado. Assim, o louco não é apenas objeto de cuidado, posto em posição passiva, ele é também cuidador, um ser ativo. Uma nova concepção de cuidado significa o respeito às diferenças e aos projetos de vida das pessoas, considerando a interação delas com o mundo, com a cultura, com a família, o trabalho.

A partir disso a concepção de ação terapêutica ganha um novo sentido, sendo deslocada da noção de cura presente no discurso médico, na prescrição de medicamentos e na psicoterapia. A ação de alcance terapêutico passa a ser promovida no encontro entre as pessoas, no encontro com a diversidade, na produção de autonomia, desejos e liberdade, no estabelecimento de relações de solidariedade, confiança e acolhimento.

Daí Amarante (2003) definir que a Reforma Psiquiátrica introduz o termo “inventar saúde”, que se refere à negação do pensamento biologicista que afirma saúde

como estabilidade, manutenção de um bem-estar, normalidade. “Inventar saúde” é investir na plasticidade e desenvolvimento de potencialidades, “é um trabalho de implicações antes de tudo filosóficas, éticas, existenciais que se inicia com a desmistificação de que exista **UMA** saúde a ser implantada e concedida (como gesto “benevolente”) a alguém.” (Paulon, 1997, p.03).

Como foi apontado acima, a Reforma Psiquiátrica não pretende transformar apenas as estruturas assistenciais e as práticas de cuidado, mas produzir novos saberes. Este investimento no campo teórico gerou novos conceitos e novas formas de se pensar as questões concernentes à Saúde Mental. Nesse sentido, entendemos que três termos – usuário, território e desinstitucionalização – evidenciam as rupturas conceituais pretendidas.

A designação das pessoas com sofrimento psíquico como *pacientes* é rejeitada, pois este termo indica uma posição de passividade, referente aos que não têm voz nem razão. A proposta é que eles sejam reconhecidos como usuários, como sujeitos da sua história de vida, como agentes críticos da Reforma, capazes de decidirem sobre seu tratamento. O termo usuário passa a ser utilizado a partir da elaboração da Carta de Direitos dos Usuários de Serviços de Saúde Mental, surgida nos debates e discussões advindas dos encontros e congressos das associações de usuários e familiares (Amarante, 2003). Os Movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial reconhecem os usuários e seus familiares como protagonistas do processo de reorganização e reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira.

As noções de *comunidade* e *setor* (provenientes da Psiquiatria Comunitária Norte-Americana e da Psiquiatria de Setor Francesa, respectivamente) são questionadas, sendo substituídas pelo conceito de território. O território não é definido pela área geográfica, nem é reconhecido como o bairro, a vizinhança, o distrito, a cidade, a

região, a comunidade. Ele é definido como o espaço onde as pessoas constroem seus referenciais afetivos, onde os sentimentos, sensações, sofrimentos, são acolhidos, escutados. Pitta (2001) nomeia o território como um “espaço suporte”, definindo-o dessa forma:

Território é, sem dúvida, um espaço humano socialmente selecionado para a vida e a sobrevivência de um sistema no interior do qual uma prática social se faz, e, é a noção de territorialidade no sentido mais subjetivo, mais fenomenológico, com todos os que nele habitam e/ou transitam, seus signos e significados, a melhor nomeação para um terreno sobre o qual uma rede de iniciativas múltiplas agenciam cuidados de saúde e inclusão social (p. 18).

O conceito de desinstitucionalização é, costumeiramente, associado à idéia de desospitalização e desassistência. O entendimento de desinstitucionalização como desospitalização advém dos EUA, especificamente da Psiquiatria Comunitária e Preventiva, onde foi utilizado para designar as estratégias de desospitalização dos doentes mentais formuladas pelo Plano de Saúde Mental durante o Governo Kennedy (Amarante, 1996). Esta concepção não questiona o saber psiquiátrico nem o manicômio. Seu foco está voltado para questões administrativas, expressas em estratégias racionalizadoras, como diminuição de gastos com internação, redução do número de leitos e de tempo de internação.

A desinstitucionalização como desassistência é um dos argumentos usados pelos setores contrários a Reforma Psiquiátrica, que afirmam que a desinstitucionalização denota o abandono e desamparo dos doentes, ou seja, os hospitais psiquiátricos seriam fechados e estas pessoas ficariam sem cuidados médicos. Esta interpretação equivocada visava impedir a reestruturação da atenção em Saúde Mental defendida pela Reforma, seja por resistência à conquista da cidadania pelos sujeitos interditados pela Psiquiatria

ou porque lucravam com o sofrimento destas pessoas, como é o caso, por exemplo, dos proprietários de hospitais e da indústria farmacêutica.

O modelo de atenção psicossocial, proposto pela Reforma Psiquiátrica, atribui um significado diferente dos acima descritos ao conceito de desinstitucionalização, compreendendo-o como desconstrução. Esta concepção é derivada das proposições organizadas por Franco Basaglia, que foram constituídas a partir das noções de institucionalização e poder institucionalizante (Amarante, 1996). Nesse contexto, o conceito de desinstitucionalização nasce do reconhecimento de que a institucionalização produz mais sofrimento, dano e alienação, não tendo nenhuma eficácia terapêutica comprovada. Além de elaborar a crítica à construção epistemológica da Psiquiatria, propunha-se a negação e suplantação do modelo positivista dominante no cenário científico por um projeto ético de invenção de saberes, práticas e da própria realidade. Para melhor exemplificar, cito Amarante:

A desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se numa dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É uma manifestação ética, sobretudo, se exercitada no sentido do reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas, e inventa, prática e teoricamente, novas possibilidades de reprodução social destes mesmos sujeitos (Amarante, 1996, p.121).

A partir do início dos anos 1990 o projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira se consolida e é assumido como política oficial para o campo da Saúde Mental pelo Ministério da Saúde. É iniciada a proposta de reestruturação da atenção em Saúde Mental e serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico como CAPS, centros de convivência, residências terapêuticas e ambulatórios são implementados.

4. Anos 1990: reestruturação da atenção em Saúde Mental

“Como fazer, agora, para libertar da psiquiatria os loucos?”

Ana P. Melo

O contexto sócio-político e econômico dos anos 1990 foi marcado pela adoção de medidas baseadas no modelo neoliberal: privatização de órgãos estatais, abertura da economia, redução dos investimentos sociais. A consequência disso foi o agravamento das desigualdades sociais, do número de desempregados e a instalação de um quadro de recessão econômica. Daí, surgem os programas de cunho assistencialista, que incentivam as ações de voluntariado, e, com isso, buscam desresponsabilizar o Estado dos investimentos no campo social.

Estratégias desse tipo, nas quais organismos não-estatais oferecem serviços sociais (como educação, lazer e saúde), fazem parte do chamado “setor público não-estatal”, inserindo-se num processo denominado de “publicização” (Noronha & Soares, 2001).

Noronha e Soares (2001), avaliando as políticas de saúde brasileiras nos anos 1990, apontam que houve um “retrocesso no processo de construção de um projeto de Proteção Social para o Brasil que foi inscrito na Constituição de 1988.” (p. 446). Essa inflexão do setor saúde é resultado, dentre outros fatores, do que se convencionou chamar de reformas estruturais. Isso se justifica porque é na área da saúde, tradicionalmente sensível às questões econômicas, que se explicitam as restrições e limites impostos pelas medidas de ajuste fiscal.

Foi nesse contexto conturbado que começaram a se desenvolver os primeiros projetos de construção de uma nova assistência em Saúde Mental, baseada no modelo psicossocial.

Decorrente da realização da Conferência de Caracas (1990) – evento convocado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) –, é redigida a *Declaração de Caracas*, documento que determina a reorganização da assistência psiquiátrica a partir da substituição dos manicômios por uma rede de serviços comunitários em Saúde Mental. A Declaração de Caracas foi assinada por diversos países latino-americanos, entre os quais, o Brasil. Assim, a partir da década de 1990, o Ministério da Saúde assume como política oficial para o campo da Saúde Mental, o compromisso de reestruturar a assistência psiquiátrica.

Em 1992 realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como tema “A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: Modelo Assistencial/ Direito à Cidadania”. Neste evento foram reafirmadas as propostas de criação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, sob a lógica da desinstitucionalização.

Seguindo as proposições da *Declaração de Caracas*, da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e do Movimento da Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde iniciou a constituição de uma rede diversificada de serviços territoriais, de atenção diária e substitutiva ao sistema asilar, composta por CAPS, NAPS, hospitais-dia, ambulatórios especializados, centros de convivência e lares abrigados.

Nesse momento, objetivando organizar o processo de expansão e o modo de funcionamento de tais serviços – que eram principalmente os NAPS, CAPS e hospitais-dia – são lançadas as Portarias nº 189/1991 e nº 224/1992. A Portaria nº189/1991 regulamenta as internações psiquiátricas; o tratamento em hospital-dia, NAPS e CAPS, as atividades grupais conduzidas por profissional de nível médio e superior, as oficinas terapêuticas e as visitas domiciliares. A Portaria nº224/1992 define as normas para o atendimento em Saúde Mental, segmentando-o em dois grupos: 1. Ambulatorial – prestado pelas unidades básicas, centros de saúde, ambulatórios, núcleos e centros de

atenção psicossocial; 2. Hospitalar – correspondente aos hospitais-dia, leitos e urgência psiquiátrica em hospital geral e hospital psiquiátrico. Essas portarias regulamentavam os novos serviços, mas não direcionavam um financiamento específico aos mesmos, por isso, os hospitais psiquiátricos continuaram recebendo a quase totalidade das verbas em Saúde Mental.

Em 1993, o governo brasileiro cria a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, responsável pela organização da política em Saúde Mental. Também neste ano ocorre o primeiro evento nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, que passa a ser realizado a cada dois anos (Rosa, 2006).

O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 159/1995, aprova a criação do Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), que visava oferecer suporte aos sujeitos com mais de 5 anos de internação psiquiátrica e que não deveriam permanecer no hospital. O PAD seria subsidiado através de uma verba extraída do valor corresponde à metade de uma AIH¹⁰ (Autorização de Internação Hospitalar). Este dinheiro seria utilizado para o sustento dessas pessoas, sendo repassado a alguém responsável por elas, ou seja, um possível cuidador, que poderia ou não ser um familiar. O PAD sofreu restrições jurídicas e não foi concretizado (Rosa, 2006). O problema dessa proposta é que ela fere o direito à autonomia e se revela contrária ao exercício da cidadania, pois julga que o ex-interno é incapaz de lidar com o dinheiro e demais questões referentes à sua vida.

Mesmo enfrentando desafios e dificuldades em relação ao financiamento, recursos materiais e humanos, o número de dispositivos extra-hospitalares evoluiu. Em

¹⁰ A Autorização de Internação Hospitalar é o instrumento para solicitação de internação do paciente. Deve conter a identificação deste, os dados de anamnese, exames e as justificativas para a internação, além da identificação do médico solicitante (número do CPF e do Conselho Regional de Medicina).

1990 havia apenas 12 CAPS e ao final da década estes já somavam 179. A criação desses novos serviços não garante que haja uma real acessibilidade da população aos mesmos, tampouco revela a qualidade da assistência que é prestada. Mas, ainda assim, são muito importantes para o contexto da desinstitucionalização, pois as conquistas alcançadas neste período repercutiram para os anos 2000 e hoje se tem a conformação de uma rede de serviços que, gradativamente, vem substituindo o aparato asilar.

No ano 2000 são promulgadas as Portarias nº 106 e nº 1.220, que dispõem sobre a implantação dos serviços residenciais terapêuticos, que são casas destinadas a acolher os ex-moradores dos hospitais psiquiátricos (Tenório, 2002; Rosa, 2006).

Em 2001 é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, tendo como tema “Cuidar sim, excluir não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Este também foi o tema adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ao decretar 2001 como o ano dedicado à Saúde Mental.

Nesse contexto comemorativo é aprovada em 06 de abril de 2001 a Lei nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, originada do Projeto nº 3.657/1989 do deputado Paulo Delgado. No decorrer dos 12 anos em que tramitou no Congresso Nacional, algumas propostas de amenização do texto de Paulo Delgado foram sugeridas, como por exemplo, o substitutivo apresentado pelo senador Lucídio Portella, que defendia os hospitais psiquiátricos como principal recurso assistencial. Em razão desses embates políticos, a Lei nº 10.216 foi sancionada com modificações em relação ao texto original.

Em 2002 é sancionada a Portaria nº 251, que “estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em Psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos,

define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.” (Brasil, 2004).

Os serviços tipo CAPS, a partir do lançamento da Portaria nº 336/2002, foram renomeados segundo o nível de complexidade e abrangência populacional a que se destinam, recebendo, ainda, uma denominação específica quando direcionados à infância e adolescência e ao tratamento da dependência química. Assim, há 5 modelos de CAPS: CAPS I (para municípios com 20.000 a 70.000 habitantes); CAPS II (para municípios com 70.000 a 200.000 habitantes); CAPS III (para municípios com mais de 200.000 habitantes); CAPSi II (atende crianças e adolescentes); CAPSad II (atende pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas) (Brasil, 2004).

Apesar dos problemas e dificuldades enfrentadas, são visíveis os avanços conseguidos pelo processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Obviamente muito há que se fazer ainda, mas o resgate das mudanças positivas estimula a continuidade desse processo. É sobre isso que trata o item seguinte.

4.1. Os avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica brasileira

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo ainda em curso e embora se possa delimitar os acontecimentos que a tornaram possível, não se pode afirmar que a mesma já tenha sido completamente efetivada. Obviamente que houve avanços em relação à transformação do aparato asilar, das práticas de cuidado no campo da Saúde Mental e da luta contra a estigmatização da loucura, no entanto, desafios se apresentam constantemente e necessitam serem enfrentados.

A política de Saúde Mental brasileira enfrenta difíceis questões, e a principal delas talvez seja a restrição do processo de Reforma Psiquiátrica a uma simples

transformação do modelo assistencial. É inegável que a mera substituição da atenção centrada no hospital para uma que priorize os serviços extra-hospitalares, não garante a concretização dos princípios norteadores da Reforma. O manicômio não se restringe ao espaço físico das celas-fortes, aos castigos, violências, à concreticidade das paredes, ele está presente difusamente em toda a sociedade, nos serviços e trabalhadores de saúde e saúde mental, nos próprios usuários, nas famílias destes, nos centros acadêmicos e em tantos outros lugares.

A lógica manicomial não é exclusiva aos manicômios, ela também está presente nos serviços substitutivos, nas pessoas, em cada um de nós, sendo expressa sempre que manifestamos nossos “desejos de manicômio” (Machado & Lavrador, 2001), de excluir, de segregar, de negar o diferente nos outros e em nós mesmos.

Não se pode esquecer que a Reforma insere-se num projeto mais ambicioso, mais ousado, de caráter ético e de defesa dos direitos dos sujeitos. Pretende suscitar questionamentos e reflexões acerca da representação secular que a Psiquiatria forjou e divulgou sobre a loucura e o louco, onde não se vê saúde nas pessoas, apenas doenças, morbidez. A Reforma Psiquiátrica, o Movimento da Luta Antimanicomial, os usuários e seus familiares, ambicionam revolucionar a maneira reacionária com que a sociedade construiu (e constrói) sua relação com a diferença, esteja ela estampada na figura do negro, do pobre, do feio, do homossexual ou do doente mental.

Questionar a exclusão não é o mesmo que incluir, pura e simplesmente. Assim, ‘fazer caber’ o louco na cultura é também ao mesmo tempo convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento, reinventando ela também seus limites. Uma sociedade não tem como desconstruir seus manicômios permanecendo intocada em sua estruturação: pensar, propor, sustentar formas de contrato social nas quais não seja mortífera a presença da loucura, é

algo que faz parte de uma clínica antimanicomial (Lobosque, 1997, p. 23).

A reorganização da atenção em Saúde Mental brasileira desenvolveu-se assimetricamente, cada estado brasileiro tem uma história peculiar de reforma. Há estados onde ela ocorreu mais fortemente nos municípios do interior (como aconteceu em Santos/SP, Sobral e Quixadá/CE), em outros, o movimento se deu da capital para o interior (caso de Natal/RN).

O movimento da Reforma Psiquiátrica tem avançado nos mais diversos campos de atenção, não estando restrita apenas ao setor saúde, mas encampanando vitórias no campo jurídico, cultural e assistencial. De forma a melhor exemplificar tais conquistas, elas estão enumeradas abaixo:

1. Atenção Básica: priorizando a noção de território e as diretrizes da promoção da saúde e desinstitucionalização, equipes de saúde da família (do PSF e PACS) têm procurado trabalhar conjuntamente com equipes de saúde mental no enfrentamento das demandas que chegam à atenção básica. Exemplos bem sucedidos de experiências desse tipo – realizadas em São Paulo, Pernambuco, Ceará e Minas Gerais – são descritas no livro *Saúde Loucura – Saúde Mental e Saúde da Família (nº 07)*, organizado por Lancetti (2001). Atualmente, o Ministério da Saúde tem pensado em viabilizar o projeto de Apoio Matricial¹¹, como uma estratégia de articulação entre a saúde mental e a atenção básica.
2. Hospital Geral: o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, atualmente 2.037, tem aumentado; contudo, ainda são muito poucos se comparados aos existentes em hospitais psiquiátricos, que totalizam 40.524 leitos no SUS (Brasil, 2006).

¹¹Ver Brasil (2005), Saúde Mental e Atenção Básica - O Vínculo e o Diálogo Necessários.

3. Trabalho: o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego, tem realizado experiências de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais e pessoas com dependência química. Estas iniciativas têm sido concretizadas através de grupos de produção, programas de trabalho assistido, cooperativas, oficinas, ONGs e associações de usuários. Estão presentes em todos os estados da região Sul e Sudeste, e também nos estados de Tocantins, Alagoas, Bahia, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Distrito Federal, Goiás e Mato Grosso do Sul, totalizando 230 iniciativas (Brasil, 2006).
4. Moradia: como recurso aos usuários com longo tempo de internação e que perderam os vínculos familiares e comunitários, têm sido implantadas as residências terapêuticas. Segundo dados da Coordenação de Saúde Mental do Brasil (2006), existem 426 residências terapêuticas em todo o Brasil e mais 71 em fase de implantação, abrigando 2.148 sujeitos. A região Norte é a única que ainda não dispõe desse tipo de equipamento. Buscando incentivar este projeto, foi criado o programa “De Volta Para Casa”, regulamentado pela Lei nº 10.708/2003, que destina o valor de R\$ 240,00 como auxílio-reabilitação aos egressos de hospitais psiquiátricos assistidos pelas residências terapêuticas.
5. Legislação: além da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, desde 1992 diversos estados brasileiros – como o Ceará, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Distrito Federal – têm aprovado leis para regulamentar a assistência em Saúde Mental.
6. Cultura: atingir o plano cultural, provocando na sociedade uma nova forma de convivência com a loucura, mais saudável, humana, digna, respeitando as diferenças e singularidades dos sujeitos, é uma das tarefas mais ousadas (e

necessárias) a que se tem proposto o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira. Desde os anos 1990 têm sido criadas iniciativas que permitam a circulação das pessoas com sofrimento psíquico nos espaços sociais, dissolvendo as fronteiras que separam os loucos dos sãos e que segregam os primeiros aos “guetos ‘alternativos’ de expressão” (Alves & Guljor, 2006, p.234). Como exemplos de experiências bem sucedidas existem os grupos musicais Cancioneiros e Harmonia Enlouquece, no Rio de Janeiro; a Rádio TAM-TAM e o Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) Parque Ibirapuera, em São Paulo. Hoje existem cerca de 36 Centros de Convivência e Cultura no Brasil, mas, infelizmente todos estão localizados na região Sudeste.

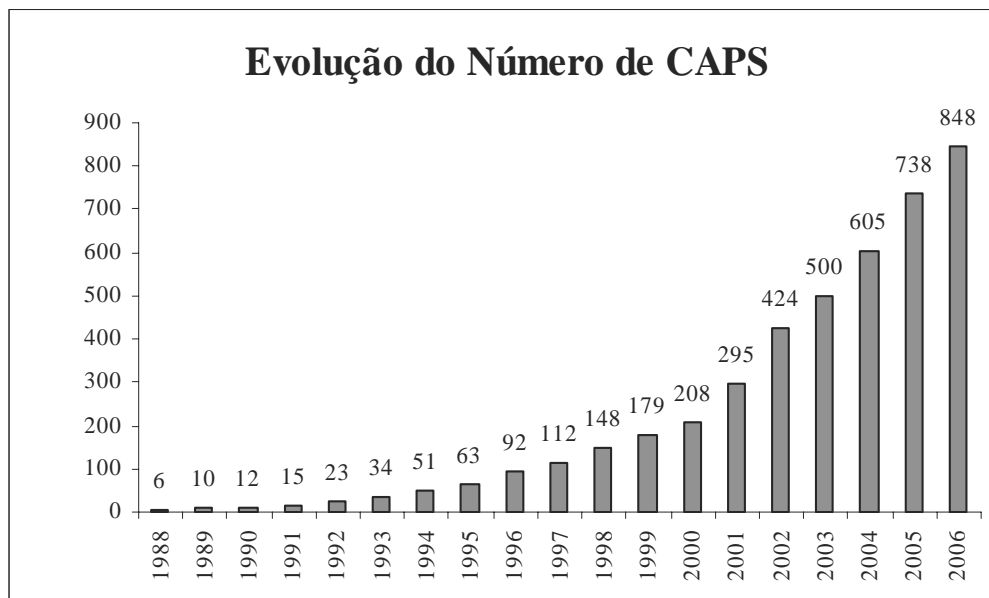
7. Serviços Substitutivos em Saúde Mental: atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde (2006), existem serviços substitutivos de saúde mental (tipo CAPS) em todos os estados brasileiros. A criação desses serviços é fundamental para o alcance dos objetivos da Reforma Psiquiátrica, pois, além de se contraporem ao modelo centrado no manicômio, colaboram para a construção de práticas de inclusão dos usuários. Os dados mais recentes sobre a expansão dos CAPS podem ser observados na tabela e no gráfico a seguir:

Tabela 1 – Rede CAPS por UF (junho de 2006)

Unidade Federativa	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS ad	Total de CAPS
Sergipe	11	3	2	1	2	19
Mato Grosso	20	2	0	1	5	28
Rio Grande do Sul	37	29	1	7	10	84
Alagoas	25	5	0	1	0	31
Santa Catarina	26	13	0	4	3	46
Rio Grande do Norte	4	7	0	1	3	15
Ceará	17	18	1	2	5	43
Paraíba	8	6	1	1	3	19
Minas Gerais	48	38	3	5	4	98
Rondônia	3	4	0	0	0	7
Rio de Janeiro	22	30	0	7	7	66
Mato Grosso do Sul	4	4	0	1	1	10
São Paulo	36	50	14	18	35	153
Paraná	10	15	1	5	9	40
Amapá	0	0	0	0	2	2
Piauí	10	2	0	1	2	15
Bahia	32	20	2	3	3	60
Espírito Santo	4	7	0	0	2	13
Pernambuco	6	13	1	3	5	28
Acre	0	1	0	0	1	2
Maranhão	14	6	1	2	0	23
Tocantins	3	2	0	0	0	5
Roraima	0	0	0	0	1	1
Goiás	5	7	0	1	3	16
Pará	8	8	1	1	2	20
Distrito Federal	1	0	0	1	1	3
Amazonas	1	0	0	0	0	1
Brasil	355	290	28	66	109	848

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde – Saúde Mental em dados (2006), ano I, nº 1.

Gráfico 1 – Evolução do Número de CAPS (junho de 2006)



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde – Saúde Mental em dados (2006), ano I, nº 1.

Com a implantação dos serviços substitutivos, os leitos SUS em hospitais psiquiátricos têm sido reduzidos: em 1991 havia 85.037 leitos psiquiátricos/SUS, que foram reduzidos a 40.524 leitos no ano de 2006 (Brasil, 2006). Os gastos hospitalares em Saúde Mental também diminuíram: em 1997 eles representavam 93,14% dos recursos do SUS destinados à assistência psiquiátrica e, atualmente, representam 55,83% (Brasil, 2006). Entretanto, os gastos hospitalares em Saúde Mental ainda são maiores que os gastos extra-hospitalares. No cômputo destes são incluídos os valores repassados aos CAPS, ambulatórios especializados, residências terapêuticas, programa “De Volta Para Casa” e compra de medicamentos.

