



CADERNO DE TEXTOS

Brasília
Dezembro de 2001



CADERNO DE TEXTOS

Brasília
Dezembro de 2001

SUMÁRIO

1. Apresentação
2. Prefácio

Primeira Parte: Contribuições ao Temário Principal

3. O Ministério da Saúde e a Saúde Mental no Brasil: panorama da última década - Pedro Gabriel Delgado, Alfredo Schechtman, Cristina Hoffmann, Renata Weber, Karime Porto, Cristina Lobo
4. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. – Ana Pitta
5. O financiamento na reorientação do modelo assistencial em saúde mental – Sandra Fagundes
6. O Controle Social na reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil atual – Eduardo Mourão Vasconcelos
7. Hospitais psiquiátricos e serviços substitutivos: saberes em confronto – Ana Marta Lobosque

Segunda Parte: Contribuições aos Painéis Específicos

Desafios da Gestão Pública

8. Os desafios da gestão de redes de atenção em Saúde Mental para o cuidar em liberdade – Florianita Coelho Braga Campos
9. Saúde Mental – Mais Atenção Para Quem Precisa - Cristiane Honorio Venetikides, Danuza Menezes Maceno, Wirmond Luiz da Rocha D'Angelis, Willians Valentini Jr
10. A desconstrução do manicômio: a experiência de Sobral – CE – Alexandre Pereira, Geison Vasconcelos Lira, Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Serviços Residenciais Terapêuticos

11. Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira – Eduardo Mourão Vasconcelos
12. A moradia assistida: um projeto de clínica ampliada e de exercício de cidadania – Miriam Aparecida Herrera Fernandes
13. Viver em casa – Willians Valentini

Saúde Mental na atenção básica

14. Radicalizar a desinstitucionalização – Antonio Lancetti
15. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: a experiência de Sobral – CE – Alexandre Pereira, Jonaina Costa de Oliveira, Adenildo Costeira

Álcool e outras drogas

16. Relatório do Seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS – Agosto, 2001.
17. Tratamento para problemas com álcool em Curitiba: uma visão comunitária – Cristiane H. Venetikides

Psiquiatria e Justiça

18. PAI-PJ – Projeto de atenção interdisciplinar ao paciente judiciário – Fernanda Ottoni de Barros
19. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. - Maria Cristina Ventura Couto

Terceira Parte: Experiências locais de serviços e outras temáticas específicas

20. O centro de atenção psicossocial: desafios no percurso institucional – Sandra Maria Fischetti Barição
21. Da emergência psiquiátrica à emergência do sujeito – alguns atravessamentos – Andréa Vieira Marcolan
22. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial – Regina Bichaff
23. E afinal, quem cuida dos cuidadores? – Lúcia Cristina dos Santos Rosa
24. Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral (UIPHG) em Sobral – CE – Alexandre Pereira, Sérgio Rodrigues Duarte, Patrícia Viana, Berla Moraes
25. “Desinstitucionalizar” é também uma questão de gerenciamento – Verônica Sanduvette

Quarta Parte: Documentos relevantes

26. Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental
27. Carta de Direitos do Usuário

APRESENTAÇÃO

O CAMPO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Pedro Gabriel Delgado
Coordenador da III Conferência Nacional de Saúde Mental

Os textos deste Caderno foram selecionados pela Comissão Organizadora a partir de contribuições encaminhadas de várias partes do país. Eles constituem apenas uma pequena amostra do amplo debate que se desenvolve no campo da reforma psiquiátrica brasileira, e são oferecidos aos delegados como subsídio para as discussões da III Conferência Nacional de Saúde Mental. O fio condutor de todos os artigos é a reorientação do modelo assistencial: como deve se constituir a rede de atenção, que exigências são postas pelo processo de substituição do modelo hospitalocêntrico, qual o papel e a relação recíproca entre os diversos dispositivos de atenção comunitária, como se devem organizar os serviços residenciais, de que forma se garantir o acesso ao cuidado, levando-se em conta a enorme demanda, que tipo de cuidado é capaz de garantir e construir direitos e autonomia dos usuários, e várias outras questões.

As experiências locais são destacadas, porque servem de contraponto para o diálogo entre as várias frentes onde se dá a Reforma. As realidades dos municípios são muito diversificadas, e a utilidade do relato de uma experiência não está em servir de modelo ou exemplo, mas como elemento de reflexão e motor do debate.

Não existe um único desenho possível de rede comunitária de atenção. O certo é que, embora vários caminhos sejam possíveis, todos deverão responder aos mesmos desafios cruciais. Como garantir o atendimento aos casos mais graves, sem precisar recorrer aos equipamentos hospitalares tradicionais ? De que modo dar autonomia aos municípios para o cuidado efetivo em saúde mental ? Quais os meios mais eficientes de produzir autonomia e inclusão social como parte da tarefa de cuidado ? Ou, dito em termos operacionais, como propiciar o cuidado a todos os que dele necessitam, próximo a seu meio cultural e social, a seu cotidiano ? Como garantir o acesso aos insumos indispensáveis, como medicamentos ?

O tema do financiamento desenvolve-se em torno de uma pergunta básica: de que forma garantir, ao município que precisa e deseja implantar uma rede territorial de atenção,

os recursos financeiros para manutenção dos novos serviços ? Os tetos financeiros são limitados, e mal cobrem o custeio dos serviços gerais de saúde, limitando a ação dos gestores municipais na implantação da Reforma. Qual o perfil de custos dos serviços comunitários de saúde mental, em municípios pequenos, médios e grandes ?

Também a questão dos recursos humanos para a Reforma está presente. Qual o perfil adequado para quem trabalha com o cuidado psicossocial ? Como garantir que lugares fora dos grandes centros tenham profissionais qualificados ? Como descentralizar os pólos de formação, hoje integralmente concentrados nas grandes capitais ?

Os direitos do paciente constituem um tema típico da Reforma. Os novos serviços, nascidos da negação da tutela incondicional que sustenta o modelo hospitalocêntrico, têm que estabelecer um diálogo permanente e eficaz com a realidade concreta da vida cotidiana, suas limitações e possibilidades. A construção de direitos é uma tarefa de todos os momentos, e inclui as alternativas de lazer, moradia, trabalho. Entretanto, o tema da cidadania dos usuários de serviços deve tratar também de exigências específicas: controle do tratamento involuntário, revisão ampla do processo de interdição civil e do modo de se ver e intervir sobre a responsabilidade penal dos pacientes, e desconstrução do estigma, que sustenta hábitos, normas e leis.

A estes grandes temas centrais – reorientação do modelo assistencial, financiamento, recursos humanos e direitos dos usuários - se juntam as discussões que estarão presentes nos painéis, e das quais este Caderno de Textos apresenta uma pequena amostra. A atenção psicossocial à população de rua, o cuidado e a prevenção do uso prejudicial de álcool e drogas, a implantação e manejo dos serviços residenciais terapêuticos, e outros temas, são aqui discutidos, servindo de convite ao diálogo sobre os imensos e diversificados desafios que a reforma psiquiátrica traz para todos nós - trabalhadores de saúde, gestores, formadores de recursos humanos, prestadores de serviço, usuários do sistema de saúde, familiares e usuários dos serviços de saúde mental.

PREFÁCIO

Este Caderno de Textos de Apoio constitui uma iniciativa da Coordenação de Programação da Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), com o objetivo principal de subsidiar as discussões a serem realizadas durante a conferência, nos dias 11 a 15 de dezembro de 2001 em Brasília.

Decorridos já nove anos da II Conferência Nacional de 1992, é consenso dizer que esta constituiu um marco crucial, por meio de um amplo processo de discussões e conferências que durou um ano e meio, iniciado em cada município e estado deste país, a partir do qual implementamos avanços fundamentais na reforma psiquiátrica brasileira. Nos últimos seis anos, porém, o processo de mudanças desacelerou e encontrou inúmeras barreiras.

Mais recentemente, abriram-se possibilidades para uma nova rearticulação de forças e para a realização desta III Conferência, que acreditamos representar uma oportunidade fundamental para avaliar, traçar novas diretrizes e nos organizarmos, para continuar a reorientação do modelo assistencial em saúde mental no país. Desta vez, porém, o calendário político em Brasília não permitiu o mesmo tempo dilatado que tivemos na II Conferência para a mobilização, as discussões e a organização das conferências municipais, estaduais e a presente etapa nacional. Ainda assim, o processo de discussão em todo o país vem revelando uma enorme mobilização e acumulação de forças nos municípios e estados, e uma enorme vontade de ocupar o espaço de mudança possível na atual conjuntura.

Este Caderno de Textos de Apoio reflete este quadro. Optamos por mobilizar contribuições na forma de textos curtos, em um estilo menos acadêmico, e prioritariamente recentes, escritos especialmente para esta conferência, buscando uma visão bastante atual do processo em curso no campo da saúde mental. Mas tivemos pouco tempo disponível entre o edital aberto a todos pedindo os trabalhos e a data de fechamento. Assim, os textos enviados não chegam a cobrir toda a temática central da conferência, bem como alguns temas foram contemplados por mais de uma contribuição relevante.

Entretanto, apesar destas circunstâncias, o leitor deste Caderno terá em suas mãos algumas discussões e relatos extremamente relevantes e atuais, refletindo sobre o nosso processo, sugerindo, documentando e principalmente sistematizando algumas experiências locais de vanguarda, inovadoras e bem-sucedidas em saúde mental no país. Temos certeza que será muito útil durante a própria conferência e também após, para uma leitura mais calma e mais detalhada de volta a cada estado e município.

O Caderno foi dividido em quatro grandes partes. A primeira parte contém discussões mais diretamente ligadas ao eixo temático central da III CNSM. Na segunda, temos textos relacionados aos painéis específicos, contendo principalmente experiências inovadoras em cada área proposta. A terceira parte apresenta alguns relatos interessantes sobre experiências de serviços locais e sobre algumas temáticas mais específicas, mas também de relevância para a discussão do quadro atual da saúde mental no país. Finalmente, a quarta parte reúne dois documentos ainda extremamente importantes para o atual momento, a Carta da ONU de 1991 dos Direitos dos Portadores de Transtorno Mental, e a Carta dos Direitos dos Usuários, documento final do III Encontro de Associações de Usuários e Familiares, realizado em Santos, 1993.

Para concluir, desejamos a todos uma conferência muito rica em discussões e decisões, e que ela cumpra efetivamente essa sua função primordial de induzir novo alento e novos passos significativos no processo da reforma psiquiátrica em nosso país.

Coordenação de Programação da Comissão Organizadora da III CNSM

(Expediente)

© 2001. Ministério da Saúde . Conselho Nacional de Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: _____ exemplares

Conselho Editorial desta publicação:

Coordenação de Programação da Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental, composta pelos seguintes membros:

Eduardo Mourão Vasconcelos

Fernanda Nicácio

Domingos Sávio do Nascimento Alves

Ana Pitta

Paulo Amarante

Marcus Vinicius Oliveira e Silva

Miguel Roberto Jorge

Coordenação Geral da III Conferência Nacional de Saúde Mental:

Pedro Gabriel Delgado

Edição, informação e distribuição:

Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Anexo B – 1º andar - Ministério da Saúde.

Brasília – DF - 70.058-900

Acompanhamento Editorial:

Assessoria de Comunicação Social do CNS

Capa: _____

Ficha Catalográfica:

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde

Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília,

Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001

___ p.

ISBN

Saúde mental – Reforma psiquiátrica

Sistema Único de Saúde (SUS) – III Conferência Nacional de Saúde Mental

(verificar números adicionais)

Primeira Parte:

Contribuições ao Temário Principal

O Ministério da Saúde e a Saúde Mental no Brasil: panorama da última década

Equipe técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde *

A partir de 1990, com a implantação progressiva do Sistema Único de Saúde, o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil é desencadeado como política oficial de governo, estimulado e conduzido pelo Ministério da Saúde, obtendo grande desenvolvimento.

No âmbito da assistência hospitalar, criaram-se normas objetivas de qualificação dos serviços de internação psiquiátrica, e um dispositivo eficaz de fiscalização, o que permitiu que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade e respeito aos direitos dos pacientes fossem retirados do sistema, sem que isso tivesse acarretado redução da assistência.

Paralelamente, seguindo a lógica de descentralização do SUS, foi sendo estimulada a constituição de redes de atenção psicossocial, substitutivas ao modelo centrado na referência à internação hospitalar, resultando na criação de serviços de atenção diária de base municipal, passando-se de 03 serviços desse molde em 1990 para quase 300 em 2001.

Apesar destes avanços significativos, o processo de reestruturação enfrenta enormes desafios para sua consolidação, entre os quais deve-se apontar para a permanência de uma proporção de gastos absurdamente desproporcional, em que cerca de 90% dos mesmos ainda se dirigem para o pagamento de internações psiquiátricas em hospitais especializados.

O ritmo de crescimento dos serviços de atenção diária ainda se configura como absolutamente insuficiente frente à demanda potencial apontada em todas as projeções de morbidade realizadas.

Ademais, os programas de suporte social para egressos de longas internações não foram implementados em maior volume até a presente data. É preciso mencionar que os investimentos do Ministério da Saúde na implantação (equipamento) de novos serviços de atenção diária, embora tenham sido anunciados e autorizados, não chegaram a ser

* Pedro Gabriel Delgado, Alfredo Schechtman, Cristina Hoffmann, Renata Weber, Karime Porto, Cristina Lobo

efetivamente repassados, exceto em número reduzido, o que gerou uma posição, equivocada, de expectativa passiva por parte das instâncias municipais e estaduais.

Assim, o panorama atual da Reforma Psiquiátrica é o de um desenvolvimento desigual, com municípios e estados que prosseguiram na fiscalização, desinstitucionalização e criação de serviços, enquanto na maioria das regiões do país o processo permaneceu bastante lentificado.

Desta forma, o panorama atual aponta para a necessidade de uma urgente e vigorosa retomada do processo de reforma, estabelecendo-se como prioridade a instalação de novos serviços nos municípios com mais de 70.000 habitantes, além da implementação de iniciativas coordenadas de suporte social para a desinstitucionalização dos cerca de 40.000 pacientes submetidos a longa permanência asilar, o que passa a ser possibilitado com a portaria de criação dos serviços residenciais terapêuticos.

Ao lado disso, impõe-se prosseguir com a recomposição de dispositivos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de modo a coibir o abuso e desrespeito dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais internados em hospitais psiquiátricos.

Espera-se que desta Conferência possam sair recomendações que lastreiem um salto de qualidade na assistência psiquiátrica pública, colocando-a no rumo prescrito pelo próprio Ministério da Saúde, OPAS, OMS e instituições científicas, isto é, em direção à implantação de uma rede integrada, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social, sob a diretriz da reabilitação psicossocial.

Apresentamos, a seguir, algumas tabelas com os principais dados disponíveis sobre a assistência em saúde mental no SUS, com o objetivo de subsidiar as discussões sobre reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental durante a Conferência.

TABELAS

O quadro abaixo retrata as tendências da atenção hospitalar psiquiátrica especializada na última década, apontando para a redução do peso desta modalidade assistencial no conjunto das ações em saúde mental, mas ainda com absoluta e excessiva presença no volume total de gastos da área (mais de 80 % dos mesmos).