Tais dados mostram que os investimentos em internações e demais serviços prestados pelos hospitais psiquiátricos precisam ser reduzidos e o valor

destes ser repassado às ações e iniciativas centradas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

8. Reconhecimento dos usuários como protagonistas: sobre os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial é inegável que eles têm olhado para sujeitos concretos, para suas existências marcadas pelo sofrimento, sendo fundamentais para o reconhecimento do usuário como protagonista do processo de reestruturação da assistência em Saúde Mental. Através da formação de associações, os usuários e familiares se organizaram para reivindicar seus direitos e promover fóruns de debate, um exemplo deles é o Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial.

Como afirma Lancetti (2001), é preciso radicalizar a desinstitucionalização. Inspirada por ele, permito-me citar abaixo dois parágrafos nos quais se pode visualizar a dor e a delícia de participar da história da Reforma:

Vemos muitas experiências se desfigurarem, postergarem sua decisão de mudar as coisas, se acomodarem por excesso de profissionalismo. Redes de divãs e outros corporativismos operam como amarras para quem precisa de mãos livres para combater a psiquiatria asilar (p. 85).

Estamos, na contramão do modelo econômico imperante, construindo o SUS e conseguindo fazer avançar, em grande extensão territorial, uma série de experiências fundamentadas nas idéias do movimento antimanicomial, na práxis da reabilitação psicossocial, com significativa participação e protagonismo de usuários e familiares (p. 84).

Analisar o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é um trabalho bastante audacioso e difícil de concluir, pois o mesmo está aí, acontecendo todos os dias, tendo

em seu percurso avanços e retrocessos. Levar adiante este projeto não é mais tarefa dos técnicos, usuários e familiares, é tarefa da sociedade brasileira, que deve se sensibilizar para esta e todas as outras questões relacionadas ao exercício da cidadania e ao respeito à singularidade da pessoa humana.

E como psicóloga, me pergunto, a quem, nós, profissionais “psi”, servimos de verdade? Ou, afinal não fomos nós – higienistas, alienistas, psiquiatras, psicólogos, psicanalistas – que colaboramos para a caricaturização dos sujeitos em sofrimento psíquico? Quem os rotulou de incapazes, perigosos, violentos, não cidadãos? Por que uma parte da sociedade – defensora de uma “limpeza urbana” – decreta que alguns dos seus cidadãos devem ser excluídos? O que nos cabe fazer para impedir isso? Como certeza, sabe-se apenas que ainda há muito a ser conquistado.

Nesse contexto de mudanças no cenário de atenção à Saúde Mental, um tipo de serviço – o ambulatório especializado – tem sido discriminado. Isto se deve principalmente ao processo de ambulatorização ocorrido nos anos 1970/80. Entretanto, tais serviços podem desempenhar uma importante função na rede extra-hospitalar de cuidados em Saúde Mental, é esta questão que discutiremos adiante.

5. Os Ambulatórios de Saúde Mental

“O grande desafio para todos nós é como lidar com a loucura. Podemos internar alguém durante algum tempo sem, no entanto, ‘internar’ o seu sofrimento psíquico. Por outro lado, podemos tratar pessoas em ambulatórios ou consultórios e ‘interná-las’ em relações autoritárias onde os terapeutas/analistas, valendo-se de sua suposta superioridade, autorizam-se a fazer coisas não muito diferentes das atitudes encontradas nos piores manicômios. Tudo depende da posição tomada diante do fenômeno da loucura”.

Cláudia Corbisier

Observando-se a história de implantação dos ambulatórios psiquiátricos no Brasil, vê-se que estes serviços nasceram como um recurso alternativo ao manicômio, muitas vezes funcionando nas mesmas instalações físicas deste e tendo a consulta psiquiátrica como principal meio de tratamento. Além disso, os ambulatórios eram vistos como mediadores de internação, pois eles recebiam uma demanda de usuários e, por não oferecer resolutividade, costumavam encaminhá-la à internação psiquiátrica, colaborando para a superlotação dos asilos.

O primeiro ambulatório brasileiro especializado em Psiquiatria foi aberto no Rio de Janeiro, em 1918. Denominado de Ambulatório Rivadávia Correa, ele fazia parte da política assistencial da Liga Brasileira de Higiene Mental e foi criado com o objetivo de prevenir o aparecimento de transtornos mentais. Instituição de caráter racista, a LBHM propunha a utilização de procedimentos genéticos na prevenção da doença mental.

Durante os anos 1920 são criados mais uns poucos ambulatórios, também dentro de uma perspectiva claramente eugênica (Goulart, 2004). Nesse sentido, os negros, os pobres, os imigrantes, as mulheres e as crianças eram alguns dos principais alvos desse

tipo de política. Havia a discriminação da condição sócio-econômica (os pobres, analfabetos, moradores de favelas e morros), da raça (negros, orientais, estrangeiros de modo geral) e de gênero (as mulheres seriam mais suscetíveis aos problemas “nervosos”). Quanto às crianças, elas deveriam ser orientadas segundo preceitos morais, devendo ser afastadas dos ambientes de risco, para que não degenerassem. Como bem afirma Goulart (2004), o surgimento dos ambulatórios permitiu à Psiquiatria produzir “um discurso que não apenas aponta para a loucura latente na marginalidade urbana, mas também problematiza os ‘comuns’, os pobres ‘normais’, tematizando, inclusive, a classe trabalhadora urbana, ‘protegendo-a’ e ‘orientando-a’.” (p. 298).

Na década de 1940, o Serviço Nacional de Doenças Mentais implantou os primeiros ambulatórios psiquiátricos oficiais, que eram apenas quatro. Cerca de duas décadas depois, a quantidade de ambulatórios ainda era incipiente se comparada ao total de hospitais psiquiátricos, somente dezessete (Resende, 2001).

A partir dos anos 1960, com o fenômeno da mercantilização da loucura – a privatização da assistência e compra de serviços médicos aos grandes manicômios privados – o número de hospitais psiquiátricos particulares cresceu vertiginosamente. Tal fato foi um dos desencadeadores da crise da Previdência Social que se sucedeu na década seguinte (Resende, 2001). Somada às denúncias de violências nos manicômios e aos óbitos suspeitos, a crise do setor previdenciário fez surgir as primeiras propostas de ambulatorização da assistência psiquiátrica. Pretendia-se que o ambulatório deixasse de ser um serviço acessório ao hospital psiquiátrico e se configurasse como um espaço humanizado, capaz de acolher aos pacientes e oferecer cuidados em Saúde Mental, diminuindo a clientela dos hospícios e racionalizando os gastos com internação psiquiátrica.

Inspirado pela Psiquiatria Comunitária e Preventiva, o governo brasileiro propõe na década de 1970, através do PISAM, um programa de expansão do número de ambulatórios. Nesse período, a política em Saúde Mental passa a ser orientada segundo dois eixos: humanizar o hospital psiquiátrico e transformar o ambulatório num espaço de tratamento alternativo ao asilo (Tenório, 2001). Contudo, é apenas nos anos 1980, quando foi lançado *O Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica* feito pelo CONASP, que acontece a articulação entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o Ministério da Saúde, e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, viabilizando o encaminhamento de verba previdenciária aos dispositivos públicos alternativos ao manicômio, priorizando os ambulatórios de Saúde Mental (Goulart, 2004).

O objetivo era que o ambulatório assumisse uma posição assistencial contrária ao modelo manicomial, atendendo, prioritariamente, aos egressos de internações psiquiátricas e oferecendo atendimento psicoterapêutico à população pobre (Goulart, 2004). De acordo com Cambraia (1999),

Cabia aos ambulatórios desenvolver formas de intervenção que conseguissem absorver o tratamento de indivíduos para os quais a internação psiquiátrica era a terapêutica de eleição, (...) incorporando abordagens que visavam novos objetivos: melhorar a inserção do sujeito na comunidade, manter os vínculos familiares e de trabalho. Enfim, esses ambulatórios deveriam adotar práticas que favorecessem níveis crescentes de autonomia e não apenas a remissão sintomatológica dos quadros (p. 1-2).

Apesar de haverem sido concebidos segundo tal perspectiva, de favorecer o tratamento na comunidade e evitar as internações psiquiátricas, os ambulatórios eram previstos como serviços alternativos ao manicômio. Isto significa que não se destinavam a substituir o asilo (como no caso dos serviços substitutivos, por exemplo,

os CAPS), mas deveriam oferecer outra resposta à doença mental, outro tipo de tratamento, digamos, complementar ao desempenhado pela instituição fechada. O hospital psiquiátrico não deixaria de ser o principal lugar de tratamento para a loucura, o ambulatório deveria ocupar um espaço alternativo àquele.

O processo de expansão do número de ambulatórios ocorrido principalmente nos anos 1980 é denominado por diversos autores como “ambulatorização” da assistência psiquiátrica (Alves & Guljor, 2006; Cambraia, 1999; Goulart, 2004; Tenório, 2001) e coincide com a entrada de novas categorias profissionais no serviço público de saúde, como por exemplo, a Psicologia e o Serviço Social.

A proposta idealizada na criação dos ambulatórios de Saúde Mental não foi efetivada na prática, as dificuldades encontradas na operacionalização das ações causaram distorções no funcionamento destes serviços. Além disso, por estar “desvinculado da rede assistencial de suporte, sem uma diretriz política para orientá-lo e apoiado em um discurso humanizante, mas limitado a reduzir custos com internação psiquiátrica, redundou em fracasso.” (Rosa, 2006, p.42). Desta forma, a proposta de “ambulatorização” se revelou como mais uma tentativa iatrogênica de reformular o sistema psiquiátrico, pois o ambulatório acabou funcionando como encaminhador dos pacientes para internações psiquiátricas nos hospitais da rede privada (Paulin & Turato, 2004; Resende, 2001).

Em uma pesquisa realizada na rede ambulatorial de Belo Horizonte, entre os anos de 1988 e 1989, Goulart (2004) observou que o funcionamento destes serviços se distanciara das propostas que os originaram. Sua clientela era composta principalmente por mulheres, donas-de-casa, que iam ao ambulatório em busca de alguma ajuda aos problemas referentes ao ambiente doméstico. Diagnosticadas como histéricas e/ou nervosas, tornaram-se a clientela típica dos ambulatórios de Saúde Mental.

Ainda neste estudo, Goulart (2004) aponta que a população que procurava o ambulatório o fazia em busca de receitas médicas para adquirir psicotrópicos, assim, a principal terapêutica oferecida era a medicamentosa. Além disso, os egressos de internações psiquiátricas, público-alvo dos ambulatórios, eram muito poucos e geralmente discriminados como crônicos, sendo atendidos apenas pelos psiquiatras. O ambulatório não se apresentava como alternativa aos pacientes com histórico de internação e aos casos mais graves, que necessitavam de uma atenção especializada. Dessa forma, a autora define a assistência ambulatorial dos anos 1980 como “discriminatória, seletiva, cronificadora, iatrogênica e pouco democrática.” (Goulart, 2004, p. 309).

A concepção de que o ambulatório pudesse evitar internações psiquiátricas não foi visualizada na prática, o ciclo *crise-internação-alta-crise-reinternação* não era rompido, primeiro porque não havia uma política assistencial que delimitasse o funcionamento dos ambulatórios e também porque não existia nenhuma capacitação aos profissionais de Saúde Mental que aí trabalhavam, entre outros fatores.

O processo de “ambulatorização” resultou na cronificação da população assistida, pois a oferta de assistência psiquiátrica provocou a atração de novos pacientes ao serviço de saúde, causando e/ou reforçando a dependência aos psicofármacos e aumentando o número de encaminhamentos para internação (Alves & Guljor, 2006). Sobre esta questão, Tenório (2001) aponta que as tentativas de ambulatorização, ao encaminharem mais sujeitos às internações, geraram uma superlotação dos hospícios, inviabilizando as idéias de humanizá-lo, tal como pensavam os gestores do período.

Somado a isso, as equipes multidisciplinares (formadas por médicos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais) não realizavam um atendimento integrado, cada profissional cumpria apenas o concernente à sua formação, e dirigia seu trabalho a partir

de modelos clínicos tradicionais, importados dos consultórios privados. O trabalho era massificado, sem espaço para novas modalidades de cuidado, as práticas realizadas eram basicamente a consulta psiquiátrica, a triagem e a psicoterapia individual.

Nesse contexto, o discurso médico-psiquiátrico se impunha sobre os demais membros da equipe, fortalecendo o caráter curativo das práticas. Formados para trabalharem em consultórios ou instituições privadas, exercendo uma prática individualizada, direcionada às classes média e alta, os psicólogos reproduziam no ambulatório este ideal privatista/liberal/clínico. Ou seja, fazia-se no serviço público o mesmo que nas clínicas particulares, o atendimento aos “neuróticos” através da psicoterapia individual (Goulart, 2004; Tenório, 2001). Aos assistentes sociais foram entregues as funções assistencialistas, de apoio às famílias dos usuários e de prevenção das doenças mentais (Goulart, 2004). Os psiquiatras faziam as consultas e a triagem, com objetivo diagnóstico, selecionando quem seria medicalizado e quem seria encaminhado à psicoterapia ou à internação em hospital psiquiátrico.

5.1. O ambulatório típico e o ambulatório da Reforma

Analisando o processo de “ambulatorização” dos anos 1980 e a criação dos novos serviços de Saúde Mental (CAPS e NAPS) a partir da década de 1990, Tenório (2001) delimitou dois tipos de ambulatórios: o tradicional ou “típico” e o ambulatório da Reforma.

O ambulatório tradicional ou “típico”, denominação conferida também por autores como Alves e Guljor (2006), foi concebido como um serviço alternativo ao manicômio, oferecendo uma atenção médica curativa, com atividades exclusivamente de consultas psiquiátricas e psicológicas, centrada no tratamento dos sintomas. É este

tipo de serviço que floresce com a proposta de “ambulatorização”. Por se tratar de um serviço alternativo, o ambulatório tradicional oferecia uma assistência não-crítica em relação ao hospital psiquiátrico. Ou seja, a proposta de “ambulatorização” não questionava os efeitos negativos do manicômio: a cronificação, a estigmatização do sujeito internado, a hierarquização entre os membros da equipe, o imperativo do saber-poder médico.

O processo de “ambulatorização” foi idealizado para ser inovador, isto é, pensava-se que o ambulatório de Saúde Mental poderia, com sucesso, se constituir como um serviço alternativo ao asilo e que novas práticas poderiam ser produzidas e realizadas. Contudo, o malogro dessa proposta fez com que os CAPS e NAPS se configurassem como o principal dispositivo capaz de substituir o manicômio (Tenório, 2001). Em relação a isso, mais uma vez ressaltamos que o ambulatório foi planejado como alternativo ao hospital psiquiátrico, e os CAPS foram propostos como substitutivos. Ou seja, a criação dos ambulatórios não supunha a desativação dos hospitais; já em relação aos CAPS, sua instalação deveria vir acompanhada da redução progressiva de leitos psiquiátricos, de forma que gradualmente se pudessem extinguir os manicômios.

Nesse sentido, vale lembrar que os CAPS, juntamente com os ambulatórios especializados em Saúde Mental, também são serviços ambulatoriais, tal como apontam as Portarias Ministeriais nº 224/1992 e nº 336/2002¹².

A Portaria nº 224/1992 divide os serviços de Saúde Mental em duas categorias: ambulatoriais e hospitalares. Os serviços ambulatoriais são de dois tipos: 1. unidades básicas, centros de saúde e ambulatórios especializados (que podem estar ligados ou não a policlínicas, hospitais ou unidades mistas); 2. Núcleos/ Centros de Atenção

¹² Ver a publicação: Legislação em Saúde Mental (1990-2004), do Ministério da Saúde.

Psicossocial (NAPS e CAPS¹³). Dentre os serviços hospitalares há os seguintes: 1. hospital-dia; 2. urgência psiquiátrica em hospital geral; 3. leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral; 4. hospital especializado em Psiquiatria.

Ainda de acordo com a Portaria nº 224/1992, o ambulatório especializado, foco deste estudo, deve oferecer atendimentos individuais e grupais (por exemplo, grupos terapêutico e operativo, atividades socioterápicas e educativas), visitas domiciliares e desenvolver atividades comunitárias na região onde se localiza o serviço. Todas as atividades devem ser planejadas e conduzidas por uma equipe multiprofissional, que pode ser composta por psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, arte-terapeuta, neurologista e outras categorias. A composição da equipe é definida pela gestão local.

O ambulatório da Reforma, tal como denomina Tenório (2001), é todo serviço caracterizado como ambulatorial que dirige suas ações tomando como diretriz o paradigma da Reforma Psiquiátrica. Assim, considera-se que os serviços ambulatoriais descritos pela Portaria nº 224/1992 são, oficialmente, ambulatórios da Reforma, visto que sua organização é determinada pelo Ministério da Saúde, que assume a Reforma Psiquiátrica como política oficial para o campo da Saúde Mental no Brasil.

Para efeito desta pesquisa, quando aqui é referido o termo “ambulatório”, embora esta denominação também seja apropriada aos CAPS (visto as portarias acima citadas), entenda-se mais especificamente o ambulatório especializado em Saúde Mental.

O processo de “ambulatorização” dos anos 1970/80 causou a descrença do ambulatório como recurso terapêutico. Mas facultar adjetivos negativos (iatrogênico, encaminhador para internação psiquiátrica) ao ambulatório de Saúde Mental devido ao

¹³ A Portaria nº 336/2002 estabeleceu que todos os CAPS e NAPS deveriam ser recadastrados como tais modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPSad II, CAPSi II, CAPS III.

mau uso que lhe foi conferido é uma questão que não deve anular uma nova perspectiva assistencial lançada sobre este serviço. Tenório (2001) defende que o ambulatório tem seu lugar como um dispositivo da Reforma: “Por várias razões, jamais será uma estrutura prescindível, inclusive para poupar dos casos menos graves as estruturas mais complexas, e ocupa hoje um lugar importante no fluxo dos pacientes pelo universo assistencial psiquiátrico.” (p.90).

Este mesmo autor, ao estudar o funcionamento do ambulatório especializado do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), aponta a importância de se reconhecer “a limitação do ambulatório no processo de substituição asilar.” (p.88). Conhecendo as restrições inerentes à própria estrutura do ambulatório, entende-se melhor qual lugar ele pode ocupar na rede de serviços em Saúde Mental e assim planejar mais eficientemente suas ações, para que possa atuar em conjunto com os CAPS, as residências terapêuticas, centros de saúde, equipes de saúde da família e demais equipamentos sociais.

Em uma pesquisa desenvolvida em ambulatórios de Saúde Mental na cidade de São Paulo, Cambraia (1999) observou que estes serviços vêm desenvolvendo ações que extrapolam a atividade clínica tradicional, medicalizante e centrada no psiquiatra. Os ambulatórios têm se assemelhado aos CAPS e hospitais-dia, principalmente em relação às novas tecnologias de cuidado empregadas.

CAPS e ambulatórios, entendidos como serviços da Reforma, são dispositivos prestadores de cuidados diversificados em Saúde Mental, cada um com sua especificidade e seu modo de trabalho próprio. Um não deve pretender ocupar o lugar do outro, mas operar em parceria, para que possam somar esforços no desafio de efetivar a Reforma Psiquiátrica. Os estudos sobre CAPS apontam que ele tem sido direcionado ao atendimento dos casos mais graves e crônicos, demandantes de cuidados

constantes e intensos. Em relação aos ambulatoriais, eles têm se configurado como um serviço de caráter mais aberto em relação à demanda: pode atender ao sujeito diagnosticado com algum transtorno mental e também ao que está vivenciando qualquer expressão de sofrimento psíquico. Não é necessária a rotulação de um diagnóstico psiquiátrico e/ou psicológico, se a pessoa está sofrendo e isto tem interferido, por exemplo, em seu trabalho, suas relações familiares e sociais, ela precisa de uma atenção, uma escuta, uma expressão de acolhimento que o ambulatório pode oferecer.

Este tipo de demanda, tão difícil de ser enquadrada nos programas oficiais de saúde, mas definida como “pertencente ao campo da saúde mental” (Cambráia, 1999, p. 8), tem exigido a construção de estratégias terapêuticas diferenciadas, mais atentas às questões sociais, econômicas, políticas, às condições de vida da população, reconhecendo que estas, quando insalubres, geram dor, sofrimento e loucura. Prevenção em Saúde Mental não é ensinar às pessoas a reconhecerem, em si e no seu vizinho, a existência de sintomas, não é apontar categorias de comportamentos desviantes que rotulam as pessoas de marginais, inúteis, viciados, degenerados. Como afirma Lancetti (1989): “Ensinar a indivíduos a quem faltam comida, moradia etc. que também lhes faltam equilíbrio psíquico e harmonia sexual é uma grande perversão. A prevenção primária deve ser de ordem político-econômica, e não psiquiátrica ou psicológica.”.

Se há uma gama de expressões de sofrimento psíquico, há de existir também práticas em Saúde Mental igualmente diversas, plásticas, adaptadas à realidade. Práticas que se renovam, não estagnadas, construídas cotidianamente através das experiências singulares de profissionais, familiares e usuários.

Delgado (1987, citado por Tenório, 2001) observa que o ambulatório precisa ter resolutividade para impor-se contrário às forças e mecanismos sócio-culturais e psicológicos que provocam a internação psiquiátrica. Contudo, esta não é a única tarefa

de um efetivo ambulatório da Reforma. Vestir-se sob o rótulo da Reforma Psiquiátrica requer maiores esforços, as forças acima referidas devem ser capazes de impor-se contra a cultura manicomial, contra as sutilezas presentes no dia-a dia que nos arrastam para a naturalização de saberes, práticas, pensamentos, atitudes e representações. Resumindo, que acostumam nosso olhar à indiferença.

Obviamente que não se trata de um exercício fácil, corriqueiro, que se possa cumprir mecanicamente, mas é justamente aí que reside todo o encantamento da questão. É preciso desacostumar-se, olhar com olhos novos para construir novas empreitadas. Somente debruçando-se sobre o novo é que se pode construir um novo espaço para a loucura, um novo entendimento social (cultural, psicológico) sobre o sujeito que sofre e novas práticas de cuidado.

É sobre este entendimento que o ambulatório da Reforma deve estar firmado, ainda que não se consiga construí-lo plenamente, tal como preconiza o modo psicossocial de cuidado e a idéia de desinstitucionalização, mas que não se perca de vista o objetivo e a proposta assistencial deste tipo de serviço.

Dando continuidade a essa discussão, é necessário que retomemos o contexto histórico da organização do modelo assistencial psiquiátrico em Natal/RN e o lugar do ambulatório de Saúde Mental nesse espaço social. Para tanto, resgata-se brevemente a seguir a história da atenção psiquiátrica em Natal, culminando com o movimento da Reforma no cenário local.

A Assistência Psiquiátrica em Natal/RN

6. Primeiras políticas assistenciais em Psiquiatria

“Nas delegacias, presídios, campos de concentração, depósitos municipais, desprovidos de qualquer sonho regenerador, tralhas humanas se amontoam cada vez mais, para que a cidade tenha segurança e serenidade”.

Luis Antônio Baptista

Ao final do século XIX, Natal inicia sua história de assistência asilar, caracterizada fortemente pelo confinamento e exclusão dos loucos, vagabundos, leprosos e indigentes do espaço urbano. As primeiras políticas assistenciais em Psiquiatria no Rio Grande do Norte seguiram passos semelhantes ao que aconteceu no Brasil, a criação de grandes espaços de reclusão – os manicômios, asilos, hospícios, colônias, hospitais psiquiátricos – para resguardar a sociedade das incômodas e inconvenientes expressões da loucura.

Em 1882 é inaugurado o primeiro deles, o Lazareto da Piedade do Natal, que foi usado, principalmente, para abrigar os contaminados pela varíola. Em 1911 o Lazareto passa a ser chamado de Asilo da Piedade, passando a receber as pessoas consideradas doentes mentais (Sucar, 1993). Entretanto, outros infelizes também fazem de lá sua morada, os mendigos, tuberculosos, doentes e quem oferecesse perigo à paz social.

Fique claro que não era oferecido tratamento médico às pessoas internadas, se acreditava que elas não mereciam nenhum investimento financeiro, pois eram doentes incuráveis. Além disso, supunha-se que o confinamento era o bastante para acalmar e extinguir a loucura. A esse respeito, citamos Sucar:

(...) acreditava ser o ‘louco’ UMA PESSOA PERIGOSA, que deveria ser isolada, presa, acorrentada, e castigada, pois eram incômodos, barulhentos e envergonhavam a

família, que deveria abandoná-los, pois não tinham possibilidade nenhuma de cura, não merecendo, portanto o sacrifício de despesas inúteis por parte do governo e dos parentes (Sucar, 1993, p.26).

Somente em 1916 o Asilo da Piedade passa a oferecer atendimento médico, feito por um clínico geral. Os tratamentos indicados consistiam em injeções de terebentina, contenção física e isolamento nas celas fortes (Sucar, 1993).

Após cinco anos, em 1921, o Asilo novamente é renomeado, vindo a se chamar Hospício de Alienados (Paiva, 2003). Em 1934, devido ao Decreto Federal nº. 24.559, que regulamentava e fiscalizava os serviços psiquiátricos, surge uma nova denominação: Hospital de Alienados. O decreto acima determinava a presença de psiquiatra em cada serviço, exigência que demorou mais de um ano para se concretizar no Hospital de Alienados, ocasião em que o psiquiatra Vicente Lopes assume sua direção (Sucar, 1993).

Os fatos acima nos mostram que desde a criação do Lazareto da Piedade até sua denominação de Hospital de Alienados, pouco mudaram as práticas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. As numerosas grades, a superlotação, o confinamento, as camisas de força, os castigos, a indiferença ao sofrimento, as mortes de internos, e todas as outras formas de tratamento desumanas foram imperativamente disseminadas, pouco importa o nome que se dê ao serviço. A verdade é que a realidade era sempre repetida, a exclusão e a intolerância eram as principais medidas “terapêuticas” adotadas.

No ano 1936 chega a Natal o psiquiatra João da Costa Machado, que, indignado com a assistência psiquiátrica prestada na cidade, denuncia ao governo do estado do RN a situação precária em que se encontrava o Hospital de Alienados, solicitando melhorias ao mesmo (Paiva, 2003). Como diretor interino deste hospital, Machado implementou

algumas mudanças: criou um pequeno ambulatório anexo ao hospital, ampliou o serviço de praxiterapia e implantou a prática de visitas domiciliares (Sucar, 1993).

Em razão da realização do 3º Congresso de Psiquiatria, Neurologia e Higiene Mental do Nordeste Brasileiro, em 1943, o governo do RN, através do SERAS (Serviço Estadual de Reeducação e Assistência Social), assina um contrato com o Serviço Nacional de Doenças Mentais visando a construção de um ambulatório de higiene mental, que funcionasse independentemente do Hospital de Alienados (Sucar, 1993). O que se conseguiu efetivar na prática foi apenas uma ampliação do ambulatório que já existia no hospital. Ainda assim, esta foi a primeira política no âmbito psiquiátrico no RN que não estava orientada para o asilamento dos sujeitos que sofriam.

Em março de 1946, o governo do RN, através do Decreto-Lei nº 526, propunha a criação de ambulatórios de higiene mental no estado. Entretanto, apenas um desses serviços é efetivado. É inaugurado em Natal, em junho de 1948, o Ambulatório de Higiene Mental, vinculado ao SNDM e tendo como diretor João da Costa Machado (Alverga, 2004). Este ambulatório veio a substituir o já existente, que fora criado em 1936 e reformado em 1943.

Professor da Escola de Serviço Social de Natal, João Machado passou a oferecer capacitação em Psiquiatria e Higiene Mental aos médicos, enfermeiros, assistentes sociais e todos os profissionais que trabalhavam no Ambulatório de Higiene Mental. Ele também publicava um boletim informativo que era distribuído aos trabalhadores e usuários do serviço (Sucar, 1993). É importante assinalar essa primeira tentativa de efetivar uma atenção psiquiátrica extra-hospitalar, orientada para a não internação dos sujeitos.

Em 1947, a Sociedade de Assistência a Psicopatas de Natal, através da figura de João Machado, reivindicou ao governo do RN e ao SNDM, a assinatura de um acordo

que viabilizasse a construção de um hospital colônia em Natal. A intenção de Machado era criar um hospital moderno, humanizado, que dispusesse de equipamentos de qualidade, profissionais qualificados, equipe multiprofissional (psicólogos, odontólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, bioquímicos, ginecologista, cirurgião, neurologista e psiquiatra) e que oferecesse uma gama de serviços, como: laboratórios, raio-x, farmácia, biblioteca, museu, setor de pesquisa (Sucar, 1993). Entretanto, por desinteresse do governo estadual e outras questões políticas¹⁴, as obras do Hospital Colônia foram paralisadas inúmeras vezes, sendo o mesmo inaugurado apenas em 1957.

Antes disso, em 1956, é criado o primeiro hospital psiquiátrico privado da cidade, a Casa de Saúde de Natal, de propriedade do psiquiatra Severino Lopes (Sucar, 1993). Ainda existente, a Casa de Saúde de Natal foi beneficiada pelo processo de privatização do setor saúde difundido no Brasil a partir dos anos 1960. Seguindo este rastro, posteriormente é inaugurada outra instituição asilar particular, a Casa de Repouso Santa Maria, direcionada mais especificamente à classe média (Alverga, 2004).

O Hospital Colônia era dividido em três setores: 1. Colonial – parte principal da instituição, onde era desenvolvida a laborterapia; 2. Hospitalar – abrigava as internações de curta duração, nesse setor havia um ambulatório de higiene mental, destinado à profilaxia e à prevenção das internações; 3. Asilar – atendia aos pacientes sem família, que estavam internados havia muito tempo. O Hospital Colônia oferecia terapia ocupacional, ações de serviço social, arte-terapia e atividades esportivas aos internos;

¹⁴ Dentre tais questões políticas, pode-se destacar: o não pagamento do convênio para a construção do hospital que cabia ao governo do RN; a ruptura entre o grupo de psiquiatras existente em Natal; a exigência de Machado quanto à qualidade dos materiais empregados na obra. Consultar Sucar (1993) para maiores esclarecimentos.

em relação ao tratamento médico era realizada a eletroconvulsoterapia e o coma insulínico (Sucar, 1993).

O plano de Machado, de construir um Hospital Colônia moderno, não se efetivou, pois ao ser inaugurado, muitas das propostas iniciais estavam defasadas. Pouco se cumpriu na prática do que foi planejado. Cerca de 10 anos após sua implantação, o Hospital Colônia já se encontrava envolto em grades, sucateado, superlotado, faltava verbas para compra de materiais e manutenção da estrutura física, os gritos dos internos ecoavam pelos corredores, os castigos eram praxe.

A assistência psiquiátrica em Natal, durante o período histórico resgatado nesta seção, esteve centrada no hospital psiquiátrico, tendo-o como principal espaço de tratamento. Esse cenário se prolonga durante as décadas de 1960 e 1970, somente ao final dos anos 1980 começam a surgir as primeiras propostas de mudança, que objetivavam construir uma nova perspectiva de cuidado em Saúde Mental, baseada no paradigma da Reforma Psiquiátrica.

7. Natal no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira

“Quando uma sociedade defende que uma parte dos seus membros não pode conviver com os demais, cumpre a nós compreendermos os motivos e intervir. Por que não podem viver como nós, conosco, em nosso meio? Por que são negros? Por que são índios? Por que são loucos?”

Paulo Amarante

Ao final dos anos 1980 e início dos 1990, surge em Natal (tal como acontecia em outros municípios brasileiros) iniciativas de profissionais de saúde que objetivavam uma reorientação da assistência psiquiátrica manicomial que dominava o cenário local naquele momento. Em Natal tinha-se uma reprodução, com suas particularidades, da história nacional: criação das instituições asilares públicas e o advento dos hospitais psiquiátricos privados conveniados com o Estado. Era contra essa realidade que insurgiam novas idéias e possibilidades de transformar a prática psiquiátrica asilar.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal é criada em 1986, através da *Lei nº 3.394*, contando com apenas quatro unidades básicas de saúde. A partir de 1989, com o processo de municipalização da saúde, Natal é dividida administrativamente em quatro Distritos Sanitários – Norte, Sul, Leste e Oeste (Natal, 2003).

Neste período os serviços de Saúde Mental existentes no município eram os seguintes: os hospitais psiquiátricos (públicos e privados), o Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (SEPA/ UFRN), o Serviço de Educação Especial do Estado (pertencente à Secretaria Estadual de Educação), alguns postos de saúde do INAMPS e uns poucos ambulatórios criados nas décadas anteriores.

Objetivando desenvolver ações no campo da Saúde Mental, a SMS de Natal, a partir de 1987, incorpora a Psicologia ao seu quadro funcional. Este fato se revelou como de grande importância para a proposta de reforma psiquiátrica que viria a nascer na cidade, pois os psicólogos, juntamente com os enfermeiros e assistentes sociais, foram os principais impulsionadores desse processo (Paiva, 2003).

Os primeiros passos para uma reorganização da assistência psiquiátrica em Natal foram dados em 1988, quando a SMS realizou o I Seminário de Saúde Mental, que oficializou a Psicologia como responsável por esse setor, o que mais tarde provocou a formação de uma coordenação de Saúde Mental na SMS (Paiva, 2003). Em 1988 foi realizado o I Seminário de Saúde Mental de Natal, evento em que se discutiu o que os Conselhos de Saúde estavam realizando segundo o que foi proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A proposta da SMS era investir na atenção básica, desejando construir novas práticas em Saúde Mental, com ações de promoção à saúde. E como os profissionais da SMS de Natal não tinham muita clareza de como efetivar as mudanças planejadas, diversas reuniões, supervisões e encontros para discussões começaram a acontecer. Discutia-se que serviços poderiam ser criados, quais relações se estabeleceriam entre profissionais e comunidade/população, sempre observando a articulação da Saúde Mental com a atenção básica.

A partir de 1992 novas categorias profissionais – Enfermagem, Serviço Social, Medicina, Nutrição – se somam à Psicologia na elaboração das ações em Saúde Mental. Neste ano é realizada a I Conferência Municipal de Saúde Mental. Por ocasião do evento a SMS formula oficialmente um projeto que visava organizar a atenção em Saúde Mental na rede pública (Paiva, 2003). Tal projeto, denominado “Proposta de Reorganização da Atenção em Saúde Mental no Município de Natal”, previa que

fossem desenvolvidas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, concebendo a estruturação de uma rede de serviços composta por policlínicas, centros 24 horas, CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais (SMS, 1992). Mais uma vez os psicólogos eram os protagonistas das mudanças.

No relatório final da II Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte e I Conferência Municipal de Saúde de Natal (1992), os profissionais do setor apontaram a necessidade de estabelecer uma política de Saúde Mental para o RN que não estivesse centrada no aparato manicomial. Deste evento nascem as reivindicações para implementação do processo de Reforma Psiquiátrica no estado. A idéia era criar uma rede assistencial em Saúde Mental que oferecesse atenção à pessoa em sofrimento psíquico e ao seu familiar.

Desde os anos 1990, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal já pensava em criar ambulatórios especializados em Saúde Mental em cada um dos Distritos Sanitários, para isso foi feito um levantamento das demandas de Saúde Mental junto às comunidades e unidades de saúde. O proposta de funcionamento dos ambulatórios é descrita na citação abaixo:

A proposta atual da SMS visa somar esforços na implantação do projeto de reforma psiquiátrica, projeto este que se norteia pela valorização do espaço ambulatorial como forma de coibir a hospitalização como modelo dominante na atenção ao doente mental, ao mesmo tempo que aponta para criação de espaços alternativos (além do ambulatório) para o acolhimento e atenção aos usuários dos serviços de saúde, de acordo com o que preconiza o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado, norteador das discussões em torno da proposta de reforma psiquiátrica para o país (Natal, 1992, p.11).

Após essa fase inicial de planejamento das ações e contratação de profissionais, veio o período de implantação das metas, a SMS abriu serviços de referência em Saúde Mental nas unidades básicas de saúde e começou os investimentos para criação dos NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial). A idéia era que estes serviços funcionassem 24 horas, todos os dias da semana, dispondo de leitos para curtas internações e contenção de crises, assim se poderia evitar as internações em hospitais psiquiátricos. Contudo, um grupo reacionário formado por conhecidos psiquiatras (proprietários e diretores de instituições privadas) opôs-se ao projeto, tentando dificultar e impedir sua efetivação, pois não almejavam perder seus ganhos financeiros e sociais. Dessa forma, não foi possível instalar os leitos nos NAPS e a pretensão inicial de funcionamento 24 horas não vingou.

Apesar das dificuldades e empecilhos, em 1994 é inaugurado o primeiro NAPS, no Distrito Sanitário Leste de Natal. A grande demanda que ocorreu ao serviço levou, em 1995, a SMS a construir o segundo NAPS, no Distrito Sanitário Oeste, e um CAPS, no Distrito Sanitário Leste. Os NAPS atendiam sujeitos com transtornos mentais graves e o CAPS, pessoas com dependência química em drogas lícitas ou ilícitas. Os NAPS e CAPS funcionavam de segunda à sexta, das sete às dezessete horas, para cada turno havia uma equipe multiprofissional que se reunia diariamente durante uma hora para discutir o cotidiano do serviço.

Com a implantação desses serviços, começou-se a observar os primeiros resultados positivos, como a redução das internações psiquiátricas¹⁵. Entretanto, com o decorrer do tempo se percebeu que a inexistência de um serviço diferenciado, que oferecesse retaguarda nos fins de semana e com leitos de curta duração para evitar as internações, impedia que maiores avanços fossem alcançados pelo trabalho de inclusão

¹⁵ Ver dados apresentados por Paiva (2003).

social dos usuários desenvolvido pelos NAPS/CAPS. Durante os finais de semana ou feriados, acontecia das famílias internarem os usuários, por não conseguir lidar com o mesmo ou porque ele apresentava algum sinal de crise. Além disso, é forçoso reconhecer que se precisava avançar a Reforma Psiquiátrica, efetivar a desinstitucionalização, promover o encontro das pessoas em sofrimento psíquico com a sociedade. Tratar através dos NAPS e CAPS não era o bastante, se fazia necessária uma real circulação de saberes, práticas, pessoas, idéias, ou seja, a construção de atitudes não manicomialis.

Infelizmente se sucedeu o contrário. Em virtude, principalmente, de um período político desfavorável a novos investimentos, o processo de Reforma em Natal permaneceu estagnado durante anos, nenhum serviço foi criado nem se via a participação dos usuários e familiares nas questões relativas à Saúde Mental.

Sobre a Reforma Psiquiátrica no RN, em 1995, a Assembléia Legislativa aprovou a Lei Estadual nº 6.758¹⁶, de autoria do deputado Raimundo Bezerra, que proibia a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos no estado e dispunha sobre a existência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Em 1997 se realizou, na cidade de São José de Mipibu, o I Encontro Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial.

A partir do ano 2000 se observa uma reorganização dos serviços existentes e o surgimento de novas propostas, como o Projeto Lokomotiva, uma parceria entre a SMS e a Secretaria de Trabalho e Ação Social. O Lokomotiva visava integrar os usuários dos NAPS com a sociedade, oportunizando àqueles a experiência de produção e comercialização de produtos (camisetas, panos de prato, cangas, blocos de papel, doces) confeccionados pelos mesmos. O projeto expunha sua produção em uma loja instalada vizinha ao NAPS Leste e também em eventos ocorridos na cidade, como a II

¹⁶ Ver anexo A.

Conferência Municipal de Saúde Mental (2001), o projeto Domingo na Praça e encontros empresariais. O projeto Lokomotiva suscitava posicionamentos contraditórios entre os profissionais da SMS: era defendido pelos serviços de Saúde Mental como um espaço de divulgação dos trabalhos produzidos pelos usuários, entretanto a gestão atual o via como um meio de reafirmação da diferença. Assim, na presente gestão da SMS, o Projeto Lokomotiva foi extinto.

Em 2001 a SMS instala um ambulatório especializado em Saúde Mental no bairro das Rocas, zona leste de Natal. O ambulatório foi idealizado como um serviço de acolhimento aos egressos de CAPS e internações psiquiátricas. Sobre o mesmo falaremos detalhadamente mais adiante.

Também neste ano é aprovada a Lei nº 5.281¹⁷, do vereador Hermano Moraes, dispondo sobre a assistência psiquiátrica e a regulamentação dos serviços de Saúde Mental no município de Natal. A Lei determinava o cumprimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica pela SMS, assegurando que fossem criados serviços substitutivos em Saúde Mental e garantindo os direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Nos anos seguintes a SMS abriu novos serviços especializados em Saúde Mental: um CAPSad II – direcionado ao tratamento da dependência química, no Distrito Sanitário Norte e uma residência terapêutica – destinada à moradia de sujeitos que permaneceram internados em manicômios durante longos períodos e que perderam os vínculos familiares, localizada no Distrito Sanitário Leste.

Apesar dessas conquistas, ainda há muitas dificuldades e retrocessos a serem enfrentados. O número de leitos psiquiátricos em Natal ainda é elevado e está concentrado nas instituições manicomiais, não havendo nenhum leito nos serviços substitutivos e apenas sete deles em hospital geral. De acordo com dados da SMS, em

¹⁷ Ver anexo B.

janeiro de 2002, os leitos psiquiátricos dos SUS em Natal representavam 26% do total de leitos por especialidades médicas, sendo o percentual mais alto, juntamente com os leitos cirúrgicos.

Representante de vertentes reacionárias e protecionistas dos interesses dos proprietários de hospitais psiquiátricos, o vereador Aluísio Machado encaminhou à Câmara Municipal o Projeto de Lei nº 100¹⁸, de 2002, através do qual pretende modificar a redação da Lei Municipal nº 5.281, para que a assistência psiquiátrica em Natal seja realizada em centros psiquiátricos e/ou hospitais e pronto-socorros especializados. Isto é, nos hospitais psiquiátricos, pois o objetivo de um projeto de lei como esse é meramente assegurar que a discriminação e segregação secular da loucura perdurem, garantindo o lucro de poucos e impedindo às pessoas em sofrimento psíquico uma existência digna, cidadã e feliz.

A rede de serviços especializados em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Natal é composta atualmente por 02 CAPS II, 02 CAPSad II, 01 CAPSi, 02 ambulatórios especializados – dos quais, um é específico ao tratamento de dependência química (APTAD) – e 01 residência terapêutica. Além disso, as policlínicas distritais oferecem consultas psiquiátricas.

O estado do Rio Grande do Norte conta atualmente com 5 hospitais psiquiátricos, dispondo de 819 leitos psiquiátricos SUS: 200 estão em instituição pública e 619 em instituições privadas. Entre os meses de janeiro e março de 2006, segundo dados do SIH/SUS, foram contabilizadas 1.618 internações psiquiátricas no RN. O RN tem atualmente 15 CAPS: 04 CAPS I, 07 CAPS II, 01 CAPSi e 03 CAPSad II. Neste mesmo período, o Ministério da Saúde repassou para os CAPS instalados no RN, R\$

¹⁸ Ver anexo C.

600.695,00, enquanto isso, pagou aos hospitais psiquiátricos do estado, R\$ 1.775.134,00

(Brasil, 2006). Diante disto, onde está a desinstitucionalização?

Explicando a Pesquisa

8. Objetivos

Este trabalho teve como objetivo realizar uma investigação sobre o Ambulatório Especializado em Saúde Mental da Ribeira, observando dois aspectos referentes ao mesmo:

- Analisar em que medida as ações e o trabalho desenvolvidos neste serviço estão de acordo com os modos de cuidado em Saúde Mental propostos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, atual política do Ministério da Saúde para este campo;
- Analisar a inserção do Ambulatório da Ribeira na rede pública municipal de atenção à Saúde Mental e as relações que ele estabelece com os demais serviços que compõem esta rede no município de Natal.

9. Percurso Metodológico

A abordagem metodológica adotada nesta pesquisa foi essencialmente qualitativa. Nosso intuito foi realizar uma investigação sobre o Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira, objetivando conhecer melhor o serviço e obter o maior número de fontes de análise possível. Delimitamos basicamente duas estratégias metodológicas: a observação do cotidiano do Ambulatório e entrevistas semi-estruturadas. Para tal, seguimos os seguintes passos:

9.1. Primeiros contatos com o Ambulatório da Ribeira

Em outubro de 2005 entrou-se em contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS) e apresentou-se a pesquisa ao então coordenador de Saúde Mental. Neste momento foram explicitados os objetivos do estudo e o interesse em conhecer melhor este tipo de serviço especializado em Saúde Mental.

Após o contato com a SMS, foram feitas visitas ao Ambulatório da Ribeira, nos quais se expôs o trabalho à equipe cuidadora, explicitando que se desejava realizar observações sobre as atividades e o funcionamento do serviço e, posteriormente, talvez fossem feitas algumas entrevistas para reconstituir a história do Ambulatório e entender melhor sua proposta assistencial. A equipe foi muito receptiva e não houve nenhum tipo de resistência à pesquisa. Então, junto com os membros da equipe, foi delimitado o período de duração das observações e as atividades em que as poderia estar realizando.

9.2. Local da Pesquisa

O Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira localiza-se no Centro Clínico da Ribeira “Dr. José Carlos Passos”, que dispõe de outros tipos de serviços especializados, como o centro de referência a idosos, e diversas especialidades médicas. O Ambulatório atende pacientes egressos de internação psiquiátrica e/ou CAPS, e também pessoas que nunca passaram por estes tipos de serviço. Recebe demanda encaminhada por outros serviços de saúde e também espontânea.

9.3. Procedimentos metodológicos

9.3.1. Observação Participante:

Para acompanhar a rotina de atividades do Ambulatório – reuniões da equipe, passeios, oficinas terapêuticas e acolhimento – foi utilizada a técnica da observação participante. Não houve restrições em relação ao acesso às atividades do serviço, com exceção do grupo terapêutico e das consultas psiquiátricas, devido à confiança e ao sigilo exigidos por estas atividades, que não poderiam ser alvo de observação de terceiros.

Optou-se por utilizar a observação participante por entendermos que ela permite uma interação entre o pesquisador e o ambiente alvo da observação. O contato com os sujeitos da pesquisa permite obter informações sobre a realidade destes em seu próprio contexto, o que favorece um maior conhecimento e uma maior riqueza de dados, além da possibilidade de captar uma maior variedade de situações.

A observação participante teve duração de três meses, no período compreendido entre 06 de outubro e 21 de dezembro de 2005. O acompanhamento do dia-a-dia do

Ambulatório foi feito durante dois dias de cada semana, o que totalizou 18 dias de observação. Não houve impedimentos para a inserção no serviço, a equipe foi acolhedora e solícita durante todo o período do estudo, não apresentando nenhuma dificuldade à coleta dos dados.

Para facilitar a posterior análise dos dados colhidos, alguns pontos de observação foram delimitados e registrados em um diário de campo. Os pontos escolhidos como capazes de fornecer elementos para uma análise mais rica foram: relação entre os usuários e destes com a equipe e o serviço; o relacionamento do serviço com as famílias dos usuários; o planejamento e desenvolvimento das atividades e a adequação delas com as propostas da Reforma Psiquiátrica; a integração do Ambulatório com os outros serviços (e trabalhadores) do Centro Clínico da Ribeira; a integração do Ambulatório com a comunidade; a articulação entre o Ambulatório e os demais serviços de Saúde Mental de Natal.