LEITOS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS POR REGIÃO, ANO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO			
Regiões/Estados	1996	1999	2001*
Região Norte	701	467	365
Acre	74	43	43
Amazonas	147	150	0
Amapá	15	-	-
Pará	245	120	168
Rondônia	25	0	0
Roraima	9	0	0
Tocantins	186	154	154
Região Nordeste	15.190	13.866	11.394
Alagoas	1453	1.404	1.169
Bahia	2915	2504	2.016
Ceará	1285	1.087	873
Maranhão	1651	1.468	1.468
Paraíba	1334	1.288	1.265
Pernambuco	4359	4.170	2.658
Piauí	562	503	503
Rio Grande do Norte	1035	934	934
Sergipe	596	508	508
Região Sudeste	45.073	37.565	33.838
Espírito Santo	906	740	770
Minas Gerais	6.832	5.587	4.532
Rio de Janeiro	12.535	10.718	9.074
São Paulo	24.800	20.520	19.462
Região Sul	8.216	6680	6.310
Paraná	4.840	4.468	4.362
Rio Grande do Sul	2.156	1.771	1.471
Santa Catarina	1.220	441	477

Região Centro-oeste	3.790	2815	2.234
Distrito Federal	237	184	75
Goiás	2.572	1.962	1.561
Mato Grosso	580	421	350
Mato Grosso do Sul	401	248	248
Total Brasil	72.970	61.393	54.141
<p>Fonte: DATASUS/MS Assessoria Técnica de Saúde Mental/ASTEC/SAS/MS * Setembro / 2001</p> <p style="text-align: right;">Set/01</p>			

Os dois quadros seguintes assinalam o crescimento exponencial dos serviços de atenção diária nos últimos anos, sendo necessário todavia indicar o enorme descompasso ainda imperante entre a oferta disponível assistencial e a demanda potencial inferida dos dados epidemiológicos internacionais e nacionais.

EVOLUÇÃO DE NAPS/CAPS NA REDE SUS	
BRASIL - 1997 A 2001	
ANO	TOTAL
1997	176
1998	231
1999	237
2001	266
Fonte: DATASUS: Tabenet / Rede Ambulatorial do SUS	

CAPS/NAPS POR REGIÃO E ESTADO EM FUNCIONAMENTO		
NORTE	ACRE	0
	AMAZONAS	0
	AMAPÁ	0
	PARÁ	12
	RONDÔNIA	0
	RORAIMA	0
	TOCANTINS	4
	TOTAL	16
NORDESTE	ALAGOAS	5
	BAHIA	7
	CEARÁ	20
	MARANHÃO	3
	PARAÍBA	2
	PERNAMBUCO	9
	PIAUÍ	0
	RIO GRANDE DO NORTE	4
	SERGIPE	2
	TOTAL	52
SUL	PARANÁ	11
	RIO GRANDE DO SUL	53
	SANTA CATARINA	20
	TOTAL	84
SUDESTE	ESPÍRITO SANTO	5
	MINAS GERAIS	36
	RIO DE JANEIRO	43
	SÃO PAULO	48
	TOTAL	132
CENTRO OESTE	DISTRITO FEDERAL	1
	GOIÁS	4
	MATO GROSSO DO SUL	2
	MATO GROSSO	4

	TOTAL	11
TOTAL BRASIL	295	

Fonte : Área Técnica de Saúde Mental/SAS/MS
 Novembro de 2001 - dados coletados com os Coordenadores
 Estaduais de Saúde Mental

* Excluídos serviços com configuração diversa da de CAPS/NAPS.

O quadro abaixo apresenta um panorama comparativo entre o volume total de gastos em saúde mental por unidade da federação, e o percentual correspondente à assistência extra-hospitalar.

Percentual de gastos por estado com recursos extra-hospitalares, sobre o total de gastos em saúde mental

UF	Gastos com internações hospitalares	Gastos com recursos extra-hospitalares	%
RO	255.984	0	0,00%
AC	162.611	0	0,00%
AM	740.023	0	0,00%
RR	0	0	0,00%
PA	735.172	720.687	49,50%
AP	32.032	0	0,00%
TO	1.397.544	366.933	20,80%
MA	8.698.791	2.258.761	20,61%
PI	4.520.062	918.375	16,89%
CE	9.220.127	2.603.764	22,02%
RN	8.478.894	770.791	8,33%
PB	8.538.848	1.471.663	14,70%
PE	32.637.082	1.216.229	3,59%
AL	9.432.342	950.077	9,15%
SE	3.221.566	290.041	8,26%
BA	19.674.201	1.881.782	8,73%
MG	38.661.740	7.379.133	16,03%
ES	6.073.326	457.525	7,01%
RJ	79.619.854	4.387.014	5,22%
SP	133.887.961	12.763.391	8,70%
PR	8.180.083	3.435.194	8,22%
SC	12.797.266	859.529	9,51%

RS	1.814.133	1.601.982	11,13%
MS	3.650.969	126.225	6,51%
MT	3.650.969	965.909	20,92%
GO	16.268.807	749.679	4,41%
DF	2.037.797	549.355	21,23%
TOTAL	449.083.451	46.724.039	9,42%

Fonte : DATASUS / MS

Por fim, mas igualmente merecedor de análise e de esforços para reversão desta tendência, apresentamos os dados referentes ao volume de gastos efetuados com assistência psiquiátrica em hospital geral, que se configura decrescente ao final da década passada, apesar dos esforços de tornar tal modalidade prioritária quando necessário o recurso à internação hospitalar.

Gastos com internação em hospitais gerais por estado, período 1998-2000

UF	1998	1999	2000
	VALOR TOTAL	VALOR TOTAL	VALOR TOTAL
RO	324.412,92	245.347,95	255.983,86
AC	0,00	1.305,19	1.777,28
AP	0,00	0,00	0,00
RR	1.277,08	0,00	0,00
PA	497.232,65	52.178.922,00	526.470,83
AP	14.242,29	93,31	32.032,01
TP	138,85	860,87	1.805,05
MA	0,00	0,00	0,00
PI	137.834,90	137.211,57	135.628,68
CE	12.571,12	7.796,37	7.220,20
RN	73.988,82	166.211,57	227.325,22
PB	0,00	0,00	0,00
PE	859.736,79	907.100,02	812.843,74
AL	17.938,96	35.017,97	24.993,00
SE	0,00	0,00	0,00
BA	1.069.059,47	1.139.682,34	1.085.862,54
MG	2.415.151,80	2.367.979,24	1.582.727,88
ES	253.494,02	226.880,90	225.964,49
RJ	261.710,74	259.648,29	268.063,81
SP	2.897.432,12	3.837.494,02	2.879.568,06
PR	1.644.280,65	1.326.371,27	1.141.819,09
SC	1.313.186,26	1.946.314,43	2.332.947,39
RS	2.030.051,96	2.170.652,33	1.788.322,64

MS	581.351,30	452.490,95	376.326,89
MT	6.997,29	4.443,20	2.915,85
GO	175.267,31	215.384,12	236.683,71
DF	378.969,71	340.480,62	293.353,75
BRASIL	17.876.327,01	16.310.586,21	14.240.635,97

Fonte: TABDOS/DATASUS/MS

REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO: EQUIDADE E JUSTIÇA SOCIAL NA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.

Ana Pitta¹

Equidade como a disposição de atender igualmente o direito de cada um, e, justiça social como garantia de acesso aos direitos humanos universais, é pelo que estamos lutando há muito tempo, para fazer valer o direito dos que não têm direitos, dos mais frágeis e vulneráveis pela pobreza ou pela desrazão.

Reorientar o modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil hoje é alavancar iniciativas que, há duas décadas, tentam reformar o modelo centrado na gestão das doenças mentais no interior dos manicômios, para a inclusão do cuidado à saúde mental no Sistema Único de Saúde do país, sem estigmas e discriminação. Claro está que saúde não é tão somente assistência médico-psicológica-social. David Capistrano da Costa Filho, de saudosa memória, já nos alertava que, no Brasil, quando não se quer fazer qualquer investimento em Saúde, diz-se que vai se fazer “prevenção”. Prevenir, promover saúde são conceitos caros, quer no sentido de que eles devem ser “queridos”, presidindo todas as ações no sentido de tornar a vida e suas instituições mais saudáveis, sob todos os aspectos; quer, também, no sentido de custar muito: justiça social, equidade, distribuição de riqueza e renda, educação para todos, acesso e exercício de todos os direitos; tem custos econômicos elevados em qualquer país ou sociedade, absolutamente necessários, diga-se de passagem, mas que devem ser objeto de políticas intersetoriais de governo, de longa evolução, para serem verdadeiras e responsáveis na sua intencionalidade e factibilidade.

¹ Ana Maria Fernandes Pitta, Consultora da Organização Mundial de Saúde e Assessora de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Este texto teve, em partes e em momentos diversos apresentações que geraram contribuições no IPUB/UFRJ, nas Conferências municipais, regionais e estaduais, preparatórias à III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Mas, existe uma intervenção imediata na saúde mental, no âmbito da governabilidade do SUS, nos seus três níveis de governo, que prevê, inclusive, a convocação das conferências municipais, regionais, estaduais e nacionais , no pleno exercício da participação popular e do controle social nos seus propósitos (Lei 8.142/90), que nos cabe aqui aprofundar.

O problema do acesso ao cuidado em Saúde Mental , em todos os quadrantes do país, é, seguramente, o primeiro problema, no rol não pequeno de problemas, a ser enfrentado por governos, sociedade, profissionais e usuários, esses últimos menos responsáveis pela implementação de uma rede de cuidados, mas, seguramente, as maiores vítimas da ausência dela.

A tarefa primeira é considerar toda a oferta de serviços de saúde pública já instalada no SUS, como recursos que incluam de fato a atenção à saúde mental substitutiva ao modelo da exclusão manicomial, acrescentando alguns recursos e suprimindo outros tantos para que um movimento de transformação se torne claro, evidente, na direção da nova lei, das novas políticas prescritas, dos novos tempos.

Pensar uma rede de atenção à pessoas que sofrem por transtornos mentais no âmbito do Sistema Único de Saúde, é um desafio que mexe com nossos desejos e utopias de enfrentar injustiça, iniquidade e exclusão social, transformando-as em ajuda, equipes e serviços decentes que melhorem as chances de boa qualidade de vida dessas pessoas.

Trata-se de fazer-lhes chegar, respeitando as suas características de singularização, subjetivação e sociabilidade, dispositivos sócio-sanitários, habitualmente regidos por lógicas de planejamento e políticas públicas, que somente com esforço e decisão política se transformam em dispositivos culturalmente sensíveis, que alcançam as singelas e banais

necessidades de quem precisa de ações, exercícios de equidade e cidadania ativa para garantir o cuidado oportuno quando delas necessitem.

Também não se trata de negar toda a vantagem de poder usar o planejamento a esse favor, eximindo-nos de tentar fazê-lo mais justo e próximo do que as pessoas precisam, afinal, como regra básica de qualquer planejamento, o que não aparece, desaparece. Temos, portanto, de lutar para inserir nas agendas de governo a necessidade de construir uma rede suficiente de cuidados em Saúde Mental.

Tarefa difícil, porém não impossível, é articular num território concreto, todos os serviços e iniciativas que possam responder às diferentes demandas que a doença ou limitação apresentam para usuários e equipes de cuidados.

Distinguir território de área geográfica talvez seja o primeiro e importante passo para que governos, equipes, profissionais possam tomar a si a responsabilidade de tratar.

Qualquer que seja o bairro, o distrito, a cidade, a região, o estado, o país, há que haver um lugar, um espaço próprio, onde a dor, a angústia, o sofrimento profundo, a doença, possam ter escuta e, se necessário, tratamento.

Esse espaço, diferente do espaço cósmico que se dilui no infinito, traz a vocação de um espaço-suporte, que delimita a área de atuação de uma equipe, um serviço, um programa, cumprindo a missão de materializar uma acolhida, um vínculo, condições indispensáveis para qualquer tratamento, podendo este ser encontrado a qualquer momento e irradiando ações potencializadoras de suas iniciativas na dependência do número de raízes que cada um dos seus integrantes for capaz de ramificar, no sentido de alcançar os mais desgarrados e vulneráveis.

Embora o espaço geográfico, delimitando uma superfície linear, seja a representação mais presente quando imaginamos o local onde um serviço de saúde possa se instalar e ser

referência para um conjunto de pessoas que possam ter acesso a esse lugar, a idéia de território “base geográfica sobre a qual o estado exerce a sua soberania”, tem a necessária dimensão de dinâmica e tensão que torna vivo, humano e contraditório o lugar onde pessoas e instituições permanentemente negociam espaços de subordinação e liberdade com o pretexto de alcançar níveis mais saudáveis de vida. 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.

Ainda amargamos uma temível centralidade do hospital psiquiátrico no sistema de saúde brasileiro se tomamos a distribuição de recursos distribuídos pelo sistema no ano de 2001 (90% para internações psiquiátricas e 10% para rede ambulatorial, DATASUS/2001).

Pensar uma rede de atenção que seja, a um só tempo, efetiva, eficaz e eficiente sob o prisma técnico-burocrático, que costuma presidir a lógica da organização de serviços públicos de saúde, sem subestimar uma certa tecnologia da sensibilidade, não menos importante no nosso caso, capaz de fazer equipes e serviços acompanharem as pessoas e as suas necessidades, com estratégias que costumam animar programas de humanização do atendimento e de processos de trabalho em saúde, é o grande desafio. Implica em incluir dimensões singulares e intersubjetivas que considerem esperanças e valores éticos para uma cultura de solidariedade entre usuários, familiares, profissionais, gestores do SUS, grupos de interesse, sociedades organizadas, ONGs, legislativo e judiciário comprometidos em organizar uma rede de cuidados que enfrente a complexidade da demanda.

A rede traz em si um modelo de compartilhamento de recursos que contempla a continuidade e complementariedade necessárias. Mais que em qualquer outra área da saúde, para pensar uma estratégia resolutiva de cuidados que tenha de responder necessidades múltiplas, de ordem afetiva (amor, família, amizade, reciprocidade, etc.), material (renda, moradia, comida, trabalho, habilitação, cultura, lazer, etc.), clínica (psiquiátricas, psicológicas, psicossociais, sistêmicas, etc.), que requerem cada vez mais ações solidárias de governos, voluntariado, cidadãos comuns, e, particularmente, as famílias consanguíneas ou consentidas.

Os transtornos mentais e suas intervenções de promoção, prevenção e tratamento implicam numa pluralidade de necessidades que requerem uma riqueza de iniciativas intersetoriais não habituais em países como o nosso. A pálida presença de dispositivos sanitários e sociais nos territórios, prejudicam a construção mental de uma rede regular nos seus nós e espaços intersticiais, com malhas pouco flexíveis para reter os “miúdos” com chances menores de vida em sociedade, pelos seus “déficits” e desvantagens. Por isso estamos utilizando a imagem de “teia”, pequena ou grande conforme a existência de recursos maiores ou menores, respeitando a flutuação dos mesmos nos distritos, nos bairros, nos municípios. Bom seria se para cada demanda ou necessidade, novas redes setoriais se estabelecessem, articulando-se entre si. Justiça, Educação, Trabalho, Moradia, Previdência, sem hierarquias ou prioridades, deveriam também, em redes semelhantes, estabelecer conexões com as pessoas, cuidadores e cuidandos, tecendo os recursos que a necessidade de cada sujeito possa determinar.

As teias são frágeis ou grandiosas conforme os atributos e possibilidades de sua aranha mãe. Mas cumprem todas a mesma função de articular esforços, viabilizando presas e alimentos para perpetuar a vida. Resistem à tempestades e vendavais, e, embora vazadas

mantêm a função articuladora de conexões para uma competente aliança de pontos que asseguram suas funções. Teia, no seu segundo sentido de juntar fios dispersos e articulá-los, como num tear, para lhes dar sentido, transformando-os em vestimentas, agasalhos protetores para enfrentar intempéries e resguardar intimidades, deixando mais fortes e protegidos os seus usuários, é também uma bela metáfora para visualizar um modelo de atenção substitutivo ao modelo vigente desde o surgimento dos primeiros hospícios, inadequados para a epidemiologia dos transtornos mentais e para a justiça social que se pretende.