Paralelo às observações, os intervalos entre as atividades ou o final do expediente eram aproveitados para conversar com os técnicos e conhecer mais sobre o funcionamento do serviço, as dificuldades enfrentadas, como era para eles trabalharem ali. Estas conversas informais com os profissionais ajudaram muito a conhecer a dinâmica do Ambulatório.

9.3.2. Entrevistas semi-estruturadas:

As entrevistas foram realizadas com o intuito de obtermos mais dados sobre o Ambulatório da Ribeira, principalmente sobre sua história e a organização do seu funcionamento. Optou-se pelas entrevistas, como meio de acesso às informações pesquisadas, porque não se encontrou registros escritos sobre tais dados, então foi necessária a realização das mesmas. As entrevistas foram agendadas previamente com

cada um dos sujeitos, gravadas e posteriormente transcritas; ao início de cada entrevista foi explicado os objetivos da mesma e também do estudo.

Os sujeitos entrevistados neste estudo são psicólogos e, embora não seja objetivo deste estudo discutir a atuação da Psicologia no campo da Saúde Mental, é importante justificar a escolha em entrevistar tais profissionais. A categoria dos psicólogos foi protagonista do processo de reorganização da rede de assistência em Saúde Mental no município de Natal e esteve à frente das iniciativas da SMS de construir serviços extra-hospitalares, entre eles, o Ambulatório da Ribeira.

Realizamos três entrevistas semi-estruturadas, com sujeitos que acreditamos serem informantes-chaves sobre o Ambulatório:

1. Cristiane Marcelino – psicóloga da equipe do Ambulatório, participou do processo de planejamento e criação do mesmo. Conhece a história da implantação deste serviço, bem como sua estruturação e modo de funcionamento atual;

2. integrante da equipe da SMS de Natal, especificamente do Setor de Atenção Especializada, departamento responsável pelo Ambulatório. Esta entrevista foi realizada com o intuito de elucidar questões organizativas e conhecer a proposta oficial da SMS para o campo da Saúde Mental em Natal;

3. Elizabeth Freitas – uma das gestoras da SMS na época da criação do Ambulatório, foi idealizadora deste serviço e conduziu o processo de implantação do mesmo. Foi uma das protagonistas do grupo de profissionais que iniciou o projeto de Reforma Psiquiátrica em Natal. Atualmente atua como supervisora institucional do Ambulatório e é responsável pela articulação dos serviços que compõem a rede de Saúde Mental da SMS.

Para cada uma das entrevistas foi utilizado um roteiro¹⁹ específico, elaborado de acordo com as especificidades das informações que aquele sujeito poderia fornecer.

As entrevistas foram realizadas com os seguintes objetivos:

- Reconstituir a história do serviço, conhecer o projeto que conduziu sua implantação e como ele funcionava durante o período em que esteve no Centro Clínico das Rocas e no Centro Clínico da Ribeira, quais as dificuldades enfrentadas e como era operacionalizado o cuidado em Saúde Mental;
- Analisar o cotidiano do Ambulatório, como o planejamento e condução das atividades, e também alguns aspectos organizacionais referentes, por exemplo, a produtividade dos profissionais, o repasse de financiamento, a relação do serviço com o Centro Clínico da Ribeira, onde ele funciona;
- Delimitar com precisão os tipos de cuidados/atendimentos/atividades oferecidos pelos profissionais que atuam no serviço.

¹⁹ Os roteiros estão na seção Apêndice A, B e C.

O Ambulatório de Saúde Mental

10. O Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira

O Ambulatório da Ribeira é um serviço especializado em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS), existente há quase seis anos e que atende pessoas com transtornos mentais. Por possuir características diferenciadas – como a oferta de oficinas de terapia ocupacional, grupo terapêutico, grupo dos familiares dos usuários e outras atividades que extrapolam o caráter convencional de um ambulatório –, este serviço tornou-se o único neste nível de atenção no município de Natal²⁰.

O Ambulatório foi aberto em 2001 e seu primeiro local de funcionamento foi o Centro Clínico das Rocas (antigo Hospital dos Pescadores). Em fevereiro de 2005 ele foi transferido para o bairro da Ribeira, no Centro Clínico Dr. José Carlos Passos, no Distrito Sanitário Leste.

O bairro da Ribeira tem um papel importante na história do município de Natal e possui algumas peculiaridades em relação aos demais bairros da cidade, assim achamos importante apresentá-lo brevemente para contextualizar a região onde funciona o Ambulatório.

A Ribeira²¹ é um dos primeiros bairros de Natal, sua ocupação e crescimento aconteceram mais fortemente a partir do final do século XIX. Divide com as Rocas parte da área portuária da cidade, com margem ao rio Potengi, que banha Natal.

Tinha a característica de ser um bairro boêmio, freqüentado pela elite natalense, e onde se encontrava bares, cabarés, confeitarias, sendo homenageado em poemas,

²⁰ A SMS de Natal dispõe de um outro ambulatório, entretanto, com características distintas, sendo destinado ao tratamento de álcool e outras drogas. A Secretaria Estadual de Saúde (SES/RN) oferece um ambulatório em Saúde Mental, localizado no Hospital Psiquiátrico João Machado, que atualmente está em processo de desativação.

²¹ Os dados informados sobre a Ribeira foram extraídos da publicação “Conheça melhor o seu bairro – Ribeira”, de 2005, organizada pela SEMURB (Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo).

músicas, livros. Foi o primeiro bairro a receber iluminação pública e também o primeiro cinema da cidade, o Politheama, em 1911. A Ribeira ainda hoje é reconhecida por ser uma região “artístico-cultural”, onde se concentram espaços culturais, teatros, museus e galerias, tais como a Casa da Ribeira, o Solar Bela Vista, a Capitania das Artes e o Teatro Alberto Maranhão.

Nos anos 1940 atingiu seu apogeu, constituindo-se como área comercial, e obteve um grande crescimento com a chegada das tropas americanas no período da Segunda Guerra Mundial. Nesse período, sediava o mais luxuoso hotel da cidade, o Grande Hotel. Após o final da Segunda Guerra a Ribeira entrou em decadência, seus estabelecimentos comerciais faliram ou foram transferidos para outros bairros de Natal. Somente na década de 1990, os governos municipais e estaduais incentivaram projetos de revitalização da Ribeira, buscando restaurar prédios antigos, promover o desenvolvimento cultural e artístico e atrair a presença de novos moradores.

Segundo dados do Censo 2000/IBGE, o bairro da Ribeira tinha cerca de 2.110 habitantes, cuja renda familiar mensal é baixa. O SEBRAE/RN contabiliza que em 2002, 49,14% dos moradores da Ribeira pertenciam à classe social “D” (renda entre 02 e 04 salários mínimos/mês) e 32,27% à classe “C” (renda entre 04 e 10 salários mínimo/mês).

A Ribeira tem duas escolas, uma pública (estadual) e uma particular; dois centros clínicos (Centro Clínico Odontológico Norton Mariz e Centro Clínico Dr. José Carlos Passos); um estádio esportivo; 07 delegacias; 05 praças; um mercado municipal e um centro comunitário. Possui agências bancárias e sedia alguns jornais da cidade (Tribuna do Norte, A República).

10.1. História da implantação do Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira

A história do Ambulatório da Ribeira começa com o projeto “Proposta de Reorganização da Atenção em Saúde Mental no Município de Natal” (1992). Desde este período, a SMS já propunha a criação de ambulatórios especializados em Saúde Mental, que naquele período eram denominados de Serviço de Referência em Saúde Mental.

“Os ambulatórios estão dentro de uma visão territorial e comunitária, dentro da forma pela qual a Secretaria de Saúde foi criada e a forma pela qual a Saúde Mental foi se inserindo nessa construção dessa atenção integral. Era fundamental naquele momento que nós visualizássemos um desenho, uma cartografia, geograficamente falando, territorialmente falando, do Distrito Sanitário. De que dentro daquele território tivesse as unidades básicas de saúde contornando e dentro do Distrito tivesse um serviço de referência em Saúde Mental. Que nós poderíamos estar chamando de ambulatório, mas, mais precisamente era essa a terminologia: serviço de referência em Saúde Mental” (Elizabete Freitas, psicóloga, supervisora institucional do Ambulatório da Ribeira)²².

O objetivo da SMS de Natal era criar uma rede de serviços que oferecesse suporte à demanda de Saúde Mental, em cada Distrito Sanitário (Norte, Sul, Leste e Oeste). Haveria as unidades básicas, os NAPS²³ e os serviços de referência em Saúde Mental, isto é, os ambulatórios. Tais serviços de referência seriam implantados nas unidades que funcionavam com plantão 24 horas, como as localizadas nos bairros de Cidade Satélite, Rocas, Felipe Camarão e Cidade da Esperança. Previa-se que esta rede funcionasse da seguinte forma:

²² As falas dos sujeitos aqui citadas estão grafadas em itálico e entre aspas, de modo a configurar que são extratos das entrevistas feitas.

²³ Os atuais CAPS eram denominados pela SMS de Natal como NAPS.

“Compatível com outras diretrizes e princípios que estavam sendo pensados e delineados na implantação da Reforma Psiquiátrica em Natal, nós sempre contemplamos a inserção, dentro do desenho da rede, do ambulatório. Que ele fosse um campo de continência intermediária entre os NAPS, naquela época, e a necessidade de internação psiquiátrica. Nesse sentido, nós começamos a visualizar em cada Distrito Sanitário de Natal, o desenho configurado, naquele momento, com, no mínimo, um NAPS, com as unidades básicas funcionando, com o trabalho de referência em Saúde Mental nas unidades básicas, lugares que eram referência no trabalho dos psicólogos. Além de todo o trabalho de articulação institucional e comunitário, mas que nós tivéssemos esses ambulatórios como referência por cada Distrito” (Elizabeth Freitas, psicóloga, supervisora institucional do Ambulatório da Ribeira).

A proposta assistencial da SMS não se efetivou como era desejada; assim, os serviços de referência em Saúde Mental não foram criados. Posteriormente surgiu a idéia de instalação de um ambulatório de Saúde Mental, que funcionasse 24 horas e tivesse leitos de curta permanência. Uma das causas desta configuração foi a cobrança, por parte da área judicial, para a construção de um serviço substitutivo em Saúde Mental que dispusesse de leitos para internações breves. Entretanto, a SMS não dispunha de meios materiais e de recursos humanos que tornassem possíveis a construção de um serviço dessa natureza.

Nos ambulatórios especializados a equipe de Saúde Mental deverá desenvolver ações que contemplem os atendimentos individuais, de casal, da família, de terapia ocupacional, em grupo, terapia medicamentosa, visitas domiciliares, exames, dentre outros (Natal, 1992, p. 15).

“Nós vimos que a idéia inicial, criar um ambulatório, inserir dentro desse local próprio, que também funcionasse vinte e quatro horas, que ele pudesse ter alguns leitos de observação e de curta permanência, que pudesse ter atenção integral” (Elizabeth Freitas,

psicóloga, supervisora institucional do Ambulatório da Ribeira).

“No setor jurídico, pela demanda, pela necessidade, pela aflição que eles vivem no dia-a-dia, eles queriam que nós tivéssemos, tanto ambulatório quanto leito, que déssemos conta daquela necessidade deles. Mas nós tínhamos que ver a nossa realidade, a realidade sanitária, a realidade dos recursos humanos e o que seria possível. Então as discussões duraram muito tempo, nós realmente fomos persistentes, discussões com a comunidade, com o conselho, com o secretário saúde (...)” (Elizabeth Freitas, psicóloga, supervisora institucional do Ambulatório da Ribeira).

Paralela às discussões e planejamentos que objetivavam aliar os interesses para a construção desse ambulatório, foi realizada uma pesquisa epidemiológica no Distrito Sanitário Leste com o intuito de identificar os casos de doença mental na região e daí decidir qual o melhor local para a instalação do serviço.

“Foi feito um perfil, de quantas pessoas, seus estilos de vida, qual era a disfunção, quanto tempo ela tinha sido internada, onde, foi todo um levantamento (...). Nesse primeiro levantamento epidemiológico tem um desenho da necessidade: quem são? Qual o tipo de vida? Diversas instituições da Ribeira, Centro Clínico da Ribeira, o Pronto Socorro das Rocas (...) e nesse ínterim, nós começamos a fazer oficinas: O que é ambulatório? O que é Saúde Mental? O que significa sofrimento psíquico? O que significa trabalho em equipe? O que é cuidado? O que é loucura? O que é cidadania? O que é inclusão social? Existe cura? Existe alta?” (Elizabeth Freitas, psicóloga, supervisora institucional do Ambulatório da Ribeira).

Como a intenção da Secretaria Municipal de Saúde de Natal ao implantar um ambulatório era, dentre outros fatores, instalar leitos 24 horas para o atendimento aos usuários em período de crise, o Centro Clínico das Rocas foi escolhido para sediá-lo,

visto que, neste local, funcionava um serviço de pronto-socorro e isso facilitaria a implantação dos leitos.

Assim, o Ambulatório de Saúde Mental iniciou suas atividades no ano de 2001, permanecendo durante cerca de cinco anos no Centro Clínico das Rocas e sendo transferido para o Centro Clínico da Ribeira em 2005, onde funciona atualmente.

O Ambulatório foi pensado como um serviço de referência em Saúde Mental para o Distrito Sanitário Leste, devendo atender aos usuários egressos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitais psiquiátricos. Os objetivos do Ambulatório abrangiam, também, o acolhimento dos sujeitos em situação de vulnerabilidade/crise, evitando internações ou re-internações psiquiátricas. As ações deveriam abranger consultas psiquiátricas, grupo terapêutico, grupo de familiares, oficinas terapêuticas e atividades de re-inserção social dos usuários.

“Então, assim, o Ambulatório foi criado para dar assistência, ser uma referência em Saúde Mental para o Distrito Leste. Então, teoricamente, a gente atenderia os casos mais graves do Distrito Leste, os pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, dos CAPS. E justamente assim, a gente tentando evitar uma primeira internação, acolher aquelas pessoas que estão numa situação mais perigosa, digamos assim, de maior conflito, e tentar evitar essa primeira internação, como também as re-internações. Porque a gente sabe a história de usuários que passam a vida inteira, que não conseguem sair desse ciclo vicioso do hospital, de internações, re-internações. Então a gente foi pensado pra atuar mais ou mesmo nesse sentido”
(Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

Embora funcionando apenas como ambulatório, pois a proposta inicial dos leitos 24 horas não vingou, a dinâmica do serviço adquiriu características semelhantes aos CAPS, como, por exemplo, a realização de oficinas terapêuticas, grupo de familiares,

grupo terapêutico, ou seja, atividades que extrapolam as consultas psiquiátricas convencionais.

Devido à falta de recursos materiais, de profissionais que integrassem uma equipe e ao espaço físico inadequado, o processo de organização e estruturação do Ambulatório de Saúde Mental se desenvolveu lentamente. Objetivando compor uma equipe, a SMS nomeou duas profissionais, uma psicóloga e uma psiquiatra, mas, em razão da demora no início das atividades, a psiquiatra saiu do serviço. A solução encontrada foi convocar profissionais que já trabalhavam no Centro Clínico das Rocas para formar uma equipe, que foi composta por uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma psiquiatra e uma terapeuta ocupacional.

A carência de serviços de Saúde Mental e a elevada demanda por consultas psiquiátricas tornaram a procura pelo Ambulatório muito grande, sem que o mesmo tivesse capacidade de absorver a quantidade de usuários que buscavam atendimento. Um dos fatores para isso era o fato de que o serviço enfrentava dificuldades que comprometiam seu funcionamento, tais como: a equipe era pequena, a estrutura física era precária, faltavam materiais para as atividades, dentre outras.

A estrutura física do Ambulatório era imprópria para a realização das oficinas e grupos terapêuticos; as salas eram quentes, mal cuidadas, não dispunham de uma boa ventilação e apresentavam um mau cheiro que dificultava o cumprimento das atividades. Casas vizinhas ao Centro Clínico eram usadas por moradores de rua e acumulavam grande quantidade de sujeira, lixo, insetos e ratos, o que ocasionava mau cheiro e obrigava os profissionais a manterem as portas e janelas do serviço fechadas. Como não havia ventilação, também não era possível suportar o calor.

“Lá nas Rocas era um espaço físico completamente inadequado. Era um espaço fechado, mal cuidado, tinha um problema de mau cheiro horrível, dava náusea mesmo. Era insuportável atender nas salas fechadas” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

A mudança para a Policlínica da Ribeira foi bastante favorável para o funcionamento do Ambulatório, pois houve melhorias em relação à estrutura física, à possibilidade de ofertar novas atividades e atender mais usuários. É sobre isso que falaremos a seguir.

10.2. Diagnóstico do atual modo de organização do Ambulatório

O Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira funciona no turno matutino, de segunda a sexta-feira, no horário entre oito horas e meio-dia. Atende principalmente egressos de CAPS e hospitais psiquiátricos e oferece uma gama variada de atividades (grupos, oficinas terapêuticas, consultas psiquiátricas, atendimento à família dos usuários e atividades de reinserção social).

Tomando a definição de Tenório (2001), o Ambulatório da Ribeira é entendido como um ambulatório da Reforma, pois conduz o trabalho em Saúde Mental orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. A estrutura de funcionamento do Ambulatório da Ribeira revela uma nova forma de cuidar situada no espaço ambulatorial, com atividades integradoras (oficinas terapêuticas, grupos, passeios) que visam a ressocialização dos usuários e não se detém exclusivamente na resposta medicamentosa, mas buscam formas de tratamento que são mais associadas aos serviços substitutivos, como os CAPS.

Entretanto, não deixa de ter uma característica do ambulatório “típico”, ser um serviço alternativo ao hospital psiquiátrico. Isto acontece não por incapacidade técnica ou assistencial do Ambulatório da Ribeira, mas pela própria configuração da rede de dispositivos de Saúde Mental, que delimita a posição de serviço alternativo ao ambulatório e de serviço substitutivo aos CAPS, residências terapêuticas e centros de convivência.

O atual espaço físico do Ambulatório da Ribeira não é grande, mas atende bem às necessidades do mesmo. Ele está situado no andar térreo do Centro Clínico, dispondo de sala para realização das oficinas terapêuticas (equipada com armários, mesa, cadeiras e o material das oficinas), sala para as atividades de grupo (o “Bom-dia”, grupo terapêutico e de familiares – equipada com mesa, cadeiras e televisão) e a sala da equipe técnica. Há também uma pequena área de estar, decorada com quadros produzidos pelos usuários, plantas, e onde têm sofá e algumas revistas para leitura.

A estrutura física do Ambulatório é bastante agradável, as salas são bem iluminadas, limpas, ventiladas. Há o cuidado da equipe em manter um espaço confortável, onde os usuários possam conversar, se integrar uns aos outros e se sentirem bem.

Equipe multiprofissional

A equipe técnica que atualmente trabalha no Ambulatório da Ribeira é composta por sete profissionais: dois psiquiatras, duas psicólogas, uma arte-educadora, uma terapeuta ocupacional e uma auxiliar de enfermagem. Embora trabalhem com uma equipe reduzida, os profissionais do Ambulatório têm um bom entrosamento entre si e conseguem efetivar um trabalho de qualidade.

O trabalho em equipe é imprescindível na atenção em Saúde Mental, o diálogo entre diferentes saberes possibilita a construção de novos olhares e percepções sobre os sujeitos em sofrimento. Como aponta Duarte (2004), o trabalho de cuidar em Saúde Mental exige uma heterogeneidade de práticas, procedimentos e instrumentos, e para ser produzido necessita do investimento de uma equipe interdisciplinar, que é o principal meio de instrumentalização das formas de cuidado que se deseja construir no campo da Saúde Mental. É neste sentido que o autor aponta: “O cuidado se torna, sob a égide da Reforma Psiquiátrica, o objeto dos trabalhadores em saúde mental” (Duarte, 2004, p.156). Cuidar, então, significa não desqualificar ou transformar os usuários em objetos de intervenções e procedimentos medicalizantes, mas atender suas singularidades e necessidades, reconhecendo-os como sujeitos. E diferentes saberes podem contribuir de forma mais efetiva para que se alcance formas de cuidado em Saúde Mental que sejam não excludentes e não estigmatizantes.

Durante as observações foi possível perceber que há uma insatisfação dos profissionais com o tamanho da equipe, eles desejavam que esta fosse ampliada e também que houvesse uma maior participação dos psiquiatras nas atividades do serviço. Estes profissionais trabalham em outros serviços de Saúde Mental da SMS de Natal (CAPS II e CAPSad) e têm pouca disponibilidade de tempo para participarem das reuniões da equipe, das supervisões institucionais e das demais atividades do Ambulatório que não sejam as consultas psiquiátricas. Um outro fator apontado pela equipe como justificativa para a pequena participação dos psiquiatras na rotina do Ambulatório, é o fato deles não pertencerem oficialmente à equipe²⁴. A entrevista da psicóloga Cristiane Marcelino evidencia estas questões:

²⁴ No Anexo D há uma descrição do Ambulatório feita pela SMS, onde fica evidenciado que os psiquiatras não pertencem oficialmente à equipe do Ambulatório.

“Hoje mesmo nossa equipe... para o número de pessoas que se atende, é muito pequena a equipe. Então, talvez essa seja uma das maiores dificuldades. (...) A gente se ressentia muito de não ter um psiquiatra do programa, apesar da gente ter dois psiquiatras, são médicos que não estão aqui integralmente, que a gente não pode contar. Não tem um psiquiatra fixo no serviço, vem, mas não consegue atender todo mundo porque vem dois dias. Então, assim, às vezes não participa com a gente, quando marca uma supervisão é uma dificuldade para os médicos estarem presentes, porque naquele dia eles têm 13 pessoas pra atender. Se eles não atenderem naquele dia, não vai ter como atender no dia seguinte” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório da Ribeira).

A entrevista com o profissional da SMS, um dos responsáveis pela atenção em Saúde Mental, aponta uma outra visão sobre esta questão, segundo ele, os psiquiatras são contratados pela SMS, são servidores desta instituição e respondem à mesma pelo seu trabalho. Os psiquiatras podem cumprir suas horas de trabalho em instituições diferentes, desde que cumpram sua carga horária e não devem ser identificados como funcionários de um serviço específico, sejam os CAPS ou o Ambulatório.

Apesar dos psiquiatras serem servidores da SMS e não dos serviços que a compõem, não é assim que a equipe do Ambulatório os enxerga. Foi possível observar que a equipe parece sentir os psiquiatras como não componentes da mesma, embora não se possa aqui afirmar com clareza porque isso ocorre, talvez uma das razões seja o fato destes profissionais terem o trabalho nos CAPS como prioridade ou não se identificarem com a proposta terapêutica do Ambulatório.

“Hoje seria muito interessante ter um psiquiatra aqui, como outros profissionais. Às vezes dá a impressão de que poderia fazer mais, humanizar mais, se tivessem pessoas identificadas com a proposta, que quisessem trabalhar” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório da Ribeira).

Além das dificuldades em relação aos psiquiatras, a terapeuta ocupacional deverá deixar a equipe do Ambulatório, pois foi solicitada para trabalhar no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infantil) e está esperando apenas a inauguração deste serviço para sair do Ambulatório.

Desde sua implantação, a questão da equipe é um problema recorrente que atinge o funcionamento do Ambulatório. Em alguns momentos isto se tornou mais crítico, principalmente quando não havia psiquiatras para realizar o acompanhamento clínico medicamentoso dos usuários. Além disso, os profissionais se angustiam diante dessa dificuldade, pois sentem que ela compromete a execução do trabalho. Há, ainda, outros problemas relativos aos recursos humanos, como o burocratismo e a resistência de profissionais em deixar seus postos cristalizados, em que fazem o que querem e acham melhor, além de não se disporem a se capacitarem para o trabalho nos moldes da Reforma Psiquiátrica.

Demanda atendida

Estão vinculados ao Ambulatório da Ribeira 239 usuários, dos quais 118 são homens e 121 são mulheres. Dentre o total de usuários, há cerca de 50 crianças, que com a inauguração do CAPSi devem ser transferidas para este serviço. A maioria dos usuários do Ambulatório da Ribeira é egressa de hospitais psiquiátricos e/ou CAPS, mas há também a demanda espontânea e a que vem encaminhada por unidades básicas de saúde.