Tomando de Pierre Lévy (1993) alguns princípios de funcionamento das tecnologias da inteligência e explorando ainda o esforço dos leitores em agregar movimentos e expansões numa teia que será reduzida e insatisfatória se não alcançamos um razoável grau de cumplicidade imaginativa, ousaria acrescentar a essa teia/rede princípios que a podem fazer mais competente nas suas missões:

1. Da *metamorfose*: a teia/rede estará *em* constante construção e renegociação para atualizar o seu desenho às necessidades. Uma estabilidade temporária será sempre fruto de algum pacto ou negociação coletiva. Seu crescimento e/ou diminuição dependem de um exterior indeterminado que pressupõe a adição de novos elementos sempre que necessário e a conexão com outras redes intersetoriais.
2. Da *heterogeneidade*: todas as conexões da teia rede são heterogêneas e obedecem lógicas igualmente heterogêneas afetivas, organizacionais, culturais, políticas, etc.

3. Da *fractalidade*: cada conexão da teia/rede se vista de perto reproduz uma nova rede em si, e, examinando ainda seus atores constitutivos, com suas raízes e influências observa-se que um tecido rizomático os organiza.
4. Da *vizinhança*: o curso dos acontecimentos está determinado por percursos ou atalhos regidos pela topologia e conhecimento ora de usuários, ora de profissionais, ora de vizinhos. Não adianta prever hierarquizações e referências se elas não fazem sentido para os envolvidos.
5. Da *multicentralidade*: os centros se mobilizam na dependência da importância que cada qual assume na resolução de um problema - poderá ser a equipe de saúde da família, o centro de referência de Álcool e Drogas, o centro comunitário de Saúde Mental, etc. Fundamental não se cair na tentação da centralidade única dos manicômios que amputa e encerra em si as raízes e princípios da teia.

Por coerência, os serviços/ nós dessa teia/rede deverão surgir, na dependência da cultura e das necessidades de cada lugar ou região, recebendo inclusive nomeação e características que mais sentido façam aos sistemas locais de cuidados.

A propósito de centralidade, é fundamental que o foco central do cuidado seja a pessoa, sua família, sua rede de relações, e para tal se faz necessário que a oferta de ações e serviços se localize em dispositivos comunitários, garantindo o direito de ir e vir, a circulação de usuários e profissionais nos diferentes níveis de intensidade do cuidado que esses usuários requeiram. A reforma da assistência psiquiátrica no Brasil tem encontrado soluções criativas até mesmo para hospitais psiquiátricos tradicionais quando suas equipes e

gerências querem se revolucionar e assumir novas vocações comunitárias. A passagem de uma estrutura de internação tradicional onde a privação da liberdade com suas práticas disciplinadoras e modeladoras das estratégias de cuidado, para *centros de atenção integrada em saúde mental*, ou *institutos* ou qualquer outro nome escolhido pelo conjunto de atores que o transformam, onde a visão da função manicomial unívoca é substituída por uma reestruturação das equipes que , a partir das características e necessidades das pessoas, suas famílias, suas redes de relações, constituam cuidados especializados em infância e adolescência, psicogeriatría, álcool e drogas, transtornos graves, severos e persistentes, etc., oferecendo consultas e tratamentos ambulatoriais, intervenções familiares, cuidados intensivos de atenção diária em regime de hospital-dia, internação integral breve, com diagnose e terapêuticas compatíveis com os avanços científico- tecnológicos disponíveis, é o que se pretende numa estratégia de transição de um a outro modelo.

Onde foi um lugar de homogeneidade e pasteurização passa a ser de singularização, subjetivação e cuidado personalizado. Centros desse tipo não devem assumir sozinhos a centralidade da organização da “teia” até porque ainda são poucos os centros que assim podem se organizar.

Exercitando uma ética de responsabilidade indispensável para a transformação das práticas que não ajudam, ousaríamos propor um decálogo para reorientação das práticas assistenciais:

- 1) Capitalizar esse momento criado pela celebração do Dia Mundial de Saúde/2001 – Saúde Mental, a discussão e compromisso dos Ministros em Genebra e em Washington para alavancar todas as iniciativas pensadas e não ainda implementadas que reorientem o modelo da atenção, entrando prá valer nas agendas dos governos.

- 2) Não esquecer Caracas (90) continuando a desenvolver todas as estratégias que abandonam a centralidade do cuidado no hospital psiquiátrico, rumo à comunidade, com especial ênfase na atenção primária no trabalho das equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde.
- 3) Usar sem timidez a lei 10.216 que “trata da proteção aos portadores de transtornos mentais e reorienta o modelo de atenção” no país, condenando o hospital psiquiátrico tradicional à uma condição de ilegalidade.
- 4) Intensificar ações que reduzam o estigma e discriminação das pessoas que sofrem com transtornos mentais, e, por consequência, dos que trabalham com saúde mental ou fazem advocacia da reforma nos ministérios, secretarias, hospitais gerais e demais instituições de saúde. Incluir como insumo importante nessa direção, a participação e organização dos usuários e familiares, nas mudanças na cultura e contratualidade política, nas estratégias de inclusão social.
- 5) Consolidar o espaço nacional de ter explícita uma política de saúde mental através de documentos, portarias, resoluções, mas, fundamentalmente potencializando o SUS, através de “ Planos Municipais de Saúde Mental” com suas repercussões na NOAS e planejamento descentralizado, instrumentos atuais de execução de políticas de saúde na atenção básica (saúde da família, unidades básicas de saúde, agentes comunitários, serviços ambulatoriais diversos, serviços residenciais terapêuticos, oficinas terapêuticas, etc.)

- 6) Garantia de dispensação de psicofármacos básicos em todos os pontos de atenção comunitária, geral ou especializada onde opere uma equipe de cuidados em saúde mental.
- 7) Existência de Centros Comunitários da Saúde Mental e/ou Centros de Atenção Psicossocial tipo CAPs/NAPs (24 hs, 7 dias na semana), cuja característica fundamental se localiza na tríade: permanência diária + ambulatório + consultoria e gerenciamento de casos na comunidade (1 por município pólo/sede).
- 8) Unidades de Saúde Mental em Hospitais Gerais, atendendo situações de crise psiquiátricas que o justifiquem e potencializando as iniciativas de humanização do cuidado geral de saúde, através de ações de promoção de saúde mental na instituição geral de saúde; urgência – enfermaria- HD- interconsulta – ambulatório (1 por município pólo/sede).
- 9) Um profundo esforço das Universidades, dos Conselhos e associações de classe e/ ou categorias profissionais de promover uma revolução na capacitação de pessoas para operar os novos serviços. Reformas de currículos dos cursos de graduação e pós - graduação, seminários, publicações que formem profissionais para uma prática transformada e transformadora, habilitando-nos para uma clínica cidadã, para o respeito e advocacia dos direitos humanos dos usuários e gerência de programas de reabilitação psicossocial com moradia, trabalho, respeitando-se as características dos limites e da cultura de cada um.

10) Avaliação sistemática de impacto das políticas , legislações, financiamento, através de pesquisas avaliativas como estratégia fundamental para evidências, monitoramento e exercício democrático do controle social do alcançado, que nos façam atualizar a percepção de necessidades, e a distância entre o prescrito e o real.

Dispondo da compreensão de uma noção de território contraditória, conflitiva, política, acrescida de uma teia de organização de recursos terapêuticos e sociais polissêmico, flexível, factível na dependência da riqueza ou pobreza material ou humana existente no lugar onde estivermos operando, temos um terreno fértil sobre o qual podemos semear toda sorte de iniciativas, dentro do âmbito de governabilidade do Sistema Único de Saúde. A articulação com outras iniciativas de reinvenção de vida como moradia, trabalho, lazer, cultura e outras, que nos façam buscar superar dificuldades de acesso, qualidade, gestão de expectativas, tão distintas quantas forem os desejos e utopias que nos fazem, sobretudo, pessoas comuns, cheias de necessidades e esperanças!

Referências bibliográficas:

Lei 10.216, de 6.4.2001

Lei 8.142/ 1190

Lévy, Pierre. As tecnologias da inteligência. Ed.34, 1996.

O FINANCIAMENTO NA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

Sandra Fagundes¹

I - Contextualizando a reforma psiquiátrica

1. O município como ator social

A descentralização das políticas públicas, que propicia o protagonismo dos municípios, é recente em nosso país. É uma conquista do processo de democratização a partir da metade da década de 80 e em construção até o presente momento.

A descentralização é um dos princípios constitucionais do sistema de saúde a partir da Constituição Federal de 1988 e possibilitou que o gestor municipal se tornasse um ator do setor saúde e pudesse compartilhar a condução das políticas, historicamente conduzidas pelo INAMPS/MPAS, Ministério da Saúde, periféricamente, e Estados, agora com competências específicas de cada esfera de governo, que, ainda, estão sendo delineadas, inclusive no campo da saúde mental. Quais os caminhos percorridos, os obstáculos, os facilitadores encontrados no processo de construção do município como ator social?

2. A municipalização como catalisadora da reforma psiquiátrica

A reconstituição e, até, a constituição da rede de serviços passou a ser responsabilidade dos municípios. Os mesmos têm a possibilidade de serem instituintes de um novo modelo de atenção, que contemple os princípios constitucionais da universalidade,

¹Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social de Viamão/RS. Psicóloga, Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Coletiva. Esse artigo teve a colaboração na etapa final de Domingos Sávio Alves, Presidente do Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro/RJ

da participação, da descentralização e da integralidade. Os municípios têm sido fonte para os diversos núcleos de saúde coletiva do país, bem como, constituem-se em território de encontro, de mistura, de sinergia entre a produção sanitária e da saúde mental, que propõem a transformação da atenção em defesa da vida. A reorganização dos serviços incluindo o acolhimento, o vínculo, o contrato, a ressignificação da clínica, elaborada e sistematizada por Gastão Wagner de Sousa Campos é produto da referida sinergia. Por outro lado, a municipalização da saúde, provocada pela reforma sanitária, tem favorecido a instalação de múltiplos serviços substitutivos em saúde mental propostos na reforma psiquiátrica, em especial, pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Serviços suportes para a invenção de modos de atender, que incluem construção de cidadania, acolhida às pessoas em sofrimento psíquico, diversificação de modalidades terapêuticas e provocação de novos entrelaços sociais. Essa potencialização tem sido propiciada quando no mesmo espaço e tempo encontram-se gestores, trabalhadores e pesquisadores/assessores militantes sócio-políticos, conceito de Mário Testa no livro *“Saber en Salud”*. Municípios de vários estados do Brasil são paradigmáticos desse processo: Santos, Betim, Belo Horizonte, Quixadá, Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Niterói, Campinas, Belém, São Lourenço do Sul, Bagé, Alegrete, Natal, Santo Augusto(?), dentre muitos. Como consolidar o município enquanto instituinte de mudanças na atenção à saúde? Como provocar uma capilarização da rede de serviços substitutivos a ponto de modificar a cartografia da mesma no Brasil?

3. Os âmbitos de poder no campo da saúde mental

O poder como categoria central das políticas sociais, constitutivo do setor saúde, já foi identificado e analisado por Mário Testa em sua elaboração sobre pensamento

estratégico. Em relação ao campo da saúde mental no país, sinalizamos a existência de uma desarmonia entre o acumulado técnica, política e administrativamente.

- Poder técnico - é visível a geração de tecnologias de atenção na última década: as transformações no processo de trabalho, a complexidade e a resolutividade nos serviços, os diversos cursos de capacitação e de formação, a inclusão do tema em eventos científicos, a multiplicação de publicações, livros, teses de mestrado e doutorado, bem como, de pesquisas, embora, em menor volume, constituem-se em indicativos do avanço técnico. Hoje, praticamente, há um consenso quanto a necessidade da reforma psiquiátrica entre o diversos atores implicados. Há dissenso e disputa em relação aos paradigmas, aos métodos e aos protagonistas da transformação, porém é inegável a legitimidade conquistada pelos que trabalham com a desinstitucionalização, a desconstrução, a complexidade, a transversalidade, a incerteza, incluindo a saúde mental no campo das ciências sociais. A interdisciplinaridade e o surgimento dos trabalhadores de saúde mental, configurando uma “categoria” interprofissional, agem como aceleradores da reforma psiquiátrica.
- Poder político - o acúmulo político encontra seus indicativos na constituição de atores sociais e na estrutura jurídico-política. Os principais atores nesse processo são os usuários e os familiares, que se organizaram a partir dos serviços substitutivos e do Movimento da Luta Antimanicomial, o qual, por sua vez, se constituiu em ator social. Na estrutura jurídico-política foram criados instrumentos de controle social do Estado como os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo e, vinculados aos mesmos, as Comissões de Saúde Mental, bem como, foram instituídas as

Conferências de Saúde e seus desdobramentos por temas específicos – saúde mental, recursos humanos – para deliberarem sobre a política do setor. As Conferências Nacionais de Saúde Mental foram um marco na história das políticas de saúde mental do país, em especial, a 2^a CNSM (1992), que já contou com os usuários e os familiares como delegados dos diversos estados e deliberou a criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica. A promulgação em abril desse ano da Lei 10.216 e a aprovação de Leis sobre a atenção à saúde mental em diversos estados e municípios do Brasil, as quais, tiveram como matriz o projeto de lei do deputado federal Paulo Delgado, constituem-se na maior expressão das modificações na estrutura jurídica-política. Outro indicativo dessa mudança, é a presença constante dos direitos dos usuários e familiares nas propostas contidas nas políticas de saúde e de saúde mental elaboradas nas três esferas de governo. Por sua vez, a multiplicação de denúncias da violação dos direitos dos usuários e a organização dos opositores à substituição dos hospitais psiquiátricos por outros dispositivos de saúde mental, indicam o quanto o tema transformou-se numa questão político-social. A partir dos sinalizadores citados, podemos afirmar que houve fortalecimento no eixo, que identificamos como, político-técnico.

- Poder administrativo - enquanto houve uma certa convergência e avanço na direção da reforma psiquiátrica no eixo político-técnico em todas as esferas de governo, o investimento de recursos nas mesmas é desigual e insuficiente. Embora, percentualmente os recursos alocados pelo Ministério da Saúde em serviços de atenção diária saltaram de 0,5% em 1993 para 10% em 2000, o financiamento dos serviços substitutivos não foram priorizados pela União, nem pelos estados: a maior

parte dos recursos financeiros ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos. Os serviços substitutivos estão sendo viabilizados pelos municípios através das transferências do Ministério da Saúde e dos recursos próprios. Contudo, são muitos os desafios a serem enfrentados e superados no âmbito administrativo-financeiro: mudança no quadro de pessoal, inclusão de equipe multiprofissional e de origem multisetorial, como das artes, da educação, portanto, criação de novos cargos e de novas funções - acompanhante, visitador, psicopedagogo, oficineiro; remuneração das diversas atividades, rompendo a clássica divisão entre ambulatoriais e hospitalares, incluindo as, domiciliares, de rua, institucionais, culturais, nas 24 horas do dia. Por isso, discutir os modos de financiamento do sistema é uma exigência política em relação a um ponto crítico, que fragiliza a consolidação dos serviços substitutivos e aponta para a possibilidade de uma pactuação entre as três esferas de governo com o objetivo de viabilizar política e administrativamente a reforma psiquiátrica. A garantia do financiamento constitui-se, assim, num importante determinante da consolidação da política de saúde mental no país.

II - O financiamento como acelerador da reforma psiquiátrica:

Para elaborar qualquer proposta sobre financiamento, é preciso considerar pelo menos três itens: a arrecadação, a vinculação das verbas e os modos de remuneração dos serviços de saúde mental no sistema público de saúde.

- 1- Arrecadação - é necessário identificar as fontes, quantificar as receitas e compatibilizar as despesas nas três esferas de governo. Hoje, no Brasil, todas estão com problemas, decorrentes sobretudo da chamada recentralização da gestão

financeira pela União, além das políticas de ajuste impostas pelo Governo Federal nos últimos anos. O modelo de tributação no Brasil é concentrado fortemente no nível central, ficando os municípios dependentes das transferências federais e estaduais. De todo modo, a principal fonte é constituída pelos impostos diretos e indiretos que todo cidadão paga. Portanto, é, no mínimo, legítimo que a população decida a destinação dos recursos públicos e que os governos prestem contas periódica e sistematicamente da sua utilização. Alguns governos municipais e, agora, o governo gaúcho, têm implantado o orçamento participativo como mecanismo de democratização do estado. No campo da saúde, os conselhos, as conferências e os fundos procuram garantir a referida democratização e a transparência. O aumento da arrecadação é preocupação de todas as esferas de governo e há discordâncias quanto ao modelo econômico e aos modos de arrecadar. Por exemplo, contra a supremacia do capital especulativo, em detrimento do produtivo, há um movimento internacional propondo a taxa sobre aquele, a chamada Taxa Tobin.