Apesar de ser um serviço de referência em Saúde Mental para o Distrito Sanitário Leste²⁵, o Ambulatório atende pessoas dos outros Distritos Sanitários de Natal e também de municípios que compõem a Grande Natal.

“Teoricamente era para ser só pessoas do Distrito Leste, mas a gente tem pessoas de outros Distritos, da Zona Norte, da Zona Sul, Ponta Negra. Até do interior tem usuários aqui. No começo estávamos de portas abertas, estávamos aqui só esperando, recebendo quem viesse, a gente não recusava só pelo fato de ser da área adscrita. E quando inchou a gente não pode nem dar conta da área adscrita. Imagina do resto” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

Cotidianamente, o Ambulatório é procurado por pessoas em busca de assistência em Saúde Mental, mas sua capacidade de atendimento tem impedido que ele possa absorver todos os usuários que o procuram. Este problema não é restrito ao Ambulatório, também acontece em outros serviços da rede de Saúde Mental de Natal, como os CAPS, que se encontram superlotados e com lista de espera de usuários²⁶.

O Ambulatório não se destina ao atendimento de crianças, ele é voltado ao tratamento de adultos, mas a carência de outros serviços de Saúde Mental que façam esse tipo de atendimento e o fato de um dos psiquiatras ser especialista em Psiquiatria Infantil parece contribuir para que as crianças sejam encaminhadas para lá. O atendimento recebido pelas crianças no Ambulatório é exclusivamente a consulta psiquiátrica, pois os grupos e oficinas são direcionados aos adultos (que é o público alvo do serviço). Embora não seja objetivo deste estudo discutir a demanda infantil em Saúde Mental, esta questão é provocadora de alguns questionamentos: que tipos de

²⁵ O Distrito Sanitário Leste corresponde à Região Administrativa Leste, criada sob determinação da Lei Municipal nº 03878/89 e é composto por 12 bairros: Santos Reis, Rocas, Ribeira, Tirol, Petrópolis, Praia do Meio, Cidade Alta, Areia Preta, Mãe Luiza, Alecrim, Barro Vermelho e Lagoa Seca.

²⁶ Para maiores detalhes ver Alverga (2004).

cuidados podem ser oferecidos para que não se cronifiquem nem se estigmatizem essas crianças? O tão prometido CAPSi será capaz de oferecer uma resposta efetiva ao problema da demanda infantil na rede de Saúde Mental de Natal?

Atividades realizadas

O cuidado em Saúde Mental proposto pelo Ambulatório da Ribeira prioriza os atendimentos coletivos, realizados através dos grupos e das oficinas terapêuticas. Além de ser uma orientação do Ministério da Saúde em relação às novas diretrizes que devem orientar a assistência psiquiátrica, o trabalho em grupo se apresenta como a maneira mais viável de atender a uma clientela numerosa.

O atendimento em grupo também é proposto pelo paradigma da desinstitucionalização, que afirma que o cuidado em Saúde Mental deve ser um trabalho de acolhimento, escuta, criação de vínculos, um “compromisso ético-político” (Duarte, 2004). Esta perspectiva representa a negação do modelo asilar/manicomial e aponta para a construção de novos modos de cuidado, que pretendem romper com a medicalização, institucionalização e psiquiatrização das pessoas em sofrimento psíquico. Mais ainda: significa lançar um olhar de compreensão sobre a pessoa que sofre, auxiliando-a a enfrentar as questões relativas à doença. Propor novas formas de cuidado em Saúde Mental, contrárias ao asilamento manicomial, significa não apenas pensar em novas possibilidades terapêuticas, mas rever as cristalizações, os preconceitos e as representações que temos sobre a loucura, sobre o adoecer psíquico, sobre como tratar das pessoas, acolhê-las e ajudar a diminuir seus sofrimentos.

O Ambulatório vem realizando um trabalho nesse sentido, evitando re-internações ou a primeira internação de seus usuários, propondo atividades de reinserção social, realizando visitas a lugares da cidade, testando possibilidades novas

de cuidado e de acolhimento. E isto é positivo para os usuários, para a equipe multiprofissional e para a definição do Ambulatório como um serviço da Reforma.

A descrição a seguir das atividades está organizada em cinco pontos: acolhimento, grupos, oficinas terapêuticas, atendimento psiquiátrico e atividades de reinserção social.

A prática de acolhimento no Ambulatório da Ribeira está expressa em duas situações: o “Bom Dia” e o atendimento individual aos usuários que procuram o Ambulatório para tratamento (triagem). Neste último caso, o sujeito é ouvido por um profissional da equipe, e caso haja vagas, é marcada uma consulta com o médico. Embora qualquer profissional possa realizar este acolhimento, ele geralmente é feito pelas psicólogas.

Esta triagem/acolhimento é feita como o objetivo de ouvir o usuário, conhecê-lo e saber o que o levou até o serviço em busca de atendimento. O interessante dessa atividade é que ela não tem a preocupação de diagnosticar o usuário, definir sua doença e classificá-la. Essa característica é importante e ajuda na visualização de como deve operar um ambulatório da Reforma.

O “Bom Dia” é um grupo aberto, formado por todos os usuários presentes naquele momento no serviço. Tem como objetivo acolher aos sujeitos e conversar sobre assuntos diversos, acontece todos os dias e dura trinta minutos, é a primeira atividade realizada, somente após o mesmo é que são feitas as consultas, oficinas ou grupos.

“Todos os dias a gente tem o que nós chamamos de ‘Bom Dia’. É um grupo com quem estiver aí pra consulta, familiar, onde a gente senta, faz um acolhimento, dilui um pouco, porque às vezes eles vêm muito carregados, muito cheios de coisas, cheios do final de semana ou da noite, enfim. Então, normalmente, no grupo de ‘Bom Dia’ a gente inclui um pouco disso aí, ele começa às oito e meia

e vai até às nove horas. Aí, às nove horas normalmente tem alguma atividade. Às vezes acontecem atividades simultaneamente” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

O grupo do “Bom Dia” cumpre uma função muito importante: acolher as pessoas que se dirigem ao serviço e oferecer um momento onde elas podem ser escutadas e falar sobre si. Como é um grupo freqüentado não apenas pelos usuários, mas pelos familiares deles e outras pessoas que queiram participar, o “Bom Dia” é uma estratégia de comunicação e também uma estratégia terapêutica bastante eficaz.

O termo “acolhimento” tem sido recorrente no relato de profissionais “psi” que trabalham em serviços de saúde. Embora não exista na lista oficial de procedimentos, é uma prática com características variadas, que vem se disseminando na rede. O acolhimento parece ser uma tentativa de receber o usuário, ouvi-lo, acolhê-lo, mesmo que o serviço não possa comportá-lo e parece sinalizar uma tentativa do serviço em dar alguma resposta ao usuário ou o passo inicial no processo de assistência.

O Ambulatório da Ribeira oferece três atividades de grupo: grupo terapêutico, grupo de familiares e o atendimento psiquiátrico coletivo. Os grupos são estratégias de cuidado muito importantes e de grande valor terapêutico, não apenas porque permitem alcançar mais usuários, mas porque favorece um maior crescimento emocional, a troca de experiências, o compartilhamento do sofrimento, das vivências, das dificuldades em lidar com a doença e com as perdas que ela acarreta (Bogado & Castro, 1997).

O grupo terapêutico tem a característica de ser fechado, ou seja, ele é composto por um número específico de usuários, mas pode haver a admissão de novos participantes. A limitação do número de usuários, o fato de não ser um grupo numeroso nem aberto a todos os pacientes do Ambulatório, deve-se à questão do sigilo e da confiança que o mesmo exige. É necessária a construção de um vínculo de confiança

entre os usuários e destes com os profissionais que coordenam o grupo. A frequência do grupo terapêutico é semanal e tem duração de uma hora e quinze minutos. A condução do grupo é feita por dois técnicos, tendo sempre a presença de uma das psicólogas.

O grupo é um dispositivo de acolhimento e escuta onde os discursos podem circular e propiciar uma sensibilidade sobre si e sobre o outro. Bogado e Castro (1997) afirmam que o grupo também é um instrumento de reinserção social, que propicia o acontecimento de momentos terapêuticos, o compartilhamento das experiências de sociabilidade e o encontro entre os sujeitos.

O grupo de familiares é voltado às famílias dos usuários que estão em tratamento no Ambulatório. O objetivo deste grupo é permitir a troca de informações, impressões e sentimentos entre os familiares, que podem expressar e compartilhar as questões relativas ao convívio com seus parentes em sofrimento psíquico. Os temas discutidos são diversos, os familiares compartilham suas próprias experiências como cuidadores, relatam suas questões pessoais e as dificuldades em conviver com o usuário.

“Eles trazem muitas vezes, trazem conteúdos deles, de como estão, das dificuldades de lidar com o paciente. Normalmente eles trazem também muito o relato do paciente, como ele está, como está em casa, o que aconteceu. Então, há muito essa troca junto com a equipe, de como está esse usuário. Para até traçar algum projeto, para tomar alguma providência, alguma coisa, ou para marcar um retorno com o médico” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

O grupo é realizado quinzenalmente, houve um período que sua frequência era semanal, mas os familiares solicitaram para que o mesmo fosse quinzenal, tal como pode ser observado pela entrevista:

“O grupo é de 15 em 15 dias. Durante mais de 2 anos ele funcionou todas as semanas. Era um grupo semanal. Mas daí os próprios familiares alegaram que era muito difícil o deslocamento, que se fosse de 15 em 15 dias eles poderiam participar mais assiduamente” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

O envolvimento das famílias com o grupo e com o tratamento dos usuários é relativo, há familiares que comparecem freqüentemente e outros que nunca foram ao serviço. Mas, gradativamente, a participação dos familiares no grupo e também em outras atividades do Ambulatório (como o bazar, confraternizações) vem aumentando. A equipe às vezes envia convites para as famílias como forma de convocá-las a freqüentar o grupo. Estudos sobre o atendimento às famílias no campo da Saúde Mental (Moreno & Alencastre, 2004; Pereira, 2003; Souza & Scatena, 2005) mostram que esta questão configura-se como um desafio aos profissionais de saúde e exige que estes compreendam a realidade social, cultural e econômica em que aquelas se inserem, para que a assistência prestada esteja em acordo com esta realidade. Assim, os profissionais devem se despojar de uma representação ideal de família e tomá-la como parceira na construção de possibilidades terapêuticas:

Os profissionais, muitas vezes, trabalham com a concepção de uma família idealizada, de maneira que precisam se desprender de preconceitos e compreender a família em sua singularidade, dando o suporte necessário, a fim de efetivá-la como parceira e alvo do cuidado em Saúde Mental (Souza & Scatena, 2005, p. 174).

Quando se fala em atendimento às famílias dos usuários, pensa-se logo em um grupo formado por pessoas que tem um parentesco consangüíneo com o sujeito em sofrimento psíquico. No entanto, essa idéia de família precisa ser ampliada e deve abarcar todos os cuidadores desse sujeito, ou seja, quem cuida deve ser compreendido

como familiar, talvez não o seja pelo laço sanguíneo, mas, certamente, o é pelo laço afetivo. Assim, o próprio termo *familiar* assume o sentido daquele que é próximo, é a pessoa que me conhece e que se deixa ser conhecida por mim. Pensando nisso, o familiar pode ser um vizinho, um amigo, uma instituição, um grupo do qual o usuário faz parte, a igreja que frequenta. Portanto, a abordagem à família precisa ser extensiva a todas as pessoas, instituições ou grupos que atuam como acolhedoras do usuário, a compreensão do que é família não deve se restringir aos parentes consanguíneos.

Apesar de enfrentar dificuldades, o grupo de família tem efeitos positivos sobre o tratamento dos usuários e o convívio destes com suas famílias, pois propicia uma aproximação entre ambos:

“Alguns familiares colocam, por exemplo, que o grupo familiar é um momento de fortalecimento pra eles. Entendeu? Aonde eles vêem, de repente, que outras pessoas se encontram na mesma dificuldade, que enfrentam dificuldades parecidas e isso acaba fortalecendo, porque através do espelho do outro se encontra alternativas para lidar com a sua própria situação. Eles gostam muito desse grupo, desse momento” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

O atendimento ambulatorial parece ser um facilitador para a autonomia do usuário e a responsabilização deste sobre seu tratamento, o que pode ajudar na facilitação da sua relação com a família e o meio social. Em uma pesquisa sobre este tema, Moreno e Alencastre (2004) observaram que quando o usuário está em atendimento ambulatorial, os familiares estimulam sua autonomia, e, dessa forma, a convivência fica mais próxima daquela das “famílias normais”, em que cada um tem suas obrigações e evitam sobrecarregar os outros membros.” (p.180).

O atendimento psiquiátrico coletivo trata-se de um atendimento grupal: os usuários foram divididos em dois grupos, a partir das características dos seus sintomas (neurose e psicose), cada um deles tem pouco mais de 10 pessoas. É conduzido por um dos psiquiatras do serviço e tem frequência mensal.

O grupo de atendimento psiquiátrico é uma atividade que pode propiciar efeitos terapêuticos aos usuários, tanto pelas qualidades do atendimento grupal quanto pela experiência de romper com o modelo de uma consulta psiquiátrica tradicional, além de ser uma forma de realizar o atendimento psiquiátrico sem reduzi-lo à medicação ou à interpretação dos sintomas dos usuários visando relacioná-los a um diagnóstico. Durante a fase de observações não foi permitido acompanhar a realização deste grupo, devido às mesmas razões que não permitiram o acompanhamento do grupo terapêutico, mas, ainda assim, as falas dos técnicos e usuários demonstravam que esta atividade produzia benefícios sobre o tratamento dos usuários.

Priorizam-se, no Ambulatório, os atendimentos em grupos, mas os atendimentos e escutas individuais também são necessários e, quando isto ocorre, algum técnico conversa com o usuário e faz esse tipo de acolhimento. Entretanto, a equipe tem o entendimento de que a escuta individual não deve se estabelecer como um procedimento sistemático, incorporado à rotina do serviço, mas como uma prática que está subordinada a uma real necessidade de escuta do usuário em determinado momento.

No Ambulatório são realizadas diferentes oficinas terapêuticas: artesanato, trabalhos manuais, pintura, jardinagem, beleza. Tal como acontece nos grupos, as oficinas são espaços de cuidado que promovem a socialização e a experimentação de habilidades, estimulando a criatividade e a experiência da criação de quadros, pinturas, artefatos. Além da possibilidade de criar objetos concretos, há a criação de vínculos entre os usuários e destes com a equipe. O momento da oficina, menos formal que o

grupo, por exemplo, permite a espontaneidade de conversas, desabafos, choros, da expressão dos sentimentos.

Segundo Távora e Lopes (1997), as oficinas terapêuticas produzem três efeitos benéficos: facilitam a adesão dos usuários ao tratamento; o ambiente de descontração e convivência proporcionado pela mesma aumenta as possibilidades de demonstração de afeto e cumplicidade; um usuário é “terapeuta” do outro, escuta o amigo, dá conselhos, opina e conta como enfrentou seus problemas. Além disso, as oficinas terapêuticas são importante estratégia de cuidado para o paradigma da Reforma e têm assumido, nas políticas de Saúde Mental brasileiras, um espaço de destaque. Pode-se até mesmo dizer que elas são o “carro-chefe” de apresentação dos serviços ditos substitutivos ou da Reforma.

As oficinas são espaços de conversa, diálogo, os usuários falam de suas vidas, das famílias, dos relacionamentos, relembram de fatos do passado, falam do cotidiano. Enfim, compartilham suas experiências. O convívio vivenciado na oficina permite à equipe conhecer melhor os usuários e assim poder ajudá-los, ou seja, “a oficina produz efeitos terapêuticos, principalmente por sua característica de continente das vivências individuais e grupais, porque ali se conquista credibilidade para tais vivências; de modo que se estabelecem para cada um e o grupo, pontos de referência.” (Távora & Lopes, 1997, p.536).

A realização das oficinas e dos grupos (de família e terapêutico) está condicionada ao acompanhamento da atividade por pelo menos dois técnicos da equipe, enquanto um dos profissionais conduz o andamento da atividade, o outro descreve no livro de registro aquilo que foi feito, que foi debatido, enfim, descreve o que aconteceu. Houve um período em que as atividades não estavam condicionadas a esta presença de

dois profissionais, mas a avaliação posterior da equipe, feita isoladamente e também nas supervisões institucionais, demonstrou a necessidade de realizar tal mudança.

Em relação às consultas psiquiátricas, elas são agendadas previamente e realizadas pelos dois psiquiatras do Ambulatório, eles atendem em dias alternados, nas segundas, terças, quintas e sextas-feiras. Os atendimentos psiquiátricos são organizados pela auxiliar de enfermagem e feitos em salas do Centro Clínico²⁷ localizadas em área vizinha ao espaço do Ambulatório.

Um dos psiquiatras trabalha no CAPS II Leste (também localizado no Distrito Sanitário Leste) e tal fato parece facilitar o trânsito de usuários entre o Ambulatório da Ribeira e este CAPS. Ou seja, há um movimento de encaminhamento de usuários entre estes dois serviços: o usuário que tem alta no CAPS pode vir a ser acompanhado pelo Ambulatório ou estar em tratamento neste e necessitar de uma atenção mais intensa, sendo levado ao CAPS. O que se observa no caso do Ambulatório da Ribeira é que esse movimento parece depender muito do fato de um dos psiquiatras trabalhar em ambos serviços e realizar com frequência tais encaminhamentos.

“Essa é uma facilidade. (...) Quando eram outros médicos, a gente também tinha esse fluxo. Às vezes é complicado, algum usuário nosso está em crise e a gente quer que vá no CAPS e às vezes o CAPS não pode atender porque tem uma lista de espera. Eles dão prioridade a uma lista de espera. A gente já discutiu e já tentou que essa coisa fosse mais fluida, de ida e volta. Mas existe isso. Independente do fato do médico estar nos dois lugares, já existia. Mas certamente, sendo o mesmo médico, facilita. (...) Porque, por exemplo, Susana está lá e cá, então é mais fácil, até porque depende principalmente do médico essa questão. O médico é que normalmente vai fazer esse encaminhamento, dar essa alta do serviço e acolher aqui. Então, o trânsito é muito mais fácil. (...) Porque é o mesmo médico que vai atender

²⁷ O Centro Clínico da Ribeira também oferece consultas psiquiátricas, mas os profissionais que as realizam não são os mesmos do Ambulatório.

e ela vai trabalhando tanto o desligamento deles lá, o desmame deles lá, como também a acolhida aqui. Então acaba facilitando” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

Esse fato nos remete à discussão da diretriz de referência e contra-referência. Embora o SUS tenha como proposta o funcionamento em rede, verifica-se que, no caso do Ambulatório da Ribeira, isso não acontece. Os encaminhamentos, a relação interinstitucional, não dependem de uma política em saúde, mas de iniciativas pessoais que não têm critérios determinados para as escolhas e que podem, ao ceder espaço para alguns casos, impedir que outros usuários, talvez mais necessitados, tenham acesso aos serviços.

No período de observação foi possível visualizar que não há a realização de atendimentos feitos em parceria entre os psiquiatras e os demais profissionais do Ambulatório. Os aspectos relacionados à medicação são resolvidos exclusivamente pelos médicos. Os motivos para tal questão são justificados pela falta de tempo destes profissionais para se reunirem com a equipe e/ou pela reprodução de uma relação de poder onde o médico ocupa uma posição de onipotência. Posição esta que, muitas vezes, é outorgada a ele pelo próprio sistema de saúde e decorre, inclusive, da própria formação médica.

No Ambulatório também são desenvolvidas atividades de reinserção social, que buscam a inclusão dos usuários e o avanço da discussão sobre a Reforma Psiquiátrica na sociedade. Objetivam, também, o aprendizado da convivência com a diferença, o combate à exclusão, à cronificação e ao confinamento, e o incentivo à construção de espaços de acolhimento. Távora e Lopes (1997) afirmam que uma proposta de reinserção social de usuários em saúde mental deve abranger a inclusão destes em projetos culturais e sociais, além de incentivar o convívio familiar e comunitário. Isso é

feito no Ambulatório por meio de atividades como: os passeios, os bazares, as confraternizações (comemoração de aniversariantes do mês, Natal, festas juninas) e as parcerias com a comunidade.

Os passeios são praticamente as únicas atividades que acontecem fora do Ambulatório. Graças a eles, os usuários já visitaram diversos lugares: foram ao cinema, Centro de Turismo, Cidade da Criança, shoppings, ao jornal “A República”, praia da Redinha, entre outros.

Os bazares são eventos onde são comercializados alguns dos produtos confeccionados pelos usuários nas oficinas ou que foram doados ao serviço, geralmente acontecem duas vezes ao ano. No caso específico dos bazares, estes foram pensados, inicialmente, como uma atividade terapêutica, mas devido às deficiências de materiais e de verba para aquisição destes, ele tomou um sentido diferente e virou um meio de arrecadar dinheiro para suprir as carências do Ambulatório. A transformação do bazar numa atividade comercial provocou o afastamento dos usuários das oficinas, pois elas passaram a servir de espaço para a produção dos artigos que seriam vendidos. Ao perceber esta questão, a equipe se reuniu para reavaliar a realização dos bazares e atualmente o dinheiro ganho neles é utilizado em atividades como os passeios, por exemplo: pagar o transporte, o ingresso do cinema, fazer um lanche.

Este desvirtuamento do objetivo inicial do bazar ocorreu devido às dificuldades existentes na aquisição de materiais de expediente e também para as oficinas terapêuticas. Embora houvesse o financiamento direcionado à compra de medicamentos, o processo para obtenção de outros recursos é extremamente burocrático e moroso. Assim, embora sejam cobradas do serviço atividades de ressocialização, de grupos e oficinas, existem poucos incentivos à efetivação das mesmas, a maior parte dos recursos destina-se aos remédios. Tal realidade revela que a atenção

médica/curativa/medicamentosa ainda prevalece, ainda que se observe o funcionamento de dispositivos extra-hospitalares e substitutivos em Saúde Mental.

“O nosso bazar, no começo, ele era absolutamente terapêutico. Os usuários participavam, traziam doação de casa. Participavam do valor, dos preços, do que eles achavam que deveria ser cobrado por aquilo. O bazar era realmente terapêutico. Mas só que ele virou meio de vida do serviço. (...) E começou a se produzir, a se fazer as oficinas com o objetivo de produzir para vender as coisas no bazar. Então era uma coisa muito comercial mesmo. E os usuários até se afastaram... Deixou de ser uma coisa deles, pra ser uma coisa, uma oportunidade pra fazerem bons negócios, vamos dizer assim. Perdeu completamente o caráter terapêutico. E aí a gente também, com um tempo, avaliou que não era essa a nossa função. A gente tem até algum dinheiro em caixa de bazar, mas a gente já não usa para comprar material, repor material para as oficinas” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

As confraternizações são realizadas para comemorarem aniversários ou alguma festividade, como Natal, carnaval e festas juninas. Reúnem a equipe, os usuários, os familiares destes e também outras profissionais que trabalham no Centro Clínico. No período das observações houve a festa de Natal, a participação dos usuários e familiares foi muito boa, inclusive ajudando a decorar o Ambulatório com enfeites natalinos.

As parcerias com a comunidade e com os outros serviços também localizados no Centro Clínico da Ribeira são poucas, e este problema vem desde o tempo em que o Ambulatório funcionava nas Rocas. Embora este bairro tenha vários equipamentos sociais (escolas, centros desportivos, clube de mães, clube de idosos, associações de moradores), o Ambulatório não tinha parceria com nenhum deles. Esta questão é reconhecida pela equipe como uma deficiência, diante da qual se vê impotente, pois a dinâmica do serviço exige um grau de comprometimento que gera um desgaste

emocional, desestimulando a construção de atividades fora do âmbito físico do Ambulatório.