- 2- Vinculação de verbas para a saúde - assegurar o financiamento do setor saúde através de verbas vinculadas, ou seja, com garantia das fontes, dos percentuais, dos modos e da freqüência dos repasses, foi uma necessidade identificada desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, para dar suporte à reforma sanitária. O financiamento foi o tema mais conflitivo e as propostas encaminhadas na plenária final, nunca foram viabilizadas política e juridicamente. Na 8ª CNS já se antecipou o risco de fragilização da reforma sanitária caso não fosse possível garantir o financiamento do sistema. No processo constituinte, o capítulo referente a saúde foi uma conquista das forças progressistas, em especial, do movimento sanitário, porém,

não houve acúmulo suficiente para incluir no texto constitucional, o financiamento do setor. Desde então, além de continuar a luta pela garantia do financiamento, ocorreu um progressivo desfinanciamento da saúde, responsável pela dificuldade de consolidação do SUS no país. Após intensa mobilização, em 2000, foi aprovada a emenda constitucional 29 que garante um percentual fixo e crescente até 2003 para a saúde destinados pelos estados e municípios. A referida garantia não está assegurada em relação à União: a destinação de recursos nesta esfera depende do crescimento econômico e nesse ano há um parecer da Advocacia Geral da União, que conduz a redução de verbas para o setor no próximo ano.

3- A saúde mental no setor saúde - a maior parte das verbas da União e dos estados, ainda, é destinada para os hospitais psiquiátricos e uma pequena parcela dos recursos de todas as esferas de governo tem possibilitado o investimento e o custeio dos serviços substitutivos.

- **Em relação ao Ministério da Saúde, os modos existentes de repasse de recursos para os estados e os municípios são através de convênios, de pagamento pela Tabela de Procedimentos (SIA e SIH/SUS), de incentivos programáticos (PACS, PSF, Vigilâncias, assistência farmacêutica), e de critérios populacionais (PAB).**

Os convênios têm sido destinados para investimentos, são eventuais, estão sujeitos ao clientelismo e muitas vezes os estados ou municípios não conseguem acessar às verbas convencionais por estarem inadimplentes.

O pagamento por procedimentos é utilizado para custeio dos serviços e na saúde mental. A partir de 92 ocorreu a diversificação dos mesmos, quando foram introduzidas na tabela SUS a internação psiquiátrica em hospital geral – com um valor maior do que a internação em hospital psiquiátrico -, oficinas terapêuticas, atendimentos domiciliares, núcleos de atenção psicossocial, centros de atenção psicossocial, e mais recentemente – 2000, os serviços residenciais terapêuticos. Fato que indicou a decisão política de redirecionamento dos recursos para impulsionar a reforma psiquiátrica. Hoje, há a dupla necessidade de ampliar os procedimentos, como os realizados nos finais de semana e em jornadas noturnas, bem como de reajustar os valores pagos pela tabela SUS, defasados em 80%.

Um dos problemas enfrentados para o cadastramento dos serviços substitutivos tem sido a inexistência de recursos financeiros, pois o teto financeiro dos estados e/ou dos municípios já chegou ao limite. Na saúde mental, em alguns estados, existe a possibilidade de redirecionamento das verbas destinadas para as internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos.

Os incentivos programáticos e os recursos fixos por população do Piso de Atenção Básica (PAB) podem ser utilizadas tanto para custeio, quanto para investimento, porém a destinação para saúde mental não está definida. São temas de debates e oficinas no Ministério, na Comissão de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde e em outros fóruns como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conassem), a possibilidade de criar um incentivo programático para a saúde mental associado à municipalização, bem como, a necessidade de incluir e viabilizar ações de saúde mental vinculadas ao PACS (agentes comunitários) e ao PSF (saúde da família).

- **Em relação aos estados e aos municípios, os que estão em gestão plena do sistema têm a possibilidade, e a estão utilizando, de redirecionar os recursos anteriormente gastos nas internações psiquiátricas para os serviços substitutivos.**

Nesse sentido a resolução 54, de 14/03/2000 da Comissão Intergestores Bipartite do RJ é exemplar, pois a mesma determina a utilização de recursos financeiros das AIHs psiquiátricas para os serviços residenciais terapêuticos e outros serviços substitutivos. Em outubro de 2001 a Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais aprovou resolução semelhante.

O redirecionamento possibilita uma mudança estrutural, pois, os recursos migram do setor privado – a maioria dos hospitais psiquiátricos - para o setor público – a maior parte dos serviços substitutivos. Seguramente, essa seja uma das causas das resistências a reforma psiquiátrica.

A Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) em conjunto com os municípios, elaborou uma portaria que remunera ações de saúde mental desenvolvidas na rede de serviços, as quais não ocorrem nos serviços especializados, nem são de responsabilidade de especialistas, sob o título de “modalidades terapêuticas”. A mesma SES criou o repasse Fundo a Fundo para os municípios, com recursos estaduais, chamado *municipalização solidária*. A aplicação dos recursos é decidido nos Conselhos Municipais de Saúde com a participação dos delegados do Orçamento Participativo: em 99 muitos municípios incluíram os serviços de saúde mental nos planos de aplicação e em 2000 o estado destinou uma fração para os municípios que já tinham serviços substitutivos.

4. Finalizando

Finalizando, assinalamos que a criatividade continua sendo imprescindível num processo instituinte e num trabalho com pessoas. A capacidade de criar é outro catalisador da reforma psiquiátrica e nenhum financiamento a substitui.

Enquanto gestora municipal, foi possível identificar um “pacote” a ser desconstituído na política de saúde: aquele o qual naturaliza, considera automático, que a esfera que financia deve controlar o uso e regular como e em quais ações podem ser utilizados os recursos. O pacote financia/controla/regula é próprio nas políticas centralizadoras e verticais e torna-se um obstáculo nas políticas descentralizadoras e participativas. Hoje, o financiamento é das três esferas de governo, muito da regulação é dos estados e dos municípios e o controle é social, dos Conselhos de Saúde. O processo é mais complexo e diversificado, o pacote é simplificador e obsoleto.

Referências Bibliográficas

Brasil - Ministério da Saúde: Portaria SNAS 189/MS de 11 de dezembro de 1991- DOU de 12/12/91.

Brasil – Ministério da Saúde: Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental 1994 – Centro de Documentação MS.

Brasil- Ministério da Saúde: Assistência Hospitalar no SUS - 1995-1999/Secretaria de Assistência à Saúde/2000.

Brasil - Ministério da Saúde: Legislação em Saúde Mental – Série Legislação em Saúde, nº 4.

CAMPOS, Gastão W. de Sousa: “Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde”

In: Inventando a mudança na saúde Luis Carlos Cecílio, org. Hucitec, SP –SP, 1994, p.29-87.

TESTA, Mário: “Tendências em Planejamento” In: Pensar em Saúde Artes Médicas, PA – RS, 1992, p.89-128.

Saber en Salud: la construcción del conocimiento Lugar Editorial, Cap. Federal -B. Aires- Argentina, 1997.

Plano Municipal de Saúde: cidadania em defesa da vida Viamão, RS, 1998.

O CONTROLE SOCIAL NA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL ATUAL

Eduardo Mourão Vasconcelos¹

O controle social no campo da saúde mental, na atual conjuntura de luta pela reforma sanitária e particularmente da reforma psiquiátrica, deve ser pensado e exercido através de várias perspectivas complementares e necessárias, não se reduzindo apenas ao âmbito dos conselhos do Sistema Único de Saúde (SUS), como muitas vezes é pensado. Iniciaremos por estes últimos, e a seguir apresentaremos as demais dimensões.

1. Os conselhos no âmbito do SUS e de outras políticas sociais

A forma mais direta e convencional de exercer o controle democrático sobre o sistema de saúde e de saúde mental é através dos representantes de usuários, familiares, trabalhadores, gestores e representantes da sociedade civil nos **conselhos de saúde**, em seus diversos níveis (local, distrital, municipal, estadual e nacional), nas **comissões especiais** (principalmente a de saúde mental), e nas **conferências** periódicas, como previsto na estrutura do SUS. Segundo a lei, os conselhos de saúde compartilham as atribuições de gestão e controle do sistema de saúde juntamente com os gestores propriamente ditos (Ministério e Secretarias estaduais e municipais de saúde), com o Legislativo (Congresso Nacional, Assembleias estaduais e Câmaras municipais), bem como com os demais órgãos do Executivo, os Tribunais de Contas vinculados ao Legislativo, o Ministério Público e o Poder Judiciário.

Os conselhos, entre outras coisas, têm como atribuição legal estabelecer diretrizes, estratégias e as prioridades das intervenções (políticas mais gerais, ofertas de programas e serviços) e acompanhar o seu planejamento, orçamentação, execução e avaliação.

Constituem, então, um espaço político-institucional conflitivo e primordial de luta pelos interesses popular-democráticos em geral e pela garantia dos princípios constitucionais do novo modelo assistencial em saúde e saúde mental: universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização/regionalização e participação. Para um entendimento destes aspectos legais e técnicos dos conselhos, há várias cartilhas e referências bibliográficas importantes de serem buscadas pelos interessados².

Entretanto, este espaço político de luta nem sempre é ‘dado de graça’, mas conquistado pelas forças e organizações democrático-populares. No Brasil, em muitos municípios e mesmo estados onde a tradição de participação da sociedade civil é fraca, os conselhos são inexistentes na prática, ou muitas vezes apenas formais e manipulados pelas forças políticas dominantes. Em outras palavras, sua efetivação real constitui um processo de luta e conquista, através de uma aliança entre gestores comprometidos, organizações profissionais, organizações populares e de usuários/familiares, sindicatos, etc.

É importante lembrar, no entanto, que o campo da saúde mental implica não só o setor saúde, mas também outros campos de política social, colocando a necessidade de uma **integração intersetorial** de iniciativas e programas, como na área de moradia (dispositivos residenciais), trabalho (programas de trabalho protegido, cooperativas, etc), assistência social (como na luta pela conquista do benefício de prestação continuada), educação (como

¹ Psicólogo, cientista político, professor da Escola de Serviço Social da UFRJ e pesquisador associado ao Instituto de Psiquiatria, também da UFRJ, além de pesquisador com bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq; relator geral da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

² A cartilha mais atualizada sobre o assunto feita pelo Ministério da Saúde na época de redação do presente texto é de 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000), mas há outras publicadas por especialistas no assunto (CARVALHO, 1995; BRAVO et al, 2001), e é preciso estar atento porque novas cartilhas estão sendo continuamente produzidas. Há também diferentes linhas de reflexão crítica sobre a participação no sistema de saúde e nos conselhos, oriundas do campo do sanitarismo (KALIL, 1992; KADT e TASCIA, 1993; MENDES, 1996), do serviço social (BRAVO, 1996; BRAVO e PEREIRA, 2001) e da educação popular em saúde (COSTA, 1998; VALLA e STOTZ, 1993 e EYMARD VASCONCELOS, 2001).

nos programas de inclusão de crianças portadoras de deficiências e transtornos mentais nas escolas comuns), justiça (mudança das leis e instituições para o infrator portador de transtorno mental), etc. Neste sentido, a atuação direta ou aliança com participantes dos conselhos específicos destas áreas também se torna fundamental.

Todavia, em nosso campo da saúde mental, **as avaliações recentes do movimento de reforma psiquiátrica e do movimento da luta antimanicomial mostram ainda uma preocupação efetiva muito pequena em ocupar estes espaços dos conselhos e representações junto ao SUS e outras políticas sociais.** Para isso, precisamos criar mais iniciativas de encontros, seminários e dispositivos de informação sobre o tema, e principalmente de formação/capacitação para conselheiros.

2. A participação e ocupação dos vários outros espaços de ação política e social³

O controle social deve também ser exercido pela **participação, ocupação e iniciativas em todos os demais espaços de ação política e social.** Assim, nas **instituições do Estado**, é importante eleger ou sensibilizar parlamentares (vereadores, deputados estaduais, federais e senadores) para o projeto de reforma psiquiátrica e para a proposição de leis adequadas de saúde mental. No Judiciário, é crucial o comprometimento dos órgãos de defesa dos direitos dos cidadãos e consumidores (Ministério Público, Defensorias Públicas, Procuradorias, PROCONs, etc). No Executivo, é importante sensibilizar ou indicar ocupantes comprometidos com nossa luta nos cargos públicos eletivos (prefeitos, governadores, presidente), bem como em cargos não eletivos da administração estatal e dos trabalhadores da área da saúde, social, do trabalho, da educação, lazer e cultura, etc,

buscando inclusive construir projetos comuns de ação, na perspectiva da integração interesetorial, como assinalamos acima.

Na **sociedade civil**, cabe buscar a adesão das organizações corporativas de profissionais e trabalhadores, tais como os sindicatos, conselhos nacionais e regionais de cada corporação, além das clássicas e combativas Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira de Imprensa (ABI, atualmente mais desarticulada). Os partidos políticos de caráter democrático-popular também constituem importantes aliados de nossa luta, e é importante estar incorporando, em seus programas partidários, eventos e iniciativas, os temas e questões da saúde mental e da reforma psiquiátrica. Da mesma forma, as organizações não governamentais (ONGs) constituem hoje uma forma essencial de atuação nas lutas e projetos da área social e da saúde mental. Vários programas e serviços inovadores em saúde mental hoje existentes foram “vanguardados” por ONGs e, em muitos casos, dadas as dificuldades de ampliação de serviços e recursos humanos especificamente estatais, vários deles continuam sendo executados por ONGs com financiamento público, via contratos de terceirização. Mesmo sabendo que uma provisão massiva de programas sociais e de saúde através destes mecanismos não é o que queremos, este papel de vanguarda mais flexível para iniciativas inovadoras constitui uma característica preciosa e fundamental das ONGs e do chamado Terceiro Setor em geral.

Além disso, cabe criar alianças duradouras com os outros **movimentos sociais populares e democráticos**, não só no sentido de sensibilizá-los para os objetivos da reforma psiquiátrica, mas também realizando parcerias e projetos comuns e permitindo que

³ Para uma visão da importância destas diversas instâncias na história da reforma psiquiátrica no Brasil, ver Vasconcelos (2000b).

atuem e levantem suas bandeiras em nossos grupos e eventos. Os demais movimentos populares constituem os nossos parceiros privilegiados de luta e de ação autônoma e viva, capaz de colocar sempre uma perspectiva mais crítica e radical quando um movimento está correndo o risco de se institucionalizar demais em sua ação dentro e de forma integrada ao aparelho de Estado.

Finalmente, cabe montar iniciativas próprias de **produção artística e cultural**, bem como de estratégias de sensibilização de entidades de produção cultural da sociedade para os interesses da reforma psiquiátrica, **na luta contra o estigma e segregação da loucura na sociedade em geral**. As agências da **mídia falada e escrita** são também fundamentais para garantir uma cobertura comprometida dos eventos do campo da saúde mental. Aí, é crucial buscarmos nos aproximar de jornalistas e outros profissionais da área, no sentido de mostrar a importância da área da saúde mental e de nossas lutas.