“Isso é uma coisa que desde o início a gente sente falta. Sabe aquela deficiência consciente? Que a gente sabe que isso é uma coisa que a gente não tem. A sensação que me dá é que quando a gente chega no serviço é tão absorvido, a demanda é tão grande, que fica difícil a gente sair dos muros, sair daqui do espaço físico. E talvez a gente acabe se acomodando mesmo. Por quê? Porque gasta menos energia. Já gasta muita energia ficar aqui. E talvez o gasto seja menor, seja mais cômodo, mais confortável, ficar aqui... Algumas tentativas a gente faz... Mas realmente a gente não tem feito muita coisa nesse sentido” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

Desde que o Ambulatório se instalou na Ribeira, algumas experiências de articulação com a comunidade já foram feitas, como por exemplo: alguns professores voluntários deram aulas de artesanato; uma cabeleireira e proprietária de um salão no bairro, realizou uma oficina sobre cuidados com a higiene e saúde.

Tratar na comunidade não envolve apenas levá-la ao serviço, mas, principalmente, sair do serviço ao encontro da comunidade, encontrar-se com ela, promover essa integração e promover aos usuários o exercício da cidadania. Isso pode ser expresso ao realizar atividades conjuntas, ao providenciar documentos, discutir questões sociais, políticas, entre outras ações.

“A maioria das pessoas, a grande maioria não tem registro de nascimento, (...) não tem os atributos necessário para a cidadania, então a gente discute, conversa, questão da eleição, questão do bairro...” (Elizabeth Freitas, psicóloga, supervisora institucional do Ambulatório da Ribeira).

Atualmente vem sendo discutida a realização de um trabalho em conjunto com a equipe do Programa Saúde da Família (PSF) da comunidade do Paço da Pátria, localizada próxima ao Ambulatório. A equipe tem se reunido e, juntamente com a supervisora institucional, tem debatido as formas de entrar em contato com a equipe do PSF para conhecer a realidade local.

A entrevista com a supervisora do Ambulatório ajuda a compreender as propostas de integrarem o serviço à comunidade onde ele se localiza:

“Então, articulação com associação de moradores, com associação de bairro, com todo esse trabalho, foi feito junto à equipe. O Ambulatório, a proposta inicial dele, é que ele tenha mobilidade, tenha movimento, que a clínica seja pautada no sujeito e na visão social. Esse é o princípio que vai demarcar a diferença do ambulatório de um modelo de medicina tradicional de um ambulatório que tem o modelo da Reforma, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica” (Elizabete Freitas, psicóloga, supervisora institucional do Ambulatório da Ribeira).

A reinserção social dos usuários de serviços de Saúde Mental é uma questão que envolve não apenas o compromisso do serviço de saúde e da equipe multidisciplinar em propor e realizar atividades que atinjam tal objetivo. Ela está relacionada também ao contexto social em que vivemos, às questões sócio-econômicas e culturais. Adoece-se devido ao desemprego ou porque se tem um trabalho desgastante, por perdas afetivas, por fome, por não ter onde morar, por falta de perspectivas de que a vida pode ser diferente. Como dizer a uma pessoa que não acredita mais em si que ela é importante?

O que propor como recursos viáveis de re-inserção nesse contexto social, se sabemos que justamente é esta possibilidade que fica comprometida na maioria dos casos de pessoas que fazem crises? Como propor um trabalho

terapêutico que objetiva a reconstrução de laços familiares, relacionais de modo geral, no momento em que vivemos justamente a crise destes valores? (Corbisier, 2000, p. 291).

Reinsere os usuários na sociedade, promover sua circulação nos mais variados ambientes e transformar a visão da sociedade em relação às pessoas que sofrem com algum transtorno mental são algumas das tarefas mais difíceis de se alcançar quando se trabalha com a proposta da Reforma Psiquiátrica. A sociedade, como assim denominamos, parece muitas vezes o outro, ou seja, alguém estranho e distante do convívio. Isto não é verdade, pois a sociedade é composta por todos nós. Portanto, todos estamos incluídos como autores da estigmatização e do preconceito. Não é apenas a pessoa estranha/diferente que exclui o sujeito em sofrimento psíquico, mas também seu familiar, seu vizinho, seus pares, os profissionais que o assistem. O próprio usuário se discrimina, considera-se incapaz de trabalhar, estudar, de realizar suas obrigações diárias. A entrevista com a psicóloga do serviço mostra um pouco como isso se manifesta:

“Porque a gente até gostaria que eles acreditassem que eles poderiam trabalhar, se sustentar, tudo. Mas é como se eles aclamassem: ‘por favor, ateste que eu sou inválido, para todo o sempre’. Para ter para sempre uma aposentadoria. Então, assim, é muito difícil. Porque grande parte dos nossos usuários, eles têm muito pouco recurso, seja afetivo, social, familiar, financeiro, econômico. Então, realmente, não têm muito com quem contar. Então é muito difícil essa re-inserção” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

As atividades de reinserção são defendidas tanto pelos gestores como pelos profissionais que atuam no serviço. Segundo eles, embora este seja um dos objetivos mais difíceis de se alcançar, é um dos mais significativos, pois coloca a diferença num

espaço coletivo, no qual o sujeito experimenta seu direito de ir e vir, de transitar pela cidade, de experimentar. E a sociedade vive uma experiência de convívio com a diferença, mesmo que para segregá-la. Contudo, se esse espaço de intersecção não existe, cristaliza-se ainda mais o estigma e o preconceito em relação à loucura.

“Circular nesses ambientes é muito importante. Quando a gente foi no cinema... Ninguém tinha ido ao cinema antes, quer dizer, tinha um que tinha ido quando era criança. Você circular com os usuários no shopping, ir ao cinema, comer uma pizza depois, o que qualquer cidadão tem direito e faz. Onde está escrito que ele não pode freqüentar, que não pode visitar? Não pode conhecer não pode passear?” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

“Importante é o trabalho de inclusão social. (...) A perspectiva da prevenção e inclusão, reduzir o agravo à situação de sofrimento psíquico, prevenir determinadas situações que são indicadoras, que agravam um quadro clínico maior. Têm várias estratégias de intervenção para a prevenção. O trabalho no território é muito amplo, é muito complexo, os indicadores que interferem nas questões da saúde integral, as questões de vida, as questões de moradia, a possibilidade de criatividade e de criação. Criar meios que possibilitem ao usuário contracenar na cidade.” (Elizabeth Freitas, psicóloga, supervisora institucional do Ambulatório da Ribeira)

Neste sentido, é possível avaliar que o Ambulatório da Ribeira consegue alcançar resultados positivos, como, por exemplo, reduzir do número de internações dos seus usuários e oferecer atividades de ressocialização que ajudam a ampliar a circulação destes nos espaços sociais. Embora estas experiências de ressocialização ainda sejam tímidas, é possível visualizar que elas operam efeitos benéficos sobre a vida dos usuários, os fazem serem reconhecidos como sujeitos com direito a sair, se divertir, freqüentar um curso, trabalhar.

Rotina de funcionamento

A organização do cotidiano do Ambulatório, as atividades ofertadas e o planejamento dos atendimentos, são eventos discutidos pela equipe junto aos usuários e organizados de forma flexível e de acordo com as necessidades surgidas. Por exemplo, durante o período em que foram realizadas as observações os usuários manifestaram interesse em produzir um jornal. Então, na rotina do serviço foi criado um momento – através das oficinas, do “Bom-dia” e de outras atividades que reunissem os usuários – para que a equipe discutisse com os mesmos como isso poderia ser feito. Debateu-se o nome do jornal, as seções que seriam incluídas, quem gostaria de escrever algum texto, poesia, piada. E os usuários participaram ativamente de todo o processo, escolheram o nome do jornal, escreveram, ou seja, foi uma experiência muito rica para os usuários e para a equipe profissional. Inclusive foi agendada uma visita ao jornal “A República”, localizado próximo ao Ambulatório, onde há um museu em que se visualiza o processo antigamente usado para feitura de um jornal.

“A rotina do serviço já passou por fases diferentes. A gente tenta, na medida do possível, ver o que é que está acontecendo, quais são as falhas que estão existindo. Como é que a gente pode agrupar as atividades de acordo com os dias, com os profissionais que vêm naqueles dias, têm vários fatores que vão interferindo. Não é algo fechado. A gente tenta ter a participação deles (...). É uma coisa que parte também deles. Como parte da gente. É uma rotina que vai sendo criada, não é fixa” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

O diálogo da equipe com os usuários é algo que acontece cotidianamente no Ambulatório da Ribeira e tem produzido efeitos positivos, gera confiança nos usuários para se expressarem e exporem suas opiniões e pontos de vista, o que,

conseqüentemente, colabora para a autonomia deles e para o estabelecimento de um ambiente acolhedor.

Nas segundas-feiras o Ambulatório funciona apenas com expediente interno, pois estes dias são reservados para a reunião da equipe e também para a supervisão institucional. Este dia da semana é utilizado para o estudo de casos, para o planejamento da programação da semana, das atividades a serem realizadas e também para a avaliação do funcionamento do serviço.

Além das segundas-feiras a equipe também costuma se reunir para conversar ao final do expediente, todos os dias. Então, durante cerca de 15 a 30 minutos se repassa o que aconteceu no dia, fala-se sobre os usuários, sobre as pessoas que procuraram o Ambulatório em busca de atendimento, enfim, sobre o cotidiano do serviço. Este momento foi bastante aproveitado durante o período da realização das observações, pois era possível conhecer mais sobre o Ambulatório e compreender como o mesmo funcionava, sua dinâmica interna.

“A gente tem a segunda-feira que é só expediente interno. E normalmente depois do expediente, (...) a gente se encontra. É o momento que a gente vai se encontrar, sentar, vai conversar sobre fulano, passar a ocorrência do dia, digamos assim, quem ligou, quem não ligou, quem veio, quem procurou, que familiar, que usuário. Então depois das atividades a gente sempre se encontra. Dependendo do andamento do serviço a gente tem essas trocas” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

Em geral, a cada mês a equipe do Ambulatório se reúne para a realização da supervisão institucional. Esta atividade envolve a avaliação do serviço, discussões de casos clínicos, dos grupos e oficinas; é um espaço onde se problematiza a qualidade do cuidado prestado, as dificuldades enfrentadas e as expectativas de melhorar o

Ambulatório. Na supervisão institucional também se discute a adequação do serviço à proposta da Reforma Psiquiátrica, avalia-se o trabalho desenvolvido e como ele tem se conformado em relação às políticas de Saúde Mental brasileiras. Então, atualmente um tema que tem emergido é a articulação do Ambulatório com as equipes de saúde da família (PSF) atuantes em comunidades próximas ao Ambulatório. A profissional que realiza a supervisão institucional do Ambulatório da Ribeira também esteve à frente do processo de criação do serviço e é uma das entrevistadas deste estudo.

“Nós, do ano passado para cá, estamos discutindo juntos se vamos entrar em contato com o pessoal do PSF. Qual a situação? O que remete? Como é o PSF da área? Qual a realidade local? Falta fazer essa complementaridade, esse compartilhamento dessa responsabilidade. A responsabilidade compartilhada da ação. Nós vamos aprofundando as discussões dessas diretrizes gerais, que elas vieram dando sentido à Reforma Psiquiátrica e à Reforma Sanitária, que é o trabalho da atenção básica. Então, a grande preocupação da equipe e, no caso minha, enquanto supervisão, é o cuidado para não perder o sentido de equipe, que o Ambulatório não descaracterize o objetivo principal que é movimento, mobilidade. Então a clínica toma uma dimensão social, em termos de criatividade, ela vai estar muito atenta com a questão do sujeito, mas um sujeito social, sujeitos que não tem casas, há pessoas que moram na rua, moradores de rua”
(Elizabeth Freitas, psicóloga, supervisora institucional do Ambulatório da Ribeira)

A frequência dos usuários ao ambulatório, isto é, a delimitação do(s) dia(s) de atendimento, é determinada a partir dos interesses dos usuários em relação às atividades daquele(s) dia(s) e dos objetivos esperados com o tratamento. Por exemplo, se um paciente manifesta interesse por trabalhos manuais, ele pode participar de uma oficina que trabalhe com artesanato ou pintura. De forma geral, observa-se que cada usuário

costuma ir ao ambulatório durante um ou dois dias da semana, exceto aqueles que vão apenas uma vez ao mês para a consulta psiquiátrica.

“Esses pacientes, eles não, nem todos vêm todos os dias ao serviço. É como se cada um tivesse uma forma de atendimento individualizado. Alguns vêm só pra consulta, mensalmente, por exemplo. Outros vêm e participam dos grupos terapêuticos, outros vêm e participam das oficinas, outros vêm e participam das duas coisas” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

A frequência não-regular dos usuários e o funcionamento em um turno, imprimem ao Ambulatório da Ribeira uma característica que os entrevistados definiram como menor intensidade de cuidados e uma demanda menos intensa quando comparado aos CAPS, que funcionam dois turnos e cujos usuários podem ir ao serviço todos os dias da semana e permanecerem o dia inteiro em tratamento. Faz parte da própria caracterização de um ambulatório esse tipo de funcionamento, que permite uma maior mobilidade e fluxo dos usuários e estratégias de cuidado mais flexíveis.

O modo de funcionamento do Ambulatório parece permitir uma maior circulação dos usuários, percebe-se que eles se sentem à vontade no serviço, livres para se movimentarem e isto pode colaborar para o exercício da autonomia. Essa idéia de movimento está relacionada ao próprio significado do termo “ambulatório”: “lugar de deambulação, de movimentação, de tratamento efetivo para quem de fato quer e precisa.” (Corbisier, 2000, p. 296).

As atividades e os fatos ocorridos cotidianamente no Ambulatório são relatados nos livros de registro. Há os livros destinados às situações específicas, por exemplo, livro de registro das oficinas, livro do grupo terapêutico; e o livro que descreve a rotina do serviço como um todo, ou seja, os acolhimentos feitos, os comunicados recebidos da

SMS, usuários atendidos e outras informações relacionadas ao funcionamento do ambulatório.

Os livros de registro funcionam como instrumento de comunicação entre os membros da equipe. Através deles é possível se inteirar do que aconteceu no serviço. Por exemplo, se um dos profissionais esteve ausente, através do livro ele pode saber o que aconteceu, as atividades que foram feitas, os usuários que compareceram.

A literatura, ao discutir o funcionamento e organização dos serviços de Saúde Mental, costuma apontar os CAPS como serviços ofertantes de um cuidado mais intenso que aquele prestado pelos ambulatórios. Entretanto, algumas questões com as quais nos deparamos no decorrer deste estudo nos permitem contestar tal afirmação. Evidentemente, os CAPS desenvolvem um trabalho de atenção diária, nos dois turnos, em que os usuários vão todos os dias ao serviço e este funcionamento demanda uma qualidade de cuidados muito intensa. Qualidade esta que também é exigida, por exemplo, ao Ambulatório da Ribeira.

Através do acompanhamento do funcionamento do Ambulatório da Ribeira, das atividades desenvolvidas e das entrevistas realizadas, observou-se que essa pretensa menor intensidade de cuidados lá existente não se confirma e nem deve ser mensurada pela questão do horário de funcionamento e frequência dos usuários ao serviço. O cuidado em Saúde Mental oferecido pelo Ambulatório é intenso, ou seja, ele demanda investimento afetivo e comprometimento dos profissionais que lá atuam e exige destes uma postura ética frente às questões da Reforma Psiquiátrica. Além disto, ele produz resultados positivos nas vidas dos seus usuários, expressos na diminuição do número de internações e no impedimento à ocorrência de primeiras internações.

Ambos os espaços – CAPS e ambulatórios – podem ser igualmente intensivos, e o que define esta questão não é o turno de trabalho, o número de atividades ou de

usuários atendidos. Um elemento que pode ajudar a compreender a intensidade de um serviço é o comprometimento dos seus profissionais, a inquietação que sentem diante do sofrimento do outro e que pode mobilizá-los a oferecer um cuidado intensivo, onde haja acolhimento, escuta, sensibilidade. Alves e Guljor (2006) assinalam que o conceito de intensidade foi utilizado pela Psiquiatria tradicional para designar o tipo de cuidado ofertado. Assim, entre o ambulatório e o hospital psiquiátrico haveria uma diferença gradativa de intensidade: “Para problemas de intensidade mínima, o ambulatório; problemas de intensidade média, o hospital-dia ou outro tipo de dispositivo com a característica de assistência diária; e os problemas de grande intensidade, inevitavelmente, o hospital psiquiátrico.” (p. 223). Se se pretende construir novos modos de cuidado em Saúde Mental, através de uma rede diversificada de serviços, contrária ao modelo manicomial divulgado pela Psiquiatria tradicional, então se deve também adotar uma nova postura em relação a esta questão e reconhecer a intensidade dos cuidados a partir de indicadores como o acolhimento, a disponibilidade em escutar e ajudar o outro a lidar com seu adoecimento.

Aspectos organizativos

Os aspectos aqui denominados de organizativos dizem respeito à produtividade, financiamento e situação do Ambulatório em relação à sua inserção na unidade de saúde do Centro Clínico da Ribeira.

A produtividade do Ambulatório é registrada num formulário²⁸ específico deste serviço, mas é calculada mensalmente e em conjunto com todos os demais serviços e atendimentos oferecidos pelo Centro Clínico da Ribeira. Ou seja, os profissionais do

²⁸ Vide Anexo E.

Ambulatório contabilizam sua produtividade e a encaminham para a direção do Centro Clínico, sendo o valor da mesma calculada a partir do total da policlínica.

O formulário do Ambulatório indica seis tipos diferentes de atividades: consulta em assistência especializada, terapias de grupo, consulta em Psiquiatria, atendimento em oficina terapêutica I (realizada por profissionais de nível médio), atendimento em oficina terapêutica II (realizada por profissionais de nível superior) e grupo do “Bom Dia”. Os passeios, confraternizações ou outras atividades realizadas fora do espaço físico do serviço são registradas como atendimentos em oficina terapêutica II. Além da produtividade, a equipe do Ambulatório recebe também a GPL²⁹ (Gratificação por Local de Exercício).

O Sistema Único de Saúde (SUS) exige dos profissionais uma produtividade, ou seja, uma quantidade mínima de atendimentos que deve ser realizada diariamente, e remunera baseado na mesma. Dessa forma, prioriza a quantidade de atendimentos realizados em detrimento da qualidade dos mesmos. O SUS, apesar de divulgar políticas de saúde que se dizem baseadas no paradigma da promoção à saúde, remunera pela doença, o trabalho ainda é regido sob essa égide ou, na melhor das hipóteses, pela tentativa de evitá-la. Nessa lógica, onde ficam as atividades preventivas e de promoção à saúde? Como motivar e incentivar os profissionais de saúde a saírem dos seus consultórios e proporem outras formas de cuidado, a percorrerem a comunidade onde se situa o serviço onde trabalham e realizarem parcerias com os recursos sociais disponíveis? Esta é uma importante contradição presente no SUS, pois ele tem um ideário democrático/público, mas seu funcionamento opera segundo uma lógica privada, focalizada, distante do ideal universalista.

²⁹ Os profissionais de Saúde Mental recebem uma GPL (Gratificação por Local de Exercício) diferenciada por trabalharem neste campo de atuação.

O financiamento do Ambulatório para aquisição de medicamentos e material de expediente é feito pela SMS. A verba do Ministério da Saúde é específica para a instalação do serviço e é recebida no momento de cadastramento do mesmo. Em relação aos materiais para as oficinas, a SMS encaminha diretamente os materiais ou disponibiliza o suprimento de fundos, que é uma verba destinada à compra de materiais ou outra necessidade do Ambulatório. O suprimento de fundos é uma estratégia de destinação de recursos que foi posta em prática na atual gestão da SMS de Natal visando desburocratizar e agilizar as verbas encaminhadas. O dinheiro utilizado deve ser comprovado através das notas fiscais dos produtos adquiridos. Como o Ambulatório é um serviço da Policlínica, é esta que recebe o suprimento de fundos e encaminha ao Ambulatório o valor referente ao mesmo, se o dinheiro não é gasto, então deve ser devolvido à SMS.

O Ambulatório, ao ser transferido para o Centro Clínico da Ribeira, foi bem recebido pela administração desta unidade. A equipe tinha a expectativa de que, por estar inserido no Centro Clínico, acontecessem possibilidades de uma maior integração entre o Ambulatório e os demais serviços que também funcionam lá. Infelizmente isso não aconteceu e não há a realização de atividades em parceria.

“A gente foi bem acolhido, mas funciona muito independentemente. Cada setor separado. A gente não tem uma integração com outros serviços. Talvez seja um vício mesmo, você vem pro seu posto de trabalho, acaba não se misturando muito. (...) Fazer uma atividade conjunta. Esse foi um dos motivos que nos trouxe pra cá, foi imaginar que com uma clínica médica ampliada, nossos usuários teriam acesso facilitado pra outros médicos... Mas assim, dentro do que a gente tem precisado, da direção, administração, a gente foi bem acolhido. Continua tendo as dificuldades de comunicação... Mas a direção, administração, tem dado todo o apoio” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

Há uma questão que é central para um melhor entendimento sobre o Ambulatório da Ribeira e sua relação com a Policlínica da Ribeira e a SMS, o fato dele não ser reconhecido oficialmente como um ambulatório especializado em Saúde Mental. Expliquemos melhor: o Ambulatório da Ribeira não é lotado na SMS de Natal como um ambulatório especializado em Saúde Mental, mas como um serviço de saúde alocado na estrutura do Centro Clínico da Ribeira. Esta peculiaridade nos foi levantada durante as observações e, posteriormente, pudemos esclarecê-la melhor nas entrevistas.

De acordo com a entrevista realizada com o profissional da SMS, o Ambulatório da Ribeira não é uma unidade de saúde, mas um serviço. A unidade de saúde é o Centro Clínico da Ribeira e o Ambulatório é um serviço inserido naquela unidade, portanto ele não tem um administrador ou coordenador, nem é registrado oficialmente pela SMS como um ambulatório. Ainda segundo este entrevistado, a legislação em saúde exige que para ser cadastrado como uma unidade, o serviço deve ter uma estrutura física própria, uma sede própria.

A entrevista com Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório da Ribeira, ajuda a elucidar esta questão:

“Ele não existe, assim, no organograma da Secretaria, ele não existe institucionalmente. Ele não existe enquanto um órgão. Ele é um serviço que está atrelado ao Centro Clínico. Ele não tem assim, um diretor, um administrador, um coordenador, ele não tem. Ele é apenas, como é um serviço muito específico, ele foi ganhando esse nome, mas ele não existe institucionalmente. Se eu viesse aqui perguntar: quais os profissionais que trabalham aqui? Provavelmente as pessoas diriam que tem psicólogo trabalhando, mas não necessariamente elas diriam que existe um serviço de Saúde Mental aqui dentro. Sabe-se que existe um serviço de Saúde Mental sim, isso aqui é muito forte. O serviço só não existe no organograma da

Secretaria. Institucionalmente ele não existe. Organizacionalmente ele não existe” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

Uma publicação recente do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), que contabilizou dados sobre o campo da Saúde Mental no Brasil, aponta que não há um ambulatório dessa natureza no estado do Rio Grande do Norte³⁰. Embora se possa questionar tais números, observando que os mesmos podem estar desatualizados ou não verificaram a realidade dos estados, cabe notar que é importante para os profissionais e usuários do Ambulatório da Ribeira que o mesmo seja reconhecido como um serviço especializado em Saúde Mental. É importante para o profissional que o seu trabalho seja reconhecido pelos órgãos gestores, como a Secretaria Municipal de Saúde, pois é um trabalho que gera desgaste adicional e exige comprometimento e um investimento pessoal do técnico.