3. A perspectiva do fortalecimento do poder, participação e organização autônoma dos usuários e dos familiares

O controle social deve ser entendido também com uma perspectiva ativa de **fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares nos diversos níveis dos serviços em saúde mental, bem como de forma difusa na sociedade civil**. Esta direção vem sendo assumida em muitos países há várias décadas e no Brasil particularmente nos últimos dez anos, e já há uma literatura razoável disponível no Brasil

sobre o assunto, incluindo alguns trabalhos escritos ou editados pelo autor deste trabalho⁴. Na literatura internacional, particularmente de origem anglo-saxônica, a perspectiva é sintetizada na noção de “*empowerment*” (**empoderamento, fortalecimento do poder**), ou seja, um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares de serviços de saúde mental nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional e na sociedade em geral. No contexto atual, o conceito apresenta diferentes versões e sentidos, alguns dos quais polêmicos, dependendo dos interesses e dos atores sociais que se apropriam dele, merecendo, portanto, uma análise cuidadosa (Vasconcelos, 2001).

O primeiro nível desta participação se dá nos **dispositivos cotidianos dos novos serviços de saúde mental**, através dos grupos operativos, assembléias, associações de usuários, familiares e trabalhadores, presença real em mesas redondas e dispositivos em eventos e seminários, projetos comuns, etc. Neste nível dos serviços, o controle social pode ser entendido então como **participação ativa dos usuários e familiares no próprio processo mesmo de cuidado, de reelaboração do sofrimento e dos sentidos de vida, e de reinvenção concreta da vida**, em suas diversas dimensões existenciais, subjetivas, culturais, de gênero, sociais, de trabalho, de moradia, de cuidado com o corpo, de lazer e cultura, etc. Esta perspectiva requer por parte dos **trabalhadores repensar completamente sua formação e instrumentos convencionais de atuação profissional centrados apenas no saber e na iniciativa exclusivos dos trabalhadores, fazendo dos usuários apenas “pacientes”, pessoas passivas, objeto do “tratamento”**.

⁴ Sobre o movimento dos usuários, ver Chamberlin (1997); Weingarten (1999 e 2001); Vasconcelos (2000a e 2001). Sobre o movimento dos familiares, ver Pereira (2000) e Melman (2001).

Entretanto, esta participação não se restringe de forma alguma aos serviços, pois aponta principalmente para **iniciativas, projetos e formas organizativas liderados ou assumidos de forma autônoma e independente pelos usuários e familiares**. Nesta direção, o exemplo dos movimentos de usuários e familiares em outros países e algumas experiências recentes no Brasil vêm mostrando a possibilidade de iniciativas de vários tipos:

a) ajuda mútua: já conhecemos no Brasil os grupos do tipo Alcoólicos Anônimos (AA), Neuróticos Anônimos e organizações similares. Constituem grupos de troca de experiências, ajuda emocional e discussão das diferentes estratégias de lidar com os problemas comuns. São dispositivos importantes, principalmente se não isolados em si mesmos e se forem acoplados a outros tipos de iniciativas, como as descritas a seguir.

b) suporte mútuo: a partir das reuniões de ajuda mútua, é possível se desenvolver atividades e iniciativas de cuidado e suporte concreto na vida cotidiana, compreendendo desde, por exemplo, passeios e atividades de lazer e cultura nos fins de semana; cuidado informal do outro que se encontra em maior dificuldade; ajuda nas tarefas diárias na casa e fora dela; suporte a familiares que precisam de uma “folga” para descansar ou viajar, assumindo-se o cuidado do usuário; até o desenvolvimento de projetos comuns mais complexos em várias áreas: dispositivos residenciais, trabalho para os usuários, cuidado domiciliar, acompanhamento, telefone de serviço de suporte pessoal, clubes sociais e elaboração de cartilhas informativas e educativas⁵ para temas

⁵ No campo das cartilhas e folhetos, é interessante ver o exemplo da mais importante ONG inglesa do campo da saúde mental, a MIND, que já publicou mais de uma centena de diferentes cartilhas, que são distribuídas nos grupos e redes do movimento de usuários do Reino Unido e de outros países de língua inglesa. Para uma visão do trabalho da MIND e de suas cartilhas, é só acessar seu site www.mind.org.uk. No Rio de Janeiro, o Instituto Franco Basaglia já vem produzindo algumas cartilhas. A última é de autoria de Richard Weingarten

relevantes (tais como efeitos colaterais de remédios, direitos, serviços, experiências bem-sucedidas, como organizar um grupo de ajuda mútua, etc).

c) defesa de direitos: pode ser *informal*, entre pares, como ajudar o outro a conseguir um benefício ou a resolver problemas na comunidade, ou pode ser *formal*, através da criação de serviços liderados por usuários, nos quais profissionais de saúde mental e advogados são colocados à disposição dos usuários e familiares para defender seus direitos civis, políticos e sociais⁶. Estas iniciativas se integram àquelas de defesa coletiva de direitos, como descrito nos dois itens abaixo.

d) transformação do estigma e dependência na relação com a loucura e o louco na sociedade: desenvolvimento de iniciativas diárias, sociais, culturais e artísticas para mudar as atitudes discriminatórias em relação ao louco nas relações cotidianas, na comunidade local, na mídia e na sociedade mais ampla. Um exemplo simples mas importante está na própria linguagem que usamos para nos referirmos aos fenômenos e pessoas: expressões tais como “paciente” e “doença mental” acentuam a passividade e a segregação e podem ser substituídas por “usuário” e “sofrimento psíquico”, “problema mental”, “experiências subjetivas radicais” ou, em linguagem mais técnica, por “transtorno mental”.

e) participação no sistema de saúde/saúde mental e militância social mais ampla: de forma integrada aos demais tipos de organização, os grupos de usuários e

(2001), sobre a história do movimento de usuários nos Estados Unidos e suas formas de organização e luta, publicada em parceria com o Projeto Transversões, coordenado pelo autor deste trabalho.

⁶ No Brasil, este tipo de projeto tem sido levado a frente por ONGs, como o Instituto Franco Basaglia no Rio de Janeiro.

familiares participam das instâncias e conselhos de saúde, saúde mental e outras políticas sociais, bem como desenvolvem projetos de pesquisa, planejamento e avaliação de serviços, incluindo a capacitação de profissionais. Em outros termos, valoriza-se no sistema de saúde, saúde mental e assistência social o ponto de vista, o testemunho e a voz dos que viveram ou vivem concretamente, no plano pessoal, os problemas mentais. Além disso, os grupos também desenvolvem a participação cidadã na comunidade vizinha do serviço ou do local de moradia dos usuários e familiares, através das associações de moradores, outros movimentos sociais, ONGs, etc. Todas essas formas de inserção também criam uma rede de vínculos fundamental para os momentos de mobilização política, para uma participação em campanhas e reivindicações por mudanças mais globais nas políticas e legislação em saúde, saúde mental e outras políticas sociais.

Esta perspectiva, com algumas experiências bem-sucedidas no país, vem colocando um enorme desafio para todos nós, membros ativos dos movimentos de reforma psiquiátrica e do próprio movimento da luta antimanicomial: em que medida nós temos incentivado esta participação, fortalecimento do poder e organização mais autônoma dos usuários e familiares no nosso cotidiano e em todas as instâncias em que atuamos?

4. A participação dos trabalhadores de saúde mental na gestão dos serviços e do sistema de saúde mental

Finalmente, controle social deve ser entendido também como **participação efetiva dos trabalhadores na garantia de boas condições de trabalho e na gestão democrática, pluralista e interdisciplinar dos serviços e programas de saúde mental, de forma**

integrada com os usuários e familiares. A montagem de serviços efetivamente não manicomial é extremamente sensível ao processo de trabalho, a condições adequadas de trabalho e salário e à gestão democrática dos serviços e programas. Só isso garante um real compromisso dos trabalhadores com a clientela e os serviços, bem como a disposição de reinventar a formação teórico-metodológica e as identidades profissionais convencionais, requisitos necessários para a recriação de novas modalidades de cuidado em saúde mental.

Para isso, dispositivos de formação e gestão participativa nos serviços, tais como reuniões interdisciplinares e regulares de equipes, grupos abertos de estudo e trabalho, assembléias, centros de estudos, seminários, cursos de educação continuada, etc, constituem formas indispensáveis de controle social e criatividade por parte dos trabalhadores. As supervisões são espaços privilegiados de elaboração das dificuldades e conflitos neste campo, desde que não restritas apenas aos temas administrativos e clínicos, como geralmente acontece nos serviços de saúde mental. Assim, é necessário que as supervisões sejam estruturadas de forma a poder incluir também a discussão das relações de poder, das dificuldades de trabalho em equipe, das inseguranças que todos os profissionais têm quando lidam com desafios que escapam à competência adquirida na formação universitária ou técnica convencional, das crises de identidade profissional, das dificuldades subjetivas da relação com a clientela, dos sintomas de estresse e síndrome de esgotamento (“burn out”), etc.

Sabemos que a luta por condições dignas de trabalho e salário tem dificuldades estruturais ligadas à atual crise do Estado, às políticas neoliberais de gestão estatal, e principalmente aos limites de gastos colocados pela recente lei de responsabilidade fiscal no Brasil, que impedem gastos com recursos humanos acima dos 60% do orçamento público

nas diversas instâncias de governo. Entretanto, vários dos dispositivos indicados acima podem ser criados pelas gerências de programas e serviços de saúde mental, inclusive sem significar aumento de custos, dependendo muito mais de vontade política e disposição de enfrentar os desafios de forma criativa e corajosa. Assim, fica para nós a seguinte questão para reflexão: em que medida os diversos gestores de programas/serviços e os coletivos no campo da saúde mental no país estão efetivamente ocupando este espaço político disponível para a mudança da gestão dos programas e serviços, como condição necessária para a reorientação do modelo assistencial no Brasil?

Referências Bibliográficas

BRAVO, MIS – **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo / Rio, Cortez /

UFRJ, 1996.

BRAVO, MIS et al (org) - **Capacitação de conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro, UERJ / DEPEXT /

NAP, 2001.

BRAVO, MIS e PEREIRA, PAP (org) – **Política social e democracia**. São Paulo, Cortez, 2001.

CARVALHO, AI – **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro, FASE / IBAM,

1995

CHAMBERLIN, J – Serviços de saúde mental controlados pelos próprios pacientes: um sonho? In EM Vasconcelos e T

Furtado (org) , **Saúde mental e desinstitucionalização: reinventando serviços**. **Cadernos do IPUB n.o 7**, Rio de

Janeiro, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1997

COSTA, MV (org) – **Educação popular hoje**. São Paulo, Loyola, 1998.

KADT, E e TASCIA, R – **Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde**. São Paulo, Hucitec/

Cooperação Italiana em Saúde, 1993.

KALIL, MEX (org) – **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo, Hucitec /

Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

MELMAN, J – **Doença mental e família**. São Paulo, Iluminuras, 2001.

MENDES, E – **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento dos SUS**. Brasília,

Ministério da Saúde, 2000.

PEREIRA, ICG - Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no

Brasil, in EM Vasconcelos (org) **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez, 2000.

VALLA, VV e STOTZ, EN (org) – **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Relume-

Dumará, 1993.

VASCONCELOS, EM – Reinvenção da cidadania no campo da saúde mental e estratégia política do movimento de usuários, in EM Vasconcelos (org) **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez, 2000a.

VASCONCELOS, EM – Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente, in EM Vasconcelos (org) **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez, 2000b.

VASCONCELOS, EM – A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do serviço social. In **Serviço Social e Sociedade 65 (XXII)**, São Paulo, Cortez, 2001.

VASCONCELOS, EYMARD M (org) – **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo, Hucitec, 2001.

WEINGARTEN, R - O usuário como ator central na fiscalização, planejamento, avaliação de serviços e treinamento de

profissionais de saúde mental, in **Transversões 1 (I)**, Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social da UFRJ, 1999.

WEINGARTEN, R – **O movimento de usuários em saúde mental nos Estados Unidos: história, processos de ajuda e suportes mútuos e militância**. Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia e Projeto Transversões, 2001.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS X SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS: SABERES EM CONFRONTO

Ana Marta Lobosque*

Muitos de nós, trabalhadores de serviços substitutivos em Saúde Mental, partimos da idéia de que uma clínica que considera o sujeito do inconsciente tem importância decisiva na transformação dos nossos modos de experiência da loucura. E, todavia, nem por isto podemos deixar de assinalar um falso impasse que perturba e muitas vezes impossibilita qualquer transformação. Este falso impasse, eu o situo num certo emprego da noção de *clínica*, hoje muito em voga em certos segmentos, que se caracteriza por sua *despolitização*.

A situação é curiosa, senão irônica: afinal, já se disse que um importante avanço do trabalho antimanicomial em Saúde Mental consiste justamente numa desconstrução da disjunção que opõe, distingue, enfim antagoniza estes dois termos: clínica e política. Poderíamos dar por superada esta disjunção; e eis que assistimos ao seu teimoso, insistente, surdo ressurgimento.

Para melhor situar a questão, tentarei reproduzir uma indagação colocada num seminário recente em Belo Horizonte, com a participação de colegas de todo o país, intitulado *Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim*. Ali, colocou-se, com clareza, a perspectiva de extinção do hospital psiquiátrico, dada a sua inegável nocividade social. Ora, como esta constatação me parece tranquila, plenamente justificada pelo nosso estudo e pela nossa experiência, cabe perguntar porque esta clareza é tão rara: porque é tão difícil sustentar a proposta do fim do hospital, e dar seguimento às suas implicações, criando serviços, lógicas, práticas, ações, que o substituam efetivamente?

Pode-se dizer, é claro, que uma série de empecilhos econômicos e políticos, no sentido tradicional das palavras, se colocam nesta direção: por exemplo, o porte de um enfrentamento que o poder público não quer fazer contra a chamada indústria da loucura - e

é verdade! Contudo, este nível de análise não basta: afinal, também por parte dos hospitais psiquiátricos públicos, e em muitos segmentos ligados aos serviços substitutivos - NAPS, CAPS, CERSAMS, encontramos muitas vezes uma grande relutância diante da perspectiva do fim do hospital.

Ora, esta relutância me parece muito ligada a uma função ainda exercida pela figura do hospital: aquela de uma instituição de ensino. Estas instituições podem resistir a uma certa vertente organicista e reacionária da psiquiatria, seja colocando limites aos seus abusos mais evidentes, seja acolhendo outros discursos, como a psicanálise, a psiquiatria social, etc: todavia, busca-se legitimar a todo preço sua continuidade de *centro* hospitalar, pela via da sua importância enquanto *centro* de ensino.

O ideal do centro de ensino nos tenta: é respeitável, parece nobre... Contudo, quando presos a ele, recaímos, novamente, na armadilha de pretender construir um saber sobre a loucura, ignorando não só o que a loucura nos ensina, mas, sobretudo, os próprios impasses que a sua experiência impõe ao modelo da razão. Temos, mais uma vez, o louco sob observação, a serviço da constituição de um saber que não é seu e não lhe serve, sem efeitos de impulsionar as vidas nem de abrir as portas.

Esta pretensão a centros de ensino não é, certamente, exclusiva dos hospitais psiquiátricos; ela se reedita e se repete em outros serviços de Saúde Mental, que se querem destacar como centros de excelência, de formação, etc - como se a formação de saber fosse atributo ou propriedade particular de certas instituições ou estabelecimentos. Portanto, cabe perguntar: um poderoso obstáculo para o fim do hospital psiquiátrico e daquilo que representa não diz respeito a uma certa política do saber?

O hospital psiquiátrico, afinal, é um baluarte indispensável para um saber universalizante que não dispensa jamais a figura do centro, do fundamento, da continuidade; e este saber se opõe, de forma radical, aos saberes descontínuos, pontuais, desobedientes, irreverentes, que se produzem nos serviços substitutivos, quando estes sustentam um convívio real com as experiências da loucura.

Não se trata de dizer que este saber centralizador se produz apenas nos hospitais psiquiátricos; aliás, o que nos deve preocupar é o fato de que procura reproduzir-se nas mais diversas práticas *psi*. Todavia, todas estas práticas, por diversas que sejam, necessitam do hospital como retaguarda, ainda que virtual: têm uma violenta necessidade da instituição psiquiátrica hospitalar, em seu paradigma que acopla a dimensão médica à dimensão carcerária, o terapêutico ao correcional, a cura à normatividade; em sua origem inequívoca na fundação de uma certa tirania do saber

Em suma, diria que as práticas normativas da Saúde Mental, dentro ou fora do hospital, inspiram-se num saber que se difunde a partir de um centro; este centro tem ainda hoje nos muros do hospital os limites que definem sua figuração. E acrescento: todo este aparelho pode buscar credibilidade e aceitação por um certo manejo da noção de clínica, que pretende, aliás, equivocadamente, fundamentar-se *na psicanálise*: nossa questão é a Clínica, estamos à escuta do Desejo, fazemos advir o Sujeito...

Trata-se, a meu ver, de um discurso enfadonho e estéril em seu pedantismo, que a nada obriga nem nada exige, nem se desprende jamais do próprio umbigo. Que Clínica, com C maiúsculo, pode ser esta, que se acredita soberana no poder de mudar, quando na verdade se limita aos arranjos da casa? Que Desejo é este, com D maiúsculo, que se prende eternamente aos velhos fantasmas familiares, domésticos, edípicos? Que Sujeito é este, com S maiúsculo, que volta a confundir-se com o sujeito soberano da vontade e do conhecimento? Para que a clínica se liberte destas letras maiúsculas e dominantes que tentam defini-la, urge politizá-la, ainda e mais uma vez.

Para tanto, cito alguns aportes nos parecem decisivos. Penso, por exemplo, na concepção nietzschiana, tal como abordada por Foucault, do conhecimento enquanto *perspectivo*⁷ - um conhecimento desprovido de essência ou de condições universais, mas como o produto histórico de condições que lhe são exteriores. A partir daí, Foucault desenvolve toda uma

⁷ FOUCAULT, M. A verdade e as formas jurídicas. Nau Editora, Rio de Janeiro, 1999.

articulação entre verdade e poder, mostrando-nos o constante desenrolar de um combate em torno da verdade.

Às “teorias envolventes e globais”, autorizadas em nossa sociedade a distinguir o verdadeiro e o falso, Foucault opõe uma “insurreição dos saberes sujeitados” - como as críticas locais e descontínuas contra os aparelhos psiquiátricos, penais, pedagógicos, etc. Longe de incorrerem num ecletismo teórico fácil, diz Foucault, estas críticas, constituem uma produção teórica autônoma, que dispensa o aval dos discursos formais e universitários da verdade para fazer-se valer.⁸

Nestas críticas, nestes saberes e na sua insurreição, no embate em que se envolvem, é que a clínica dos serviços substitutivos busca se inscrever. A clínica não nos convém quando insiste numa “fundamentação teórica” - expressão detestável, onde falsos pruridos de rigor epistemológico disfarçam mal as pretensões políticas em jogo. Recordamos mais uma vez Foucault: “É exatamente contra os efeitos de poder próprios de um discurso científico... que se deve travar o combate”.

Neste sentido, rejeitamos qualquer disciplina teórica que se apresente no lugar de fundamento ou centro - saberes tão diversos em seu conteúdo como a psiquiatria biológica e a psicanálise, operam exatamente da mesma forma quando vêm ocupar este lugar. Rejeitamos a clínica despolitizada, alheia às relações de poder que lhe cumpre enfrentar, para supor-se aquém, além ou acima destas relações - posto que clinicar, a nosso ver, consiste em estratégias, combates, enfrentamentos, onde nos colocamos ao lado do sujeito, na sua insubmissão a toda forma de domínio.

Penso, por exemplo, numa situação que caracteriza quase literalmente um estado de guerra: Maurício, aliás filho de um militante político, tece com ele toda uma relação extremamente paranóica, onde o medo de um parece ser sempre maior do que o medo do outro, levando à ocorrência de agressões físicas relativamente perigosas, e deixando ambos, cada qual em seu canto, num profundo abandono. Em conversas intermináveis, mediadas por um amigo

da família, fala-se de complôs, conspirações, guerras. E é mesmo uma guerra o que parecemos encenar: enquanto procuro inutilmente convencer Maurício a abrir-me a porta de sua casa, onde se encontra aquartelado há alguns dias, inspeciono o local para buscar alguma forma de passagem pelo portão fechado; entretantes, aguardamos a chegada do amigo, que deveria participar da operação, mas encontra-se muito concretamente preso no centro da cidade, onde reina a quebradeira durante uma greve dos perueiros. Trata-se de uma situação ao mesmo tempo engraçada e enlouquecida, para a qual urge encontrar saídas. O sujeito, indubitavelmente, se encontra encurralado. Como convencê-lo - e estarei certa disto? - de que me deixar entrar pode ser uma forma de possibilitar a sua saída? Como fazer para que a entrada seja, de fato, não uma invasão, mas uma abertura? Temos aí reais impasses da clínica, num sentido indagador, curioso, premente; um desafio, entre tantos que nos coloca a prática dos serviços descentrados de Saúde Mental.

Assim, creio que a clínica de fato se politiza - ao posicionar-se e tomar partido, ao enfrentar e desafiar relações de poder presentes em cada caso, cada situação, cada conjuntura. Neste sentido, os impasses da clínica inscrevem-se entre os impasses da razão - cujo enfrentamento é matéria e substrato disto a que chamamos de luta antimanicomial.

Trata-se de combater toda esta recuperação familiarista, intimista do desejo de uma certa clínica psicanalítica, tão bem denunciada no Anti-Édipo, de Deleuze e Guattari⁹. Trata-se de sustentar, pelo contrário, o poder irresistível do desejo minúsculo, molecular, microscópico, indomável, que recria circuitos e atravessa muros - não com a imaterialidade temporal dos fantasmas, mas com as ferramentas materiais da produção, real que intervém no real.

Concluindo, enfim, faço meus votos: aos trabalhadores de Saúde Mental, cumpre-nos fazer do nosso ofício uma arte singular. Alegre e guerreira, violenta e delicada, que a clínica se exerça, sempre e mais, como a arte de uma política libertária.

⁸ FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. Editora Martins Fontes, São Paulo. Todas as citações subsequentes de Foucault neste texto remetem a esta referência.

⁹ DELEUZE, G. GUATTARI, F. O Anti-Édipo. Capitalismo e esquizofrenia. Assírio e Alvim, Lisboa, 1966.

* Ana Marta Lobosque é psiquiatra do CERSAM-LESTE, serviço substitutivo em Saúde Mental; militante do Fórum Mineiro de Saúde Mental, núcleo do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial; autora dos livros *Princípios para uma clínica antimanicomial*, Editora Hucitec, e *Experiências da loucura*, Editora Garamond.

Segunda Parte:

Contribuições aos Painéis Específicos

OS DESAFIOS DA GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA O CUIDAR EM LIBERDADE

Florianita Coelho Braga Campos¹

Para compor este caderno de textos de apoio procurarei extrair da situação atual que enfrento como gestora municipal o que ajudaria a refletir sobre os desafios da gestão de Rede de Atenção em Saúde Mental.

Não podemos esquecer que esta reflexão vem de um lugar específico: falo de uma cidade que tem quase um milhão de habitantes (Campinas tem hoje 964 mil) e de um estado onde se concentra o maior parque hospitalar psiquiátrico do país (São Paulo possui pouco mais de 16 mil leitos, mas também foi o que mais fechou hospitais nestas duas décadas: 16 mil leitos).

A primeira questão é necessariamente o recurso financeiro disponível e o investimento realizado, tal como os herdamos.

A segunda questão, outra herança, é o modelo de reforma psiquiátrica. Com ele, temos de enfrentar concepções técnicas e o “bom” uso que faz disso a política ideológica dos hospitais psiquiátricos.

Finalmente temos de enfrentar preconceitos que interferem até no controle social, em seu principal segmento, que são os usuários.

Desde janeiro, quando entramos para o governo municipal, estudamos a disponibilização de recursos e sua aplicação nos projetos de saúde mental existentes. O quadro dado era de mais de 60% dos recursos investidos na internação integral tradicional, dentro do hospital psiquiátrico. Ainda como dados conhecidos, tínhamos os quase 40% da internação utilizados para alcoolismo e uso abusivo de drogas, e na relação com o hospital psiquiátrico privado, 1/3 dos recursos (SUS!) era para pagamento de aluguel e obrigações patronais.

¹ Coordenadora da Rede de Atenção em Saúde Mental de Campinas.

Desmantelar isto não era apenas uma questão numérica. Eram culturas distintas e não só a dos donos ou administradores, mas também a dos trabalhadores, dos familiares, de setores que defendem a reforma psiquiátrica (universidades, assistência social, outros serviços de saúde, etc), que se utilizavam desses leitos ou já estavam adaptados à situação.

Porém, com a determinação e vontade políticas do governo municipal – prefeitura e secretaria de saúde – em prosseguir com o cuidar em liberdade, conseguiu-se ao mesmo tempo o rompimento do convênio privado e repassar o financiamento para um filantrópico – o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, de história reconhecida como estimulador e criador de caminhos para a reforma psiquiátrica – e, com isto, construir uma rede substitutiva. Os 130 leitos estão se transformando em seis novas residências terapêuticas (além das 21 existentes), na ampliação de três CAPS e criação de mais um para funcionamento 24h oferecendo cuidados contínuos aos usuários, um serviço ambulatorial com retaguarda de internação para dependentes químicos e mais oficinas e centros de convivência. Conseqüentemente, estes serviços estão sendo incrementados com mais profissionais, acompanhados de capacitação e supervisões continuadas.

É bom lembrar que o SUS inaugurou nova forma de tratar a filantropia: contrato e controle social paritário nos segmentos usuários e prestadores/gestores. Aqui, em Campinas, tivemos mais um adendo: a co-gestão, ou seja, os convênios celebram conselhos diretores em que têm assento o agente filantrópico, o poder público municipal e/ou estadual, universidades, trabalhadores e usuários e nos quais a política e o processo de trabalho de ambas instituições são discutidos e acompanhados.

É bom lembrar também que o SUS não reconhece AINDA o cadastramento e formas de pagamento dos leitos em CAPS, pois apesar da Lei 10216, é ainda vitoriosa a AIH – a Autorização de Internação HOSPITALAR! Esse é um desafio para esta III Conferência, porque, para os gestores municipais, isto é um contra-senso e dificultador para a Reforma Psiquiátrica, não apenas agora, mas a longo prazo.

Estamos às vésperas da III Conferência Nacional de Saúde Mental, após nove anos da II, em 1992. Muitos anos se passaram e com isto muitas experiências vividas na Reforma Psiquiátrica Brasileira construíram uma jurisprudência do dia-a-dia para o cuidar em

liberdade: reabilitar pessoas proporcionando seu retorno à vida social (morar na própria casa, ter vizinhança, trabalhar, cuidar de si) e, principalmente, enfrentar os preconceitos de uma sociedade cada vez mais banalizadora do convívio. Para nosso trabalho de recuperar histórias de vida isto é essencial.

A III CNSM alavanca outra etapa da Reforma Psiquiátrica e, após mais de duas décadas de lutas, podemos até chamá-la de Reforma em Saúde Mental, pois com a Lei 10216, de abril deste ano, temos um novo cenário colocado para estas tantas experiências que já acumularam, pelo país afora, histórias próprias.

Hoje existe um modelo hegemônico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que vem se desenrolando desde meados da década de 1970: assistência extramuros hospitalares, com serviços inseridos na comunidade próximos às pessoas, mas hierarquizados em níveis de atenção – UBS, Ambulatórios, HDs, Enfermarias Psiquiátricas (em hospital geral) e até hospitais psiquiátricos de pequeno porte. Esse modelo, que se institucionalizou desde 1982, com as primeiras reformas do “finado” INAMPS, sofreu por força da vida - de usuários, familiares, técnicos e políticas - trajetórias diversas em cada lugar. Eis a história de relações e de contratos. Apenas o município de Santos desviou-se deste modelo de Reforma, fez uma opção que radicalizava a consigna “por uma sociedade sem manicômios” e não montou uma rede hierarquizada. Proporcionou mais ainda o crescimento das misturas brasileiras, com modelagens peculiares do nosso “tipo brasilis” (Caderno da I CMSM-Campinas, 2001).

Foi de São Paulo, capital, que veio o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (o CAPS), em cuja proposta continuava sendo referência (intermediário) para as UBS, não se constituindo como espaço-síntese da atenção e responsabilização pelo usuário (primário, secundário e terciário), mas oferecendo experiências importantes quanto à reabilitação e acessibilidade aos direitos dos usuários. E foi São Paulo que forneceu, ainda, experiências inovadoras e importantes para a reforma, que foram os Centros de Convivência e Cooperativas (CeCoo) – espaço aberto para todos os excluídos: população de rua, crianças, deficientes; e também as equipes volantes de Saúde Mental na Saúde da Família - do Qualis - oferecendo assistência intensiva num espaço totalmente aberto: a rua e a casa.

Aqui, em nossa cidade de Campinas, o maior desenvolvimento deu-se no espaço de um antigo hospital psiquiátrico filantrópico, onde foi feita uma co-gestão com a Secretaria Municipal: de hospital de internação integral, ao longo destes dez anos, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira vai diminuindo o espaço hospitalar e aumentando o de reabilitação psicossocial e os espaços do cuidar em liberdade: oficinas para a geração de renda com loja, CAPS e 27 moradias na cidade, centro de convivência, agência de turismo, jornal, ateliê de artes plásticas e grupo de teatro.

O maior desafio que se inicia é a remodelação da Rede Básica de Atenção em Campinas. O Paidéia-Saúde da Família mudou o processo de trabalho até então na rede de UBS, e hoje a lógica é ser referência para um número de famílias adscritas a uma determinada equipe, que conta com o apoio matricial de pelo menos um profissional de saúde mental. Esse modo de trabalhar pressiona com uma demanda “que não se enquadra” nem no que costumávamos atender na equipes mínimas de Saúde Mental nos CS, nem nos CAPS, nem nos Centros de Referência ambulatoriais, nem nas Oficinas. E os CAPS, os CS e os Centros de Referência devem se “revirar”: transformando regras e normas da hierarquização cedendo lugar à flexibilidade na atenção às necessidades apresentadas... enfim, vários braços para acompanhar o usuário onde for necessário. Discutir os casos, visitar e atender no domicílio, prestar atendimento ambulatorial, facilitar e monitorar convivências, oficinas e trabalho. E nas experiências de saúde mental no PSF, a pipocar pelo Brasil, nós podemos encontrar os que se misturam ao modelo hegemônico da Reforma Psiquiátrica, e os que buscam combinar as experiências da desinstitucionalização, cuidando de não provocar a quebra da integralidade na atenção à saúde (Caderno da I CMSM-Campinas, 2001).

Essa mudança em nossa forma de pensar equipamentos hierarquizados, em níveis de atenção da organização sanitária geral, para a flexibilização do modo de acompanhar o usuário e suas necessidades individuais para reabilitá-lo, para que mude sua qualidade de vida e possibilite uma relação normal de convivência, é nosso grande desafio. Isso é o que nos possibilitará olhar e transmitir a visão de que “o tamanho é documento”, pois a infância deve e tem de ser ouvida e respeitada em seus direitos; de que o alcoolista e drogaditos não são bandidos e preguiçosos, mas, pelo contrário, são pessoas mais frágeis e utilizadas pela

bandagem do tráfico; e finalmente, de que o portador de transtornos psíquicos mais graves é portador também da maior carga de preconceitos que anula qualquer possibilidade produtiva, emancipativa e de convivência com outras pessoas: não lhe é depositada nenhuma confiança, um nada!