“Eu acho que é a questão mesmo da falta de reconhecimento do profissional, que tem a ver com baixos salários. É uma tristeza. É muito triste. E eu acho que isso vai afetando aos poucos. Acho que vai desgastando aos poucos. E eu acho até que a gente em equipe conversa muito. Às vezes a gente se pergunta: até quando você vai suportar? Porque a gente imagina que não vai dar pra suportar durante muito tempo. Porque exige uma atenção, que requer você inteira ali. Então não tem como estar aqui sem estar implicado. E realmente é uma falta de reconhecimento muito grande” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

Há sérias implicações decorrentes do fato do Ambulatório ser um serviço atrelado ao Centro Clínico da Ribeira e não possuir autonomia para decidir questões como, por exemplo, o financiamento. Por não possuir um coordenador ou administrador, muitas vezes, os profissionais do Ambulatório vêm-se obrigados a

³⁰ Ver tabela no anexo F.

realizarem esse papel e ausentar-se do atendimento a um usuário. Tais fatos causam angústia e desmotivação nos trabalhadores:

“Organizacionalmente a gente não existe. A Secretaria exige que o serviço tenha um coordenador. E a gente está fincando o pé com relação a isso. Por que é que um serviço tem que ter um coordenador se não tem um coordenador? Se quer um coordenador, que institua um coordenador. Se tem a necessidade de um coordenador porque não institui um então, um coordenador do serviço? E esse coordenador o que é que você vai coordenar, vai coordenar o que? Que autonomia você tem? Você não tem autonomia nenhuma, porque você está vinculado a uma entidade aqui maior. Então você não pode gerenciar absolutamente nada. Entendeu? Então assim, é vergonhoso, isso não justifica que um serviço como esse não tenha o menor incentivo. E isso é lamentável porque eu percebo isso em mim e nos outros profissionais daqui. Isso desgasta muito, desencanta” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

Na entrevista que realizamos com o representante da SMS, fica claro que, para a SMS, é mais importante divulgar a abertura de CAPS ou residências terapêuticas, objetivando atrair a atenção para estes serviços, vistos como os carros-chefe da Reforma do que investir em novos ambulatórios especializados. Sobre isto, cabe refletir se o incentivo à ampliação do número de serviços substitutivos, mais especificamente os CAPS, pode vir acompanhada de alguns equívocos, como, por exemplo, legar a estes serviços a posição de principal dispositivo de Saúde Mental, quando o que se necessita é de uma rede ampliada e diversificada de serviços e de investimentos na qualificação das equipes técnicas e da assistência prestada.

Estas questões merecem reflexão, pois comprometem e podem prejudicar a qualidade do atendimento prestado. Inquietar-se com tais aspectos não significa que se pretende fazer previsões pessimistas, mas deve-se estar atento sobre os riscos de se

acreditar que o projeto da Reforma Psiquiátrica está concluído. Ele não está, pois é um processo dinâmico, com avanços e retrocessos.

Defendemos aqui que o Ambulatório da Ribeira é um ambulatório da Reforma, e para que ele possa continuar oferecendo atendimento à população que o procura, é necessário que haja investimentos em recursos humanos e materiais. Mais ainda: é necessário o comprometimento da equipe cuidadora e o compromisso da SMS de Natal em manter o Ambulatório e construir uma rede integrada de serviços de Saúde Mental. A construção dessa rede, que se acredita deva facilitar o acolhimento e acessibilidade da demanda existente aos serviços extra-hospitalares, é imprescindível para se avançar no desenvolvimento do processo da Reforma Psiquiátrica na cidade. Avanços foram alcançados, porém não se deve estagnar nas conquistas feitas, pois a cultura manicomial ainda é forte. Como diz Tenório (2002): “Não se pode dizer que a prevalência do manicômio como principal recurso ainda destinado à massa da clientela tenha sido superada.” (p.41). O modelo manicomial ainda não foi superado e seus tentáculos sutilmente penetram no corpo social. Além de ainda não termos superado o manicômio enquanto espaço físico, as forças que o sustentam e alimentam ainda são muito presentes.

Dificuldades e problemas

O Ambulatório da Ribeira enfrenta dificuldades diversas no seu cotidiano, algumas vêm desde o tempo em que ele estava instalado nas Rocas e outras são recentes. A questão do número reduzido de profissionais na equipe, somada ao problema referente aos psiquiatras, gera alguns entraves em relação aos atendimentos, pois torna difícil a ampliação da oferta assistencial, bem como a realização de um trabalho em equipe que inclua o psiquiatra. Embora, atualmente, se tenha melhores

condições de trabalho, há ainda uma dificuldade antiga no serviço: a carência de materiais para as oficinas e outras atividades.

Enquanto esteve alocado nas Rocas, o Ambulatório funcionava de forma um pouco precária, com poucos materiais, equipe pequena e infra-estrutura inadequada às atividades prestadas. A falta de materiais para a execução das oficinas era um sério problema, pois o processo de solicitação de recursos à Secretaria Municipal de Saúde era burocratizado e moroso. Como forma de suprir a escassez de materiais, as profissionais do Ambulatório elaboraram a estratégia de comercializar, através de bazares, os produtos confeccionados pelos usuários nas oficinas. Segundo o relato de uma das psicólogas do serviço, o bazar tinha inicialmente um caráter terapêutico, mas se tornou uma maneira de prover as necessidades materiais do Ambulatório, assumindo um aspecto meramente comercial. O dinheiro arrecadado no bazar era destinado à reposição de recursos para as atividades do serviço. Hoje esta prática foi extinta. Eventualmente ainda são realizados bazares, mas a renda é usada para atividades extra-serviço, como os passeios com os usuários, transporte, lanche e outros gastos relacionados.

“Essa questão de material, de estrutura mesmo. Material pra oficina que faltava. Você solicita um recurso, algum equipamento pra Secretaria, demora dois anos, três anos. Precisa de cinquenta memorandos para a coisa se concretizar” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

A equipe cuidadora era pequena para o número de pessoas atendidas, para a demanda que chegava ao Ambulatório, havendo períodos em que o serviço esteve apenas com três ou quatro profissionais em sua equipe. Além disso, havia a questão dos psiquiatras, ora não havia esse profissional e quando havia, ele não estava disponível

para trabalhar em equipe. Estes problemas dificultavam a condução do trabalho, pois, às vezes, havia apenas um profissional no serviço para conduzir alguma oficina, grupo ou outra atividade.

“A gente sempre trabalhou com uma equipe muito reduzida, mínima, uma equipe muito pequena. Já estivemos com três pessoas, quatro pessoas, na equipe. Para o número de pessoas que se atende, é muito pequena a equipe. Então, talvez essa seja uma das maiores dificuldades” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

Desde o início de seu funcionamento a equipe do Ambulatório parece ter sido formada de maneira desorganizada, ou melhor, improvisada. Os profissionais eram convocados ao acaso, ou seja, não houve um planejamento adequado de quem integraria a equipe, nem a delimitação de um planejamento em relação a esta questão. Até hoje isto causa problemas, pois há a intenção da equipe em melhorar o serviço, mas esta emperra na questão dos recursos humanos, ainda insuficientes.

Aliás, embora o Ambulatório tenha sido planejado e organizado a partir de um plano de intervenção, seu funcionamento sempre foi marcado por problemas estruturais, que dependiam sobremaneira da intervenção da SMS de Natal. Entretanto, a postergação na solução das dificuldades iniciais foi gerando outras. Assim, a acessibilidade ao Ambulatório ficou comprometida, era impossível atender novos usuários, pois não havia profissionais suficientes, não havia um espaço adequado, faltavam materiais, faltava investimento da SMS para melhorar o serviço.

Tais problemas estavam relacionados com a organização do Ambulatório, bem como com a estruturação da rede de atenção em Saúde Mental do município de Natal, ou seja, a burocratização da assistência, os problemas de acessibilidade aos serviços, os

entraves no sistema de referência e contra-referência, a carência de recursos humanos capacitados a trabalharem em Saúde Mental e outros.

A questão da acessibilidade é bastante preocupante, os usuários encontram poucas alternativas de serviços que possam acolhê-los e não sabem onde podem receber assistência. Há uma carência de profissionais, principalmente psiquiatras, nos serviços de saúde mental, tanto da rede municipal como estadual. A falta de perspectiva de atendimento nos serviços extra-hospitalares faz com que os usuários recorram ao hospital psiquiátrico e sejam internados, o que angustia os profissionais, pois espera-se impedir que ocorra a internação.

“Diariamente..., hoje mesmo eu fiz um acolhimento que eu estou aqui, até agora... A gente fica muito tocada, porque é uma pessoa aqui das Rocas, que tem necessidade do serviço mesmo. Tem mais de 40 e tantas internações no João Machado, 16 na Casa de Saúde Natal. Quer dizer, uma história, desde 18 anos de idade... É uma pessoa que precisa, está sem medicação, sem ter uma perspectiva de um médico. (...) E é uma pessoa que você tem que dizer não. Isso é uma dificuldade muito grande que a gente enfrenta. Não tem para onde encaminhar. Aí você deixa uma pessoa dessa voltar para casa sem perspectiva nenhuma. O que ela vai fazer? A medicação está acabando, aí fica insone, fica nervosa, agressiva, aí quebra tudo dentro de casa, aí leva pro hospital. É previsível! É um círculo que é previsível! Mas você não consegue quebrar” (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório da Ribeira).

Procedimentos como esse, de não poder acolher o usuário ou encaminhá-lo porque o serviço não pode absorver a demanda, são preocupantes, pois agravam o sofrimento do sujeito que recorre ao serviço de saúde em busca de ajuda. Às vezes, a procura ao serviço de saúde é o momento em que o sujeito reconhece que não sabe lidar sozinho com seu sofrimento e/ou que não tem encontrado recursos que o ajudem em sua

comunidade, família e amigos. É um momento de extrema fragilidade, sofrimento e a recusa em ser atendido pode desencadear mais dor e angústia. Sobre isso cabe pensar: o que nós, ditos profissionais de saúde e saúde mental, podemos fazer para enfrentar uma realidade como essa? A Reforma Psiquiátrica não propõe apenas a mudança da assistência psiquiátrica, mas dos profissionais, das relações autorizadas e hierárquicas entre estes e seus pacientes e da sociedade de uma forma geral. Contudo, esse ideário esbarra na burocracia do sistema, no despreparo dos profissionais, na cultura manicomial, no estigma em relação às pessoas chamadas de doentes mentais e na forma cristalizada com que a sociedade lida com a loucura.

Somado a isso, os usuários do Ambulatório enfrentaram algumas situações de preconceito enquanto este funcionou no Centro Clínico das Rocas, principalmente por parte dos profissionais e da administração da unidade.

“Lá nas Rocas, (...) uma das primeiras providências quando começou a funcionar o Ambulatório de Saúde Mental foi colocar uma grade na farmácia. Uma farmácia que funcionava há anos lá... Com os dependentes de álcool, de drogas, que estão sempre ali pelas Rocas. Mas nunca foi tão ameaçador quanto atender ao paciente portador de transtorno mental. Uma das primeiras providências foi botar grade na farmácia para não oferecer riscos às pessoas que iam distribuir medicação”
(Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

A questão do preconceito voltou a ocorrer quando o serviço se mudou para a Policlínica da Ribeira, o que mostra que este problema também ocorre em serviços abertos, e como aponta Távora e Lopes (1997), se revela na exclusão e no isolamento. Em relação a isto, apesar do apoio e acolhimento recebido através do setor administrativo do Centro Clínico, a equipe do Ambulatório enfrentou algumas dificuldades logo após sua mudança. Os usuários do Ambulatório da Ribeira foram

vítimas de preconceito, por meio dos funcionários e demais usuários do Centro Clínico. É possível que esta seja uma das razões para que o Ambulatório não desenvolva atividades conjuntas com outros setores da Policlínica.

“Vieram pedir que alguns usuários nossos, que a gente conversasse com os usuários, que quando os usuários chegassem que eles não ficassem aqui dentro, esperassem lá fora. Porque eles estavam causando um certo..., alguns profissionais com medo, um certo impacto daquilo. Esse tipo de coisa é algo secular com relação ao paciente. Todo tipo de estigma, preconceito, se é um usuário, um paciente com transtorno mental. Aí você já olha atravessado, diferente. Mesmo por parte dos profissionais teve esse impacto de início. Mas agora eu acho que a coisa já está mais diluída, desmistificada (Cristiane Marcelino, psicóloga do Ambulatório).

O fato do Ambulatório funcionar unicamente pela manhã, durante os outros turnos o serviço encontra-se fechado e seu espaço físico não é utilizado, evidencia uma ociosidade do espaço do Ambulatório, pois há a infra-estrutura física disponível e organizada, mas faltam algumas condições para a realização do trabalho, como, por exemplo, materiais para oficinas. Além disso, há também a carência de recursos humanos, uma equipe cuidadora, para que o serviço atue em outros horários. Assim, parece que não há investimento ou disponibilidade da SMS de Natal em ampliar o horário de atendimento do Ambulatório da Ribeira. Entretanto, é sabido que existe uma demanda crescente de usuários de Saúde Mental que necessita ser assistida.

A acessibilidade configura-se como um problema não só do Ambulatório da Ribeira, mas de outros serviços de Saúde Mental da rede municipal de Natal. Os CAPS, por exemplo, chegam a ter lista de espera de usuários para atendimento. O problema da acessibilidade permeia de tal forma o cotidiano dos serviços de Saúde Mental, que acaba dificultando o fluxo dos usuários e emperra a comunicação entre os serviços e

destes com a SMS. Afinal, como construir uma rede de serviços integrada se não há uma comunicação eficiente nem o fluxo de pessoas? Mesmo enfrentando tais dificuldades, a equipe do Ambulatório da Ribeira tem conseguido, apesar do número pequeno de profissionais, realizar um diálogo entre seus membros e articular os conhecimentos específicos objetivando oferecer uma atenção mais apurada aos seus usuários, ou seja, tem sido possível realizar um trabalho multidisciplinar. E isto é muito positivo, pois a diversidade de saberes existente no convívio de uma equipe multidisciplinar contribui para uma melhor compreensão e sensibilidade sobre a questão do adoecimento psíquico (Salles, 1997).

Apesar de tais problemas, que dificultam a realização de um bom trabalho, os profissionais do Ambulatório da Ribeira conseguem alcançar bons resultados e efetivar cuidados que incentivam a ressocialização dos usuários e o exercício da cidadania e da autonomia destes. Contudo, a articulação do Ambulatório referido com os demais serviços que formam a rede de assistência em Saúde Mental de Natal é incipiente, pois o sistema de referência e contra-referência não se realiza e, em decorrência disso, várias ações e atividades que poderiam e deveriam ser realizadas em conjunto, não o são. Assim, a relação entre os serviços restringe-se ao encaminhamento de usuários: quem tem alta no CAPS pode ser encaminhado ao Ambulatório e o usuário deste serviço que apresenta crise é levado ao CAPS. Perpetuam-se, então, características do modelo tradicional de atenção psiquiátrica, que embora seja exercida por serviços substitutivos em Saúde Mental, reproduzem a idéia de que o ambulatório oferece cuidados menos intensos e os CAPS e/ou hospitais psiquiátricos oferecem cuidados mais intensos. Conservar e reproduzir uma realidade como esta é uma questão que merece ser debatida, pois o projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira pretende a construção de novos serviços em Saúde Mental, de um novo lugar social para a loucura e a

estruturação de uma rede de serviços efetivamente substitutiva ao modelo manicomial e que dê suporte a uma demanda de Saúde Mental que vem se mostrando crescente.

11. Considerações sobre o Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira

O que é o Ambulatório da Ribeira? Podemos chamá-lo de ambulatório típico ou de ambulatório da Reforma? Como diferenciá-lo dos CAPS? Que tipos de cuidado em Saúde Mental ele desenvolve? Como se articula com os demais serviços de Saúde Mental da rede pública de Natal? Estas foram algumas das inquietações que nortearam este estudo e o conduziram durante toda a pesquisa e elaboração da dissertação. As respostas a estas perguntas não são simples nem lineares, estão todas imbricadas umas com as outras e, de fato, o que se percebeu ao analisar o referido serviço ao longo de três meses foram avanços e permanências nas proposições relativas à Reforma Psiquiátrica. Ser um ambulatório da Reforma implica em determinado modo de trabalho e de relação com os serviços de saúde, específicos ou não, ao campo da Saúde Mental. Contudo, sabe-se que os modos de trabalho dependem muito da dinâmica organizativa dos serviços e do lugar que eles ocupam na rede de assistência, das pessoas neles envolvidas, sejam elas técnicos ou usuários, enfim, é uma evolução que oscila em decorrência desses e de outros aspectos. Assim, para afirmarmos se o Ambulatório da Ribeira é ou não um ambulatório da Reforma foi preciso se debruçar sobre ele, observar seu cotidiano, sua organização, o funcionamento das atividades, a estruturação da equipe multiprofissional e a relação entre a equipe/usuários/serviço.

No decorrer da investigação um questionamento se somou aos expostos no começo desta sessão: o ambulatório de Saúde Mental é necessário ou os CAPS e demais serviços substitutivos podem ocupar eficazmente seu lugar? Esta questão foi a mais intrigante de todas, pois os CAPS também são serviços ambulatoriais³¹, oferecem o atendimento ambulatorial e também atividades integrativas, terapêuticas e

³¹ Segundo a Portaria Ministerial nº 224/1992.

ressocializadoras, tal como acontece no Ambulatório de Saúde Mental aqui referido. Durante o contato com o Ambulatório da Ribeira e o conhecimento sobre seu funcionamento, foi possível observar que ele desenvolve formas de cuidado que são avessas à estigmatização e ao preconceito em relação aos usuários. É um serviço que opera no campo psicossocial, oposto ao modelo manicomial, produz saúde, desenvolve ações baseadas no acolhimento, escuta e atenção ao sujeito que sofre e tem buscado se estruturar como um serviço territorial, articulado à comunidade onde se insere. Com base nisso, podemos afirmar que o Ambulatório da Ribeira é um serviço da Reforma, pois combate a medicalização, a cronificação e incentiva o exercício da autonomia, objetivando ressocializar e reduzir o número de internações psiquiátricas dos seus usuários.

Portanto, o Ambulatório de Saúde Mental é um importante dispositivo de cuidado e é necessário dentro da rede de assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico. É claro que não nos referimos ao conceito de ambulatório que se forjou a partir dos anos 1960/70, burocratizado, desvinculado da realidade e das condições de vida dos seus pacientes. O ambulatório realmente necessário é o ambulatório da Reforma, que realiza um trabalho de cuidado ético, territorializado, em acordo com a noção de desinstitucionalização. Como afirma Alves e Guljor (2006): “O ambulatório não é, por definição, um serviço ultrapassado. Ele é, por definição, um serviço aberto, que deve ser, cada vez mais, acessível e incorporar os critérios acima descritos, para ser um serviço potente.” (p. 230). Tal como sugere o significado do termo “ambulatório”, este serviço deve ter movimento, mobilidade, ou seja, deve ser um serviço em processo, que se atualiza constantemente, flexível às mudanças necessárias e auto-avaliativo. Propor-se a isso exige a união e cooperação da equipe, o diálogo e reflexão contínua acerca da prática e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os usuários.

Entretanto, tais vínculos não devem ser de dependência, mas de construção conjunta de novas formas de cuidado, de viver a vida, de lidar com o sofrimento e com as perdas acarretadas pela doença.

Apesar das dificuldades que atrapalham a realização do trabalho, que emperram o processo terapêutico e tentam conformar o serviço a um modelo estático, inerte e sujeito às forças manicomiais, os profissionais do Ambulatório da Ribeira têm conseguido alcançar bons resultados. É claro que avanços não se fazem sem conflitos, sem impasses, sem problemas a serem enfrentados, mas as dificuldades surgidas são desafios que servem para amadurecer o trabalho, a equipe cuidadora e fazem nascer novas possibilidades de atenção em Saúde Mental.

Há, no Ambulatório da Ribeira, uma qualidade muito importante: liberdade de movimento e participação. Os usuários circulam pelo serviço, sentem-se à vontade e não são obrigados a participarem das atividades. Eles podem escolher se desejam ou não estar em determinada oficina ou grupo; seus interesses, gostos e aptidões são respeitados. Pode-se pensar que por serem usuários de um ambulatório, então eles são mais autônomos mesmo, mas não é só isso. Há, na dinâmica deste serviço, um ambiente de acolhimento, escuta e respeito à individualidade que propicia esta autonomia e transmite segurança aos usuários.

Lobosque (1997) denomina esse trabalho de clínica antimanicomial e assim o define: “Tomaremos como antimanicomial toda clínica que convide o sujeito a sustentar sua diferença, sem precisar excluir-se do social” (p.23). A autora conceitua o trabalho antimanicomial como “a busca do consentimento do sujeito”, que significa fazer das suas palavras, “a matéria-prima do tratamento”, resgatar sua singularidade e o vínculo entre ele e as pessoas que o assistem (Lobosque, 2001, p.29).

Cabe lembrar que a negatividade associada ao aparato manicomial também se faz presente fora dos muros do hospital psiquiátrico e associa-se ao imaginário social. Os chamados serviços substitutivos são também atingidos pela cultura manicomial. É tarefa dos profissionais, usuários (organizados em associações), militantes da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial, bem como da sociedade, lutar contra a exclusão e segregação dos sujeitos e a favor do exercício da diferença e do direito a vivenciá-la.

O projeto antimanicomial não se detém às reformas do modelo assistencial, ele prioriza, principalmente, uma intervenção cultural, capaz de transformar as idéias, representações e conceitos que aprisionam o sujeito em sofrimento psíquico às noções de perigoso, doente, violento, incapaz, improdutivo e tantas outras. Requisita uma mudança de mentalidade que não se opera rapidamente, mas que pode ser efetivada desde que se realizem ações amplas, que alcancem a sociedade e não sejam restritas às famílias e usuários, aos profissionais de saúde ou estudiosos desse campo. É necessário lançar uma compreensão sobre o sujeito que sofre, deslocando o olhar da doença mental e lançando-o sobre sua existência, reconhecendo seu sofrimento como um fenômeno complexo, forjado por perdas afetivas, por condições econômicas, sociais e familiares. Propor-se a operar novas formas de cuidado significa “ocupar-se aqui e agora, de fazer com que se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento” (Salles, 1997, p. 563).

Quanto a relação entre os serviços públicos municipais da chamada rede de Saúde Mental de Natal, esta é deficiente e praticamente inexistente. Restringe-se, na maioria das vezes, ao encaminhamento de usuários. Teve alta do CAPS? Então pode ser acompanhado pelo Ambulatório da Ribeira? Está em crise? Leva para os CAPS! Não tem vagas nos CAPS? O caminho que resta é a internação! Onde está o trabalho

conjunto, a intersetorialidade, o envolvimento com a comunidade? Por que não se constroem parcerias com os recursos comunitários? Talvez, porque, como diz uma das entrevistadas, permanecer no serviço já é tão desgastante, ele absorve tanto do profissional – até mesmo porque a equipe é pequena e, às vezes, não há com quem compartilhar as questões referentes ao mesmo – que não resta investimento pessoal para sair do mesmo. Sobre isso, Salles faz um interessante questionamento:

Por que as doenças mentais quando aparecem no ambulatório já trilharam os descaminhos do sofrimento psíquico? Entendemos como descaminhos as internações psiquiátricas reiteradas, as cronificações, os atendimentos estereotipados e a falta de acolhimento à pessoa e a seu sofrimento. Por onde estarão os pacientes psiquiátricos? Por que não conseguimos monitorar seus adoeceres? Uma das hipóteses é a de que quando adoecem lhes é indicado apenas um caminho: o da internação (Salles, 1997, p.566).

O autor fala sobre o ambulatório, mas podemos estender aos CAPS, PSFs, unidades de saúde, consultórios particulares, hospitais gerais. A rede de serviços é desarticulada e, portanto, não tem realmente o desenho de uma rede, tampouco opera como uma. Não há o desenvolvimento de práticas em conjunto e não há o planejamento da função específica de cada serviço para que eles se estruturam de modo a realizarem uma complementarização de ações. Há o encaminhamento de usuários entre os serviços, ato que necessita ser avaliado e que é alvo de críticas, como bem afirma Alves e Guljor (2006): “uma premissa de qualidade do cuidado é a incorporação permanente do papel de agenciador. É a negação do ato freqüente de ‘encaminhar’.” (p. 229).