Finalmente, existe um problema que sempre deixamos passar: a avaliação do que estamos fazendo. A prática e forma de colher dados e registrar os feitos, na saúde pública, sempre foi muito precisa para a imprecisão, para a subjetividade de nosso objeto de trabalho. Pelo menos devemos considerar alguns aspectos avaliativos da reforma psiquiátrica no município: o que mudou e se mudou. Pois esta deveria apresentar mudanças, em pelo menos seis questões básicas, com a reforma implementada:

1. **O sentido da internação**, que passa a ser uma possibilidade no tratamento de alguém e não mais a forma de tratamento que um diagnóstico grave determine. Lidamos com projetos terapêuticos para a vida saudável e não com o prognóstico determinado por um diagnóstico da doença. A internação não deve acontecer pela falta de oferta de serviços para tratar os sintomas momentâneos e o cuidar continuado.
2. A relação com a história **(biografia) e a família** (de sangue ou adquirida ao longo de sua permanência num hospício ou ao longo do adoecer), que passam a ser **fundamentais** para reatar e devolver à vida as pessoas cronicadas.
3. A **responsabilização pelo usuário**, que será tomada **por serviços e equipes multidisciplinares**, quando as funções não podem delimitar o enfoque e sim as frestas e complementaridade dos profissionais numa atuação no campo de trabalho, onde sejam ofertadas as possibilidades de seu núcleo de formação;
4. Os serviços, que devem se restabelecer e se conduzir pela **flexibilidade de ofertas** (para a promoção e reabilitação). Isto requer que, em atenção psicossocial, um ser-existência em sofrimento no meio social não possa ser normatizado ou enquadrado nas regras de serviços de saúde hierarquizados.
5. O **trabalho em rede** (considerando a rede social restrita e ampliada) de apoio onde **a intersetorialidade** é essencial: não só os profissionais de saúde e nem só, também,

profissionais de outras tantas áreas de serviços, conseguiriam a reabilitação psicossocial e devolver a vida a essas pessoas. **O inserir em sociedade os diferentes significa intervir na sociedade para que ela mude seus padrões e regras do “bem-viver”, convívio, da solidariedade que se encontra empobrecida, e isto não envolve apenas os serviços de assistência, mas toda a política socioeconômica de um município.**

6. Geração de **nova cultura psiquiátrica** para que não se retorne ao passado.

O que conseguimos destes fatores permitem-nos avaliar nosso alcance e talvez ... medir melhor o tamanho dos nossos desafios.

Referências Bibliográficas

GOLDBERG, J. “ Reabilitação como processo - O centro de Atenção Psicossocial - CAPS” in Pitta, AMF (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. SP, HUCITEC, 1996.

GALLETTI, MC “ Os Centros de Convivência e Cooperativas em São Paulo” In Vieira, Vicentin e Fernandes (org.) **Tecendo a Rede : a trajetória da Saúde Mental em São Paulo**. SP : Cabral

LANCETTI, A. (org) “Saúde Mental e Saúde da Família”, Saúdeloucura 7, SP, HUCITEC, 2000.

SMS - PMC “ Projeto Paidéia-Saúde da Família”, caderno, Campinas, Hmário Gatti, 2001.

BRAGA CAMPOS, FC. “Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos”, tese de Doutorado/Unicamp, Campinas - 2000.

KINOSHITA, RT “Em busca da cidadania”, in Braga Campos e Henriques (org) “ Contra a Maré à Beira Mar”, SP, HUCITEC, 1997.

MERHY, EE “ Em busca de Ferramentas analisadoras de tecnologias em saúde” in Merhy e Onocko (org) “Agir em Saúde”, SP, HUCITEC, 1997.

CAMPOS, GWS “Considerações sobre a arte e a ciência da mudança : revolução das coisas e reforma das pessoas” In Cecílio (org.) “ Inventando a Mudança na Saúde”, SP, HUCITEC, 1994.

ROTELLI et alli, “Desinstitucionalização uma outra via”, in Nicácio (org.) “Desisntitucionalização”, SP, HUCITEC, 1991.

Saúde Mental – Mais Atenção Para Quem Precisa

Cristiane Honorio Venetikides¹⁰

Danuza Menezes Maceno¹¹

Wirmond Luiz da Rocha D'Angelis¹²

Willians Valentini Jr.¹³

INTRODUÇÃO

O adoecimento mental é uma das formas de sofrimento humano que mais tem deixado pessoas à margem do processo produtivo e do convívio social.

Este processo de exclusão é ativo. Não há evolução da doença mental desconectada do contexto onde o problema surge e da maneira como ele é enfrentado. Invariavelmente, pelo mundo afora, os portadores de distúrbios mentais são submetidos à miséria, ao abandono e ao desamparo.

Alguém em situação de crise ou mentalmente transtornado nos desafia a questionar os padrões de comportamento assimilados coletivamente. Diante do descontrole de alguns, somos forçados a nos questionar sobre os riscos individuais e coletivos do descontrole emocional, algo que não nos é fácil compreender.

Surgiria assim uma questão maior: até onde somos normais? O que é normal e o que é patológico?

Porém, estas dúvidas parecem ser por demais inquietantes e a tendência global é que sejam evitadas. A ciência busca construir certezas e, no caso da loucura, as pazes com a normalidade e a ordem são feitas pelo afastamento e isolamento do anormal, o “louco”. É como se o mal-estar gerado pela imperfeição deste estado de “sermos humanos” pudesse ser aliviado e resolvido com a exclusão e abandono dos desviantes.

Tal mecanismo de defesa vem sendo usado há muitos séculos. Os homens inventaram e perpetuam os grandes manicômios, sanatórios e asilos, todos depósitos cujo sutil objetivo foi, e ainda é, a reclusão até a morte.

Contudo, a exposição das condições de vida destes marginalizados trouxe à sociedade a premência de se defender o direito à vida, à convivência, à liberdade. E isso só é possível, hoje, em função do consenso quanto à democracia como regime de governo capaz de oferecer justiça social e bem-estar para a população.

Ainda hoje encontramos muita rejeição e verificamos que foi criada uma cultura de descaso e reprovação para com os portadores de transtorno mental. De tal sorte que há uma crença, ainda muito forte, de que tais pessoas devam permanecer a maior parte de suas vidas em hospitais especializados, assim como persiste intolerância e resistência à sua presença nos lares, nos bairros e na sociedade.

¹⁰ Psicóloga, especialista em saúde mental comunitária, Coordenadora do Programa de Saúde Mental.

¹¹ Psicóloga, especialista em saúde mental comunitária, Programa de Saúde Mental.

¹² Médico psiquiatra, Coordenador Estadual de Saúde Mental.

¹³ Médico psiquiatra, Superintendente do Instituto Cândido Ferreira de Campinas, Conselheiro Municipal da Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas para a área de Saúde Mental, Consultor da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

De fato, estes indivíduos não terão nenhuma condição de resgatar ou viver sua cidadania se não desenvolvermos uma nova cultura pautada no acolhimento, na tolerância às diferenças, no respeito aos direitos de todos os seres humanos, na solidariedade ativa e em uma consciência ecológica, na qual a vida, no sentido mais amplo e em todas as suas formas de manifestação, seja respeitada. Afinal, hoje se sabe que, apesar de toda contribuição que os avanços tecnológicos, da Medicina e da Psiquiatria, mais especificamente, têm proporcionado, isto não é suficiente para possibilitar mudanças significativas na qualidade de vida dos doentes mentais, que representam não outra coisa que a própria razão da existência de tais tecnologias.

O psiquiatra italiano Saraceno (1999) afirma que: “Se o tratamento farmacológico fosse o maior recurso no tratamento das psicoses, deveríamos esperar que, onde mais sofisticados fossem os tratamentos farmacológicos, menores seriam as prevalências das doenças mentais. Mais não é isso o que acontece”.

A percepção desta complexa situação e a visão da distância existente entre a internação hospitalar e o preconceito da sociedade, geraram uma inquietação saudável nas pessoas sensibilizadas pela causa. Como resultado disto, aconteceu em Curitiba a I Conferência Municipal de Saúde Mental, a qual deu respaldo e subsídios aos técnicos da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, levando-os a aprofundar o diagnóstico dos problemas enfrentados pelos portadores de transtornos mentais na cidade e, simultaneamente, buscar soluções com vistas ao ideal de uma cidade saudável.

CURITIBA E O MODELO PSIQUIÁTRICO TRADICIONAL

Antes do lançamento do Programa de Saúde Mental em Curitiba, em novembro/99, o sistema de saúde mental da cidade contava com aproximadamente 1.500 leitos em hospitais psiquiátricos, cinco núcleos de atenção psicossocial e aconteciam 5.800 consultas ambulatoriais de psiquiatria e psicologia/mês. Isso correspondia a 0,47% do total de consultas do SUS, enquanto o preconizado pelo Ministério da Saúde é a oferta de 5% do total de consultas na área específica.

Não existiam fluxos claros que orientassem os indivíduos no acesso a estes serviços, nem se conhecia o perfil epidemiológico de distúrbios mentais na população.

Do total de internamentos realizados, os transtornos mentais eram a sexta causa, com duração superior a 30 dias. Isso fazia com que, através da solicitação de uma nova AIH (Autorização de Internação Hospitalar) para continuidade de tratamento, a doença mental surgisse como a segunda causa de internamento em Curitiba. Assim, o número de internamentos sobre o número de consultas de saúde mental era de 67%, quando o preconizado é 3%.

As doenças mentais pouco apareciam entre as doenças registradas nos serviços básicos de saúde, devido à dificuldade de diagnóstico e à subnotificação. O mesmo fato não se observava no procedimento hospitalar, no qual a doença mental correspondia de 6 a 7% do total de internações, sendo que o parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde é de 4%. Em 1994, iniciaram-se os primeiros movimentos no sentido de reestruturar a saúde mental com vistas ao modelo hoje desenvolvido. A Secretaria Municipal da Saúde realizou parceria com o Eden Mental Health Care, Instituto Canadense, através do Núcleo Terapêutico Menno Simons, com a finalidade de receber consultoria e capacitação dos profissionais de saúde para a apropriação do modelo de saúde mental comunitária.

Desta parceria foi estruturado um curso de pós-graduação em nível de especialização em Saúde Mental Comunitária, através da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em que a principal clientela eram profissionais de saúde de diversas categorias da rede municipal, provenientes dos Distritos Sanitários, com a missão de desenvolver projetos em seu território.

O conteúdo das disciplinas propostas foi construído a partir das necessidades da Secretaria Municipal em preparar formadores de opinião que pudessem iniciar o processo de transformação do modelo de atenção. Além de docentes de nível nacional, contamos com consultores canadenses participantes da mudança de modelo em saúde mental do Canadá. O esforço do trabalho deste grupo, guiado pelo contexto institucional favorável, proporcionou maior sistematização nas ações de saúde mental, resultando na elaboração de um novo programa de saúde mental para o município.

DESAFIOS PROPOSTOS PELO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

A implantação do Programa de Saúde Mental em Curitiba elegeu alguns desafios:

1. Humanizar/transportar o modelo de atenção existente, essencialmente hospitalar, centrado na recomendação de uso da medicação como forma predominante de tratamento, incluindo nas ações uma pequena participação de outros profissionais, além dos médicos psiquiatras, nos espaços de saúde;
2. Transformar a cultura existente e excludente que, por medo, preconceito e falta de informação, reforça e mantém o modo desumanizado de se enfrentar a loucura, presente nos grupos sociais e nas famílias que acabam por entregar seus familiares aos cuidados do sistema de atenção disponível, pois aprenderam a reconhecê-lo como única alternativa a ser seguida;
3. Avançar rumo a um modelo que garanta o respeito e a cidadania ao sujeito acometido por transtorno mental através de: acesso a múltiplas alternativas assistenciais, que vão desde cuidados primários em unidades básicas de saúde, passando por serviços ambulatoriais especializados, oficinas terapêuticas, núcleos de atenção psicossociais, até serviços mais complexos como pronto-atendimentos, hospitais em regimes parciais ou integrais e residências terapêuticas, de acordo com a complexidade da patologia apresentada e as diferenças presentes em cada cidadão, respeitando as diferentes necessidades de cuidado;
4. Proporcionar tratamentos com visão biopsicossocioespíritual, que se estendam não somente à condição clínica do indivíduo, mas que promovam sua recuperação, reabilitação, reinserção social e formação profissional, tornando possível a convivência na família e que eles se mostrem socialmente úteis, respeitando os limites de cada um. Implica, também, o envolvimento de familiares no processo de tratamento e colaboração na construção da autonomia do paciente. Assim, resgatando a autonomia dos sujeitos adoecidos e capacitando-os para uma participação social útil e produtiva, se conseguirá transformar, progressivamente, a relação da sociedade com o doente mental em termos de valores, superação de paradigmas, preconceitos e opiniões culturalmente estabelecidas.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DOS DESAFIOS

Um dos atores importantes para a construção de um novo modelo de atenção à saúde mental de Curitiba foi a atual gestão, através do desejo político de melhorar a situação e enfrentar os problemas e conflitos advindos de mudanças tão profundas no sistema. Através do apoio

governamental e com o respaldo da Conferência Municipal de Saúde Mental, esta construção não significou apenas a criação e a estruturação de fluxos e serviços, mas, também, grandes mudanças que interferem em valores e preconceitos sociais, integralidade das ações, acesso, níveis de complexidade, efetividade e eficácia, assistindo de maneira adequada tanto corpo, quanto vida psicossocioespiritual.

Para a operacionalização da política de saúde mental, criou-se o Programa de Saúde Mental em Curitiba, baseado no modelo de Saúde Mental Comunitária que tem como princípios a promoção da cidadania, a redução do preconceito por parte dos profissionais, familiares e comunidade, o envolvimento da família em todo o processo do tratamento, a priorização do tratamento extra-hospitalar, a qualificação dos serviços e o acesso organizado e criterioso, facilitado nos diferentes níveis de assistência.

A população-alvo deste Programa abrange crianças, adolescentes, adultos e idosos, residentes em Curitiba, com história de internação em hospitais psiquiátricos e/ou portadores de transtornos mentais, priorizando aqueles considerados graves.

A Introdução Da Saúde Mental nas Unidades Básicas De Saúde

A população anteriormente descrita deve estar vinculada a uma das 90 Unidades Básicas de Saúde (US e PSF) da rede municipal, as quais têm como atribuição acompanhar o portador de transtorno mental, ao longo do seu tratamento, a fim de que este, juntamente com sua família, receba o suporte necessário para a estabilização do quadro clínico, facilitando sua integração na comunidade.

De acordo com esta ótica, a observação levou a equipe a detectar o quanto precisava caminhar em direção a tornar as Unidades Básicas de Saúde referência para famílias e portadores de transtorno mental. Não apenas usando-as como ponte para internamentos, mas como espaço acolhedor, que poderia se dedicar a compreendê-los e agir como um dos suportes para sua permanência na família e no convívio com seus vizinhos.

Assim, na nova proposta, a US busca acolher e avaliar a complexidade do quadro e a possibilidade de tratamento pela própria equipe, tendo em vista que é composta por médicos clínicos gerais e equipe de enfermagem. Nos casos em que há necessidade de encaminhamento para serviço especializado, a US monitora o tratamento realizado nestes serviços. Este monitoramento consiste em, mensalmente, autorizar os planos terapêuticos dos pacientes, solicitados pelos serviços especializados, bem como dispensar a medicação prescrita.

Outras atribuições da US, igualmente importantes, são: esclarecer dúvidas e orientar sobre o funcionamento dos serviços de saúde mental do município, realizar entrevistas, reunião de grupos para atividades de orientação, educação em saúde e avaliação do desenvolvimento

das terapêuticas a que estão sendo submetidos os pacientes e seus familiares, funcionando como verdadeiro agente de saúde mental neste processo.

Nos casos em que são identificadas falhas na adesão ao tratamento, traduzidas por faltas nas consultas, ou mesmo não comparecimento mensal na US, há um empenho da equipe em resgatar as atividades programadas, através de visitas domiciliares com o objetivo de checar, no local, o problema e realizar as orientações necessárias a fim de que o usuário retorne ao tratamento.

O maior desafio deste modo de oferecer cuidado é o de desenvolver, tanto na equipe de saúde quanto na família, uma aliança terapêutica que promova ajuda mútua no enfrentamento dos problemas trazidos pela situação/sofrimento.

A Desintoxicação do Alcoolismo nas Unidades de Saúde

Mundialmente, o alcoolismo é um problema com grande prevalência nos diagnósticos de saúde mental. Em Curitiba, não é diferente. Tanto em procedimentos hospitalares, quanto ambulatoriais, este diagnóstico tem predominado. A falta de recursos extra-hospitalares para o atendimento desta demanda, historicamente, tem direcionado para o tratamento hospitalar os casos com dependência grave que, conseqüentemente, possuem índices de recaídas elevados. Em contrapartida, os casos mais leves permaneciam sem alternativas de tratamento.

A longa permanência em tratamento hospitalar, por sua vez, não tem se mostrado mais eficaz na prevenção de recaídas em comparação a tratamentos ambulatoriais, e o tratamento do alcoolismo, assim como o de outras adições, obtém melhores resultados quando instituído nos estágios iniciais da doença. Esta demonstração incentivou a elaboração de uma ação específica centrada na desintoxicação de alcoolistas leves a moderados e prevenção de recaídas, nas Unidades de Saúde.

Iniciou-se este processo através da construção de um protocolo, elaborado por profissionais de diferentes áreas, e de acordo com o interesse de cada US. As equipes foram capacitadas para esta função. Este protocolo tem a intenção de nortear procedimentos mínimos que devem ser realizados, tendo as equipes a possibilidade de criar alternativas dentro da realidade e dos recursos de sua comunidade.

Assim, estabeleceu-se o processo de atenção ao alcoolismo nas Unidades Básicas de Saúde com fases que passam pela desintoxicação alcoólica ambulatorial, acompanhamento visando à prevenção de novas recaídas e, também, orientação a familiares de alcoolistas que buscam ajuda na US. Neste processo, é fundamental que exista a vontade do indivíduo em se tratar, através de sua participação ativa nas tomadas de decisões e na busca de soluções. Os profissionais de saúde, por sua vez, procuram estabelecer uma rede de apoio, envolvendo comunidade e familiares, propiciando um suporte mais adequado ao tratamento e à recuperação, evitando a internação e o conseqüente afastamento social. Como exemplo, hoje temos cooperativas, atividades profissionalizantes como estofarias, panificação, hortas comunitárias e outras.

A Rede Especializada

Observa-se em várias instituições hospitalares e mesmo em muitos dos serviços extra-hospitalares que, independente da estrutura física e dos recursos humanos existentes, o grande entrave encontra-se na filosofia de trabalho que podemos chamar de “modo de fazer cuidado”. Prevalece em alguns serviços, por vezes quase inconscientemente, um conceito fatalista sobre o adoecimento mental. Assim, os profissionais dedicam-se a aplacar crises e entreter seus pacientes, sem maiores expectativas ou esforços no sentido de estimular suas potencialidades e permitir que os mesmos restabeleçam seu valor, para si, suas famílias e para a sociedade.

Entreter significa “ter entre ou ter dentro” e, também, “passar prazerosamente o tempo”. Novamente aqui Saraceno (1999) nos ensina:

Na espera que a doença passe sozinha ou que o doente morra doente, ou enfim, de que o doente piore, este vem entretido, com dureza e plenitude de significado, “dentro” do hospital psiquiátrico e além, dentro da enfermaria, dentro da cela forte, das faixas de contenção, dentro da solidão, dentro da violência, dentro da miséria, ou ainda, dentro de ambulatórios, de hospitais dia ou de sua própria casa.

A fim de implementar a rede assistencial, buscou-se a estruturação de serviços preferencialmente externos, comunitários, transformando a alternativa hospitalar restrita a situações que envolvam emergência médica. Buscou-se, então, levantar recursos financeiros, através da extinção de 12% dos leitos integrais dos hospitais psiquiátricos do município vinculados ao SUS. Com este recurso, pode-se ampliar em 200% o número de consultas ambulatoriais ofertadas mensalmente, garantir medicação psicotrópica básica para os pacientes em tratamento e estruturar dois Pronto-Atendimentos especializados em saúde mental.

No que se refere às consultas ambulatoriais contratadas para o Programa, priorizou-se uma organização ambulatorial que desse ênfase a equipes de saúde com formação multiprofissional. Minimamente psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais, funcionando de maneira integrada, evitando tanto a rigidez em que cada um executa exclusivamente um determinado tipo de papel e função, quanto a confusão em que todos fazem tudo e de qualquer maneira. É incentivado o trabalho em conjunto, o constante desenvolvimento dos potenciais desta equipe e a responsabilidade coletiva. Desta maneira, este serviço deve oferecer consultas individuais de psiquiatria, psicologia e também, atendimentos em grupos, além do suporte do assistente social no decorrer do tratamento.

Os Pronto-Atendimentos especializados, por sua vez, foram criados para o atendimento das urgências e emergências em saúde mental e também como forma de regular a porta de entrada dos hospitais psiquiátricos, pois, com o advento do Programa, são os únicos serviços autorizados a realizar estas internações. Funcionam em Unidades de Saúde de média complexidade, localizadas em pólos estratégicos para facilitar o acesso. Contam com uma equipe mínima de médicos psiquiatras, assistentes sociais e enfermagem.

Paralelamente à organização destes serviços, também houve uma reestruturação do processo de controle, avaliação e auditoria dos Hospitais Psiquiátricos, Hospitais-Dia, Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS) e Ambulatórios. Foram criados roteiros de avaliação que analisam critérios mínimos para um bom funcionamento destes serviços.

O Processo de Educação Continuada

A implantação de um Programa de Saúde Mental que visa a superar um modelo de atenção tradicional, rumo à construção de uma nova cultura do cuidado, necessitou agregar à atuação dos profissionais novos conhecimentos e habilidades que concretizassem as ações propostas.

A educação continuada está estruturada a partir da formação de um grupo básico, com representantes de diferentes categorias dos oito Distritos Sanitários, com o propósito de serem agentes multiplicadores deste processo nos seus respectivos Distritos. Têm sido realizados treinamentos específicos e encontros de educação continuada para profissionais da Secretaria Municipal da Saúde, incluindo agentes comunitários de saúde e também profissionais de saúde mental de serviços credenciados ao SUS.

Foi elaborado material próprio de apoio a profissionais e à população, como o manual do Programa de Saúde Mental, dirigido a técnicos, cartilha e folhetos educativos com linguagem apropriada ao entendimento do leigo, para pacientes e familiares. Tudo isso com o objetivo de permitir maior alcance e aprofundamento em questões pertinentes ao atendimento comunitário do portador de transtornos mentais.

Conclusão

Durante longos anos convivemos e reproduzimos um mesmo modelo de cuidado em saúde mental, levando ao estabelecimento de uma cultura excludente e estigmatizadora, que valoriza o diagnóstico e nega o potencial humano. A superação dos desafios propostos pelo Programa de Saúde Mental implica em mudanças profundas na cultura e valores de toda uma sociedade, sendo este processo passível de se observar somente a longo prazo.

Mesmo assim, após 11 meses de funcionamento, pode-se apresentar alguns resultados: 14.000 usuários inscritos e acompanhados pelo Programa; 1.100 desintoxicações alcoólicas realizadas nas Unidades de Saúde; 1500 profissionais de saúde e 400 agentes comunitários de saúde capacitados em saúde mental e 700 mil unidades de medicação distribuídas mensalmente.

A implantação do Programa de Saúde Mental em Curitiba é a concretização de um longo período de debates e formulações teóricas que permite um exercício prático e diário da Saúde Mental Comunitária, o que certamente levará a novas reflexões e avanços, num movimento dialético de mudança qualitativa.

A educação para cuidar, de forma a respeitar os direitos dos cidadãos portadores de transtornos mentais, oferecendo tratamentos que preservem a liberdade e a convivência como eixos provedores de sentido para a vida, é ponto fundamental no desenvolvimento do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Cada vez mais compreende-se, hoje, que os recursos para os tratamentos em saúde são aprendidos e exercidos pelos grupos humanos, pelas famílias, pelos amigos, pelos vizinhos, que podem e são estimulados a engajar-se no desafio de desenvolver uma mentalidade nova: a de viver numa cidade que valoriza o “saber cuidar” e valoriza a solidariedade ativa, aquela que se compartilha coletivamente.

Referências Bibliográficas

SARACENO B., *Libertando Identidades* – Da Reabilitação Social à Cidadania Possível. Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

A DESCONSTRUÇÃO DO MANICÔMIO: A EXPERIÊNCIA DE SOBRAL/ CE.

Alexandre Pereira¹⁴, Geison Vasconcelos Lira¹⁵, Luiz Odorico Monteiro de Andrade¹⁶

Introdução

O município de Sobral está situado na região noroeste do Estado do Ceará, distando 224 Km da capital, Fortaleza. É parte integrante da Área de Desenvolvimento Regional - ADR - Sobral/Ibiapaba. Esta ADR, constituída por 25 municípios, apresenta uma área territorial de 11.963 Km², o que corresponde a 8,1% da área total do estado do Ceará e onde moram cerca de 530.000 habitantes.

O município de Sobral conta com uma área de 2.119Km², sendo, entre os municípios cearenses, o décimo nono no que se refere à maior dimensão territorial e o quinto em população. De acordo com o Censo IBGE/2000, o município de Sobral dispõe de uma população de 155.120 habitantes, sendo 52% do sexo feminino e 48% masculino. O Censo deste mesmo ano apontou que 86% de sua população mora na área urbana e apenas 14% na rural. A população é eminentemente jovem e adulta, cerca de 85% na faixa entre 0 e 49 anos. A taxa de desemprego da população economicamente ativa em outubro de 2000 era de 9,64 % (SOBRAL, 2001).

O Processo de intervenção

Em outubro de 1999, por determinação da Coordenação Municipal de Controle e Avaliação, foi constituída uma comissão de sindicância para apurar a responsabilidade da Casa de Repouso Guararapes em relação à morte de um paciente ali internado. A denúncia dos familiares, que contava com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão dos Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Ceará, era de que o paciente teria morrido em conseqüência de maus-tratos.

O relatório da Comissão de Sindicância confirmou as denúncias de maus-tratos, espancamentos e abuso sexual, atos caracterizados como rotineiros na instituição, o que

¹⁴ Psiquiatra, coordenador da Rede de Saúde Mental de Sobral

¹⁵ Médico, supervisor hospitalar da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral

¹⁶ Médico, secretário de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral

levou a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral, com base em deliberação do Conselho Municipal de Saúde, a decretar a intervenção no manicômio em março daquele mesmo ano.

Durante a intervenção constatou-se a precária situação física, terapêutica e financeira da instituição. Havia o abandono dos pacientes pela ausência de projetos terapêuticos, péssimas condições sanitárias e de hospitalidade, além de um enorme rombo financeiro decorrente de dívidas fiscais, trabalhistas e comerciais.

Ao assumir o hospital, a Junta Interventora se deparou com um contingente de 63 pacientes, sendo 21 mulheres e 42 homens. Em uma avaliação inicial constatou-se falha diagnóstica em grande parte dos internos, além de pacientes internados sem indicação formal.

Ações executadas durante a intervenção

1 - Nas primeiras duas semanas de intervenção, o trabalho médico-social restringiu-se a uma avaliação clínica, psiquiátrica e social caso a caso, com instituição de novo plano terapêutico, manejo de intercorrências clínicas e início de um trabalho de reinserção familiar e social, implicando muitas vezes uma busca ativa da família e um primeiro contato da equipe cuidadora com a mesma.

2 - Outra preocupação foi otimizar as altas hospitalares, procurando reduzir o número de internos para adequá-lo à equipe assistencial disponível, que se encontrava extremamente sobrecarregada. Seguindo esta diretriz, pós 40 dias de intervenção, 39 altas foram encaminhadas.

3 - Na intenção de proporcionar uma maior participação da família no processo terapêutico, de promover maior contato da família com a equipe e com o paciente, além de permitir uma melhor compreensão da Intervenção e da estruturação de um novo Modelo de Saúde Mental para a Região Noroeste do Estado do Ceará, optamos por liberar as visitas diariamente (anteriormente realizadas uma vez por semana).

4 - Devido à ausência de um serviço psiquiátrico de emergência em Sobral, optou-se por atender pacientes que chegavam à porta do hospital, fazendo uma avaliação inicial e internando apenas os casos com indicação precisa, visando ao menor tempo de internação possível. No momento da alta, solicitávamos a presença de um familiar ou responsável, que eram orientados quanto à importância de um seguimento terapêutico e encaminhados ao serviço que lhes proporcionaria tal acompanhamento.

5 - Foram realizados contatos com as unidades do Programa Saúde da Família de Sobral e de outros municípios vizinhos, além das secretarias municipais de Saúde, a fim de garantir melhor adesão dos pacientes ao tratamento e maior suporte médico-comunitário.

6 - Manteve-se o corpo de profissionais nas áreas de terapia ocupacional e psicologia, buscando integrá-los às novas rotinas e diretrizes terapêuticas instauradas pela junta interventora. Para tal, foram melhoradas as condições de trabalho, com aquisição de material e de nova estrutura física, além da realização de reuniões semanais para integração da equipe. Dentro desta nova proposta, foi contratada uma paisagista para realizar atividades de jardinagem com os pacientes, além da atuação da equipe de saúde bucal municipal, que realizou oficinas com diagnóstico, prevenção e tratamento das patologias bucais.

7 - Em parceria com o curso de Educação Física da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, foram contratados dois estagiários para as atividades de esporte e lazer, com especial atenção para utilização dos espaços fora dos muros do hospital. Optou-se pelo menor tempo possível de permanência dos pacientes no hospital, como proposta terapêutica, passando então a cumprir uma rotina de passeios, visitas às exposições de artes, praças públicas, monumentos históricos, sessões de cinema, manhãs de lazer em clubes, etc.

8 - Um sério problema encontrado no enfrentamento do hospício foi o de reverter o processo de abandono afetivo e social, relacionado às condições concretas de vida acumuladas em anos de exclusão dos bens culturais, educacionais, de trabalho e de direitos básicos de sobrevivência. Foram exemplos de ações nesta área a reconstrução de moradias deterioradas, a adesão de cuidadores comunitários, a inserção no trabalho, a recuperação do direito previdenciário, a oferta de cestas básicas, etc. Iniciativas que buscavam restabelecer

a identidade social e dignidade humana dos portadores de transtornos mentais, perdidas em anos de exclusão.

9 - Outra necessidade percebida era a de se estreitar as relações com a comunidade como estratégia de superação da discriminação e da desmistificação e ressignificação da loucura e do adoecer psíquico. Para isso, realizamos um **Dia de Hospital Aberto**. Naquela ocasião, convidamos usuários, familiares, imprensa, universitários, entidades civis e comunidade em geral a participar da pintura dos muros do Hospital, construindo um grande mural, trazendo a comunidade para discutir a Política Municipal de Saúde Mental e as propostas de superação do manicômio.

Conseqüências da intervenção hospitalar

No processo de desmonte do Hospital, nos deparamos com diversas dificuldades, sendo a principal delas a herança da loucura como sinônimo de incapacidade e periculosidade, que justificava toda uma série de práticas de exclusão por parte das famílias, profissionais e da sociedade.

No dia 10 de julho de 2000, a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde do município encerrou a intervenção de 120 dias na Casa de Repouso Guararapes e, através da portaria de número 113, descredenciou aquele serviço e constituiu a **Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral**. Esse processo foi um marco divisor do modelo de atenção à saúde mental no município. Entre outros aspectos, ampliou a consciência social e institucional da complexidade do fenômeno do sofrimento/transtorno mental no contexto municipal e das limitações das ações até então praticadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SOBRAL. Secretaria do Desenvolvimento Social e Saúde. **Plano Municipal de Saúde de 2001**. (Mimeogr.)

SOBRAL. Secretaria do Desenvolvimento Social