O SUS, embora aparente defender o paradigma da promoção em saúde, impõe uma forma de trabalho que prioriza o atendimento curativo, que remunera a doença e que associa ao salário uma recompensa financeira denominada produtividade, calculada

a partir das enfermidades tratadas. E as enfermidades e sofrimentos que podem e são evitados? Como incentivar as práticas que produzem saúde e geram qualidade de vida à população? Por que a medicação ainda é a principal terapêutica prescrita? A realidade é que se investe naquilo que é remediável, no sentido estrito do termo! Um efetivo trabalho em Saúde Mental demanda muito mais do que a medicação consegue alcançar, demanda investimento da sociedade e dos governos, o comprometimento dos profissionais, a parceria das famílias que cuidam dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Melhorar a assistência em Saúde Mental exige investimentos em recursos humanos e materiais, criação de espaços de discussão, avaliação das políticas de saúde e cobrança do poder público através dos órgãos de controle social. O Ambulatório da Ribeira enfrenta problemas em relação à acessibilidade, à equipe multiprofissional e à falta de recursos materiais. Estas questões podem ser confrontadas com incrementos em alguns aspectos, tais como os seguintes: capacitação ou especialização em Saúde Mental para a equipe cuidadora; a ampliação da equipe através da contratação de outras categorias, como o Serviço Social e a Terapia Ocupacional, e incorporação de psiquiatras que possam se integrar ao trabalho em equipe, além do reconhecimento salarial. É importante também desburocratizar o acesso do serviço à SMS e facilitar o trânsito de informações entre as instituições, pois um trabalho em rede exige uma comunicação eficiente, além de investimento material/financeiro para as atividades do Ambulatório, como as oficinas e passeios. É necessário ainda, a criação de espaços, eventos e oportunidades de integração entre os serviços especializados em Saúde Mental com as unidades básicas e mistas, os PSFs, as policlínicas, os centros de saúde, enfim, os serviços públicos municipais de saúde. A articulação destes serviços deve construir uma rede em que haja troca de experiências, realização de atividades conjuntas, não funcionando apenas como meio de encaminhamento de usuários.

A atuação do Ambulatório da Ribeira pode ser ampliada e deve extrapolar a função de acolhimento dos usuários egressos de CAPS e hospitais psiquiátricos. Ele deve ocupar um lugar estratégico dentro da rede de serviços, articulando-se aos PSFs de comunidades próximas, aos recursos sociais (escolas, associações de bairro, teatros, espaços culturais) existentes em seu território, aos demais serviços existentes no Centro Clínico da Ribeira e aos CAPS. É importante ressaltar que essa articulação significa estar junto, ou seja, discutir, refletir, dialogar, levantar propostas, pô-las em prática, experimentar criar novas possibilidades de cuidado: “A rede se articula de forma a criar todo um trânsito possível e necessário na família como na cidade, na cultura como na política, tendo sempre o mundo como direção” (Lobosque, 2001,p.30).

E, nesse caso, trata-se de experienciar mesmo, de manter as estratégias que dão bons resultados e avaliar as que não deram certo. Para isso se efetivar precisa haver disponibilidade da SMS, dos serviços, dos profissionais. Estes últimos precisam ser estimulados a saírem dos muros de suas instituições e arriscarem novas práticas. Devem ser reconhecidos pelo trabalho que exercem – que é desgastante e solicita disponibilidade e comprometimento –, através de uma formação permanente que os capacite a lidar com o cotidiano da instituição e as questões do campo da Saúde Mental, bem como o reconhecimento financeiro/salarial, que incentive ações de promoção à saúde.

Avançar o processo da Reforma Psiquiátrica significa enfrentar os pontos críticos que foram anteriormente levantados e expor os serviços substitutivos à sociedade, mostrar que trabalhos/práticas/ações em Saúde Mental estão sendo construídas e divulgar o projeto antimanicomial de estabelecer relações mais justas e promover a cidadania dos sujeitos excluídos.

Referências Bibliográficas

- Alverga, A.R. (2004). *A loucura interrompida nas malhas da subjetividade manicomial*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte.
- Alves, D.S., & Guljor, A.P. (2006). O cuidado em Saúde Mental. In R. Pinheiro & R.A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp.221-240). Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2003). *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ.
- Bentes, A. L. S. (1999). *Tudo como dantes no D'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. Dissertação de mestrado não publicada, Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Bercherie, P. (1989). *Os fundamentos da clínica – história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bogado, L. F., & Castro, R. G. (1997). Dando a palavra: uma experiência em atenção psicossocial. In A.T. Venâncio, E.M. Leal & P.G. Delgado (Orgs.), *O campo da atenção psicossocial - Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro* (pp. 557-561). Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Legislação em saúde mental: 1990-2004* (5ª ed. ampliada). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2005). *Saúde Mental e atenção básica - O Vínculo e o Diálogo Necessários*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). *Saúde Mental em dados*, Ano I, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde.
- Cambráia, M. (1999). *As práticas e os processos de trabalho nos ambulatórios de saúde mental*. Dissertação de mestrado não-publicada, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica – a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Cecílio, L. C. (1994). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Corbisier, C. (2000). A Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp.279-299). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Desviat, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Duarte, M. J. O. (2004). Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In M.I.S. Bravo & A.M. Vasconcelos (Orgs.), *Saúde e Serviço Social* (pp.150-164). São Paulo: Cortez.
- Goulart, M. S. B. (2004). Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In I.F. Ferrari & J.N.G. Araújo (Orgs.), *Psicologia e Ciência na PUC MINAS* (pp. 291-312). Belo Horizonte: PUC Minas.
- Goulart, M. S. B. (2006). A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(1), 01-19.
- Jorge M. R., & França J. M. F. (2001). A Associação Brasileira de Psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 23(1), 03-06.
- Lancetti, A. (1989). Quem manda na loucura? *Revista Teoria e Debate*. Acessado em 16 de dezembro de 2006 no *World Wide Web*: <http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/article.php?storyid=549>.
- Lancetti, A. (Org.). (2001). *SaúdeLoucura –Saúde Mental e Saúde da Família (nº 07)*. São Paulo: Hucitec.
- Lima, N. T., & Hochman, G. (2000). Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciências e Saúde Coletiva*, 5(2), 313-332.
- Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Machado, L. D., & Lavrador, M. C. C. (2001). Loucura e subjetividade. In L.D. Machado, M.C.C. Lavrador & M.E.B. Barros (Orgs.), *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo* (pp. 45-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Medeiros, S. M., & Guimarães, J. (2002). Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3), 571-579.

- Mendes, E. V. (1993). *Distrito Sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Mendes, E. V. (1994). A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários In E.V. Mendes (Org.), *Distrito Sanitário* (pp.187-220). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Mendonça, M. H. M. (2004). Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1433-1434.
- Moreno, V., & Alencastre, M. B. (2004). *A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental: estudo de caso*. Maringá, 26 (1), 175-181. Acessado em 24 de abril de 2006 do World Wide Web: http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2004_1/21_20903%20Vania%20Moreno_A%20familia%20do%20portador%20de%20sofrimento.pdf
- Natal, Secretaria Municipal de Saúde. (1992). *Proposta de reorganização da atenção em Saúde Mental no município de Natal*. Natal: Secretaria Municipal de Saúde.
- Natal, Secretaria Municipal de Saúde. (2003). *Projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família – PROESF/Natal*. Natal: Secretaria Municipal de Saúde.
- Natal, Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. (2005). *Conheça melhor o seu bairro: Ribeira*. Natal: Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo.
- Noronha, J. C., & Soares, L. T. (2001). A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2), 445-450.
- Nunes, M. O., Trad, L.A.B., Almeida, B. A., Homem, C. R., & Melo, M. C. I. C. (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6), 1639-1646.
- Paiva, I. L. (2003). *Em defesa da Reforma Psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte.
- Paulin, L. F., & Turato, E. R. (2004). Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 11(2), 241-58.
- Paulon, S. M. (1997). À saúde (de gente que quer inteiro e não pela metade). *Psicótica*, 3, 06-07.
- Pereira, M. A. O. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7 (12), 71-82.
- Pitta, A. (2001). Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In Brasil, Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Caderno de textos de APOIO da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ramos, F. A. C., & Geremias, L. (2005). *Instituto Philippe Pinel: origens históricas*. Acessado em 25 de julho de 2006 do World Wide Web: http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_origens.pdf
- Resende, H. (2001). Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In S.A. Tundis & N.S. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil* (pp. 15-73). Petrópolis: Vozes.
- Rosa, L. C. S. (2006). *O Nordeste na Reforma Psiquiátrica*. Teresina: EDUFPI.
- Salles, P. M. T., Pereira, A. C. M., Sampaio, T. O. S., & Santos, V. L. M. (1993). História do programa de Saúde Mental de Santos. In E.M. Lima & T.O.S. Sampaio (Orgs.), *Doença e Saúde Mental: a experiência de Santos - Revista Oficina, 1*, 03-11.
- Salles, S. A. P. B. (1997). Grupo de triagem psiquiátrica: algumas considerações. In A.T. Venâncio, E.M. Leal & P.G. Delgado (Orgs.), *O campo da atenção psicossocial - Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro* (pp. 562-568). Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- Sório, R. E. R., & Vilela, M. T. (1995). (Orgs.) *Planejando a saúde do município – proposta metodológica para capacitação*. Rio de Janeiro: IBAM/ENSUR/Núcleo da Saúde.
- Souza, R. C., & Scatena, M. C. M. (2005). Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 13*(2), 173-179.
- Sucar, D. (1993). *Nas origens da Psiquiatria Social no Brasil*. Natal: Clima.
- Távora, C. B., & Lopes, M. R. (1997). Efeitos do atendimento em oficina terapêutica sobre a reforma na assistência. In A.T. Venâncio, E.M. Leal & P.G. Delgado (Orgs.), *O campo da atenção psicossocial - Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro* (pp.533-538). Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- Trad, L. A. B., & Bastos, A. C. S. (1998). O impacto sócio-cultural do PSF: uma proposta de avaliação. *Caderno de Saúde Pública, 14*(2), 429-435.
- Trad, L. A. B. (1999). Problematizando concepções de família e processos de interação social no contexto do PSF. *Interfaces - Revista de Psicologia, 2*(1), 103-106.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Tenório, F. (2002). A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 9*(1), 25-59.
- Vasconcelos, E. M. (1992). *Do Hospício à comunidade: mudança sim, negligência não*. Belo Horizonte: Segrae.

Apêndices

Apêndice A

Proposta de roteiro de entrevista com profissional do ambulatório

História do serviço:

1. Como surgiu o Ambulatório de Saúde Mental? Qual era a proposta da SMS ao criá-lo?
2. Como era realizado o trabalho nas Rocas?

Funcionamento do serviço:

3. Que atividades são realizadas?
4. Como é feita a organização e planejamento das atividades?
5. Quais as dificuldades encontradas na realização do trabalho?
6. Que articulações há entre a sua prática e a dos outros profissionais do Ambulatório? Que articulações há entre o Ambulatório e os demais serviços do centro clínico?
7. Vocês têm ou já tiveram alguma parceria com a comunidade?

Demanda:

8. Como os usuários chegam ao Ambulatório, é através de encaminhamento ou demanda espontânea?
9. Vocês encaminham usuários para outros serviços de Saúde Mental, para alguma unidade básica de saúde ou alguma atividade na comunidade?
10. Como é selecionado o usuário que fica para o tratamento e o que é encaminhado?
11. Vocês têm usuários egressos dos Caps, há diferenças entre eles e os que nunca freqüentaram um Caps?

Apêndice B

Proposta de roteiro de entrevista com membro da gestão em Saúde Mental da SMS

Rede de Saúde Mental da SMS:

1. Você poderia falar um pouco sobre as políticas de Saúde Mental assumidas (e efetivamente implementadas ou não) pela SMS?
2. Quais os serviços de Saúde Mental que existem atualmente sob a gestão da SMS?
3. Em quê se baseia a gestão dos serviços de SM na SMS?
4. A SMS tem avançado na implementação da rede de atenção à SM que prevê a estruturação de uma rede de serviços que dêem suporte aos egressos? Você poderia falar sobre isso?

Ambulatório da Ribeira

5. O Ambulatório de SM da Ribeira é um desses dispositivos (que visa dar suporte aos egressos)?
6. Você poderia falar um pouco sobre a história do Ambulatório?
 - * Por que surgiu, finalidade, por que nesse nível de atenção, por que assumiu esse papel de referência?
 - * A articulação do ambulatório com os outros dispositivos da rede
7. Em que difere o Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira desses demais serviços, como, por exemplo, os CAPS?
8. Como o Ambulatório da Ribeira está situado no organograma da SMS? Para a SMS, o que é o Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira? Ele está registrado como um ambulatório de Saúde Mental?

9. Você poderia falar um pouco sobre como o ambulatório existe, todos conhecem, ele é referência, mas, na verdade, ele é um serviço que oficialmente não existe? Como ele funciona autonomamente, mas inserido dentro de uma unidade maior?
10. Eu gostaria que você explicasse alguns pontos sobre o Ambulatório:
- Como são idealizadas as ações lá desenvolvidas, já que o Ambulatório funciona como CAPS, mas não é.
 - Todas as atividades que são realizadas pelo Ambulatório são previstas na atenção básica? Podem ser efetivadas nesse nível de atenção?
 - Como é feito o repasse de financiamento, o dinheiro para compra de material, é pelo Centro Clínico, pela sede do distrito, ou é diretamente com o Ambulatório?
 - O registro dos procedimentos é o próprio ambulatório que faz ou é o Centro Clínico?
 - A questão de recursos humanos
 - Como é organizada a questão da produtividade dos trabalhadores do ambulatório, eles têm algum tipo de gratificação, como o pessoal dos CAPS?
11. Qual o nível de autonomia do Ambulatório em relação ao Centro Clínico?
12. Existe algum projeto da SMS em relação ao Ambulatório? (ampliação, transformar em CAPS, criar novos, mudá-lo de lugar na rede...).

Apêndice C

Proposta de roteiro de entrevista com profissional que trabalhou na implantação do Ambulatório

1. Você esteve à frente do processo da Reforma Psiquiátrica aqui em Natal. Eu gostaria que você falasse como ocorreu esse processo, como se deu a criação dos serviços substitutivos.
2. Por que o Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira foi criado? Qual a finalidade/objetivo da sua implantação?
3. Como surgiu o projeto de criação do Ambulatório? Quem esteve à frente do mesmo?
4. Por que ele foi implantado nas Rocas?
5. Quais as dificuldades que existiram durante sua implantação?
6. Houve resistências para a criação do Ambulatório? De onde partiram?

Anexos

Anexo A

Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995.

Dispõe sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, construção de unidades psiquiátricas e dá outras providências.

O presidente da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Norte, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 49, § 7º, da Constituição do Estado, combinado com o artigo 71, II, do Regimento Interno (Resolução no 046/90, de 14 de dezembro de 1990).

Faço saber que o Poder Legislativo aprovou e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º - É proibida a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos no território do Estado do Rio Grande do Norte.

Parágrafo único. No prazo de 6 (seis) anos, a partir da publicação desta Lei, será realizada reavaliação de todos os hospitais psiquiátricos pela Secretaria Estadual de Saúde com vista à renovação da autorização de funcionamento destes estabelecimentos.

Art. 2º - Serão permitidas obras nos hospitais psiquiátricos existentes, somente quando objetivarem melhorias, modernização e adequação das estruturas e instalações, mediante autorização da Secretaria de Saúde nos termos e condições desta Lei.

Art. 3º - Quando necessário, serão permitidas a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com as demandas locais e regionais, a partir de projeto avaliado pela Secretaria Estadual de Saúde, conselhos estaduais e municipais e as secretarias municipais de saúde.

Parágrafo único. Essas unidades psiquiátricas deverão ter área e equipamentos de serviços básicos comuns ao hospital geral, mas estrutura física e pessoal independente e especializada no tratamento do paciente com transtorno psiquiátrico.

Art. 4º - Toda e qualquer obra a que se referem os artigos 2º e 3º desta Lei, observará o limite de até 30 (trinta) leitos por unidade operacional e uma capacidade máxima de 250 (duzentos e cinquenta) leitos por estabelecimento.

Art. 5º - No caso de construção de hospital geral no Estado, constitui-se como requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para pacientes com transtornos psiquiátricos, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos no local.

Art. 6º - Os planos, programas, projetos e regulamentações decorrentes desta política serão estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Estadual e Municipal, e as secretarias municipais de saúde.

Art. 7º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Norte, Palácio José Augusto, em Natal, 4 de janeiro de 1995.

Garibaldi Alves
Governador do Estado

Raimundo Bezerra
Deputado

Anexo B

Lei Nº 5281/2001, de 19 de julho de 2001.

Dispõe sobre a assistência psiquiátrica e a regulamentação dos serviços de saúde mental no Município de Natal e dá outras providências.

O PREFEITO MUNICIPAL DE NATAL,

Faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Caberá a Secretaria Municipal de Saúde garantir o respeito às diretrizes da Reforma Psiquiátrica Nacional.

Art. 2º - A atenção ao usuário dos serviços de saúde mental será realizada de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadão, enfatizando-se:

I – tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação;

II – proteção contra qualquer forma de exploração;

III – espaço próprio, necessário à sua liberdade e individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis à sua recuperação;

IV – integração à sociedade, através de projetos que garantam a sua inserção social na família, no trabalho e na comunidade;

V – acesso às informações registradas sobre ele, sua saúde e tratamento prescritos.

Parágrafo Único – Poderá zelar pelo efetivo exercício dos direitos de que trata este artigo, nos casos de impossibilidade temporária do próprio usuário, pessoa legalmente constituída e/ou órgão competente.

Art. 3º - Em caso de internação psiquiátrica involuntária, o médico e/ou a instituição fará a competente comunicação ao representante legal e à Defesa Pública, se for o caso, para adoção das medidas legais cabíveis.

§ 1º - Entende-se por internação psiquiátrica involuntária, aquela realizada sem o consentimento expresso do usuário.

§ 2º - A comunicação disposta no caput do artigo anterior deverá ser efetuada no prazo de 72 (setenta e duas) horas contadas da internação.

§ 3º - O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 4º - A assistência ao usuário dos serviços de saúde mental será orientada no sentido de uma redução progressiva da utilização de leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados, mediante o redirecionamento de recursos, para concomitante desenvolvimento de outras modalidades médico-assistenciais, garantindo-se os princípios de integralidade, descentralização e participação comunitária.

§ 1º - Para efeito do disposto neste artigo, são consideradas modalidades médico-assistenciais, entre outras:

- I – atendimento ambulatorial;
- II – emergência psiquiátrica em pronto socorro geral;
- III – leitos psiquiátricos em hospital geral;
- IV – hospital dia;
- V – hospital noite;
- VI – núcleo e centros de atenção psicossocial;
- VII – centro de convivência;
- VIII – atelier terapêutico;
- IX – oficina protegida;
- X – pensão protegida;
- XI – residências terapêuticas;
- XII – núcleo de produção.

§ 2º - Os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializadas, deverão estar adaptadas às exigências desta lei, em prazo não superior a 04 (quatro) anos devendo, em igual período, estarem implementadas as condições de atendimento aos usuários de saúde mental na rede municipal de saúde.

Art. 5º - O paciente para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, em função de seu quadro clínico ou de falta de apoio social, será objeto de reabilitação assistida, sob os cuidados da autoridade competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo Municipal, garantindo-se, quando necessário, a continuidade do tratamento.

Art. 6º - Caberá a direção do estabelecimento de saúde mental comunicar aos familiares, ou ao representante legal do paciente, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, quando da ocorrência de casos de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento.

Art. 7º - Fica proibidas, no âmbito do Município de Natal, o credenciamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializadas e a ampliação da contratação de leitos hospitalares já existentes, por parte da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 8º - Para melhor cumprimento da ressocialização/inclusão social que se pretende, a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social poderão firmar convênios ou acordos com cooperativas de trabalho, associações de usuários, redes sociais de suporte e utilizar outros recursos comunitários.

Art. 9º - A Secretaria Municipal de Saúde apresentará ao Conselho Municipal de Saúde, no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data da publicação desta Lei, o Plano de Atenção a Saúde Mental de Natal e o cronograma de implantação, com a observância desta Lei.

Art. 10 – A Prefeitura Municipal de Natal promoverá campanhas de divulgação periódicas para esclarecimento dos pressupostos da reforma psiquiátrica de que trata esta Lei, nos meios de comunicação.

Art. 11 – Todos os estabelecimentos de saúde deverão propiciar aos usuários, pleno conhecimento do objeto desta Lei, bem como do Plano de Atenção à Saúde Mental do Município de Natal.

Art. 12 – O Conselho Municipal de Saúde fica incumbido da fiscalização e acompanhamento do cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 13 – A presente Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, em Natal, 20 de junho de 2001.

Paulo Freire - Presidente
Hermano Morais - Primeiro Secretário
Carlos Santos - Segundo Secretário

Anexo C

Projeto de Lei Aluisio Machado

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
CÂMARA MUNICIPAL DE NATAL
PALÁCIO PADRE MIGUELINHO

PROJETO DE LEI Nº 100/2002

ALTERA ARTIGOS E FAZ
EMENDA A INCISOS

O PREFEITO DA CIDADE DO NATAL,

Faço saber que a Câmara Municipal do Natal aprovou e EU sanciono o seguinte projeto de lei:

Art. 1º - Fica alterado o artigo 4º da Lei nº 5.281/2001 que passará a ter a seguinte redação: “a assistência ao usuário dos serviços de saúde mental será utilizada no sentido da utilização de centros psiquiátricos ou clínicas e hospitais especializados”, e os incisos II e III da referida assim descritos:

- II – emergência psiquiátrica em pronto-socorro especializado;
- III – leitos psiquiátricos em hospitais especializados.

Art. 2º - esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Natal, 05 de setembro de 2002.

Aluisio Machado Cunha
Vereador Autor
PSDB

Anexo D

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – NATAL,
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SAÚDE,
SETOR DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
NÚCLEO DE SAÚDE MENTAL.

AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL – RIBEIRA

1. EQUIPE TÉCNICA

- 1.1. Márcia Maria de Oliveira – psicóloga
- 1.2. Ana Cerqueira Rique – arte-educadora
- 1.3. Cristiane Marcelino – psicóloga
- 1.4. Adriano Marques – psiquiatra – Não pertencem oficialmente a equipe
- 1.5. Susana Brilhante – psiquiatra – Não pertence oficialmente a equipe
- 1.6. Valdete Paraguaçu – auxiliar de enfermagem
- 1.7. Ana Valéria Lins Cabral – terapeuta ocupacional – Lotada no DGSP, pois irá para o CAPS i

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Acolhimento; Atendimento médico aos usuários cadastrados; atendimento médico a crianças e adolescentes da rede; Grupo de familiares (quinzenal); Reunião da equipe técnica	Acolhimento; Atendimento médico aos usuários cadastrados; Oficina de artesanato; Reunião da equipe técnica	Acolhimento; Oficinas livres (jardinagem, beleza, passeio, pintura); Reunião da equipe técnica	Acolhimento; Atendimento médico aos usuários cadastrados; Grupo terapêutico; Reunião da equipe técnica	Acolhimento; Oficina de pintura; Reunião da equipe técnica

OBS.:

É realizado, mensalmente, um atendimento coletivo pelo psiquiatra Adriano Marques em dois grupos (pacientes com neurose e pacientes com psicose).

Anexo F

Ambulatórios de Saúde Mental por Unidade Federativa (março/2005)

Unidade Federativa	Ambulatórios de Saúde Mental
Acre	04
Amapá	-
Amazonas	02
Pará	-
Rondônia	-
Roraima	02
Tocantins	07
Alagoas	08
Bahia	-
Ceará	-
Maranhão	02
Paraíba	03
Pernambuco	-
Piauí	17
Rio Grande do Norte	-
Sergipe	09
Distrito Federal	01
Goiás	09
Mato Grosso	-
Mato Grosso do Sul	-
Espírito Santo	31
Minas Gerais	24
Rio de Janeiro	08
São Paulo	-
Paraná	54
Rio Grande do Sul	87
<i>Santa Catarina</i>	<i>122</i>

Fontes: Brasil (2006), Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e Coordenações Estaduais

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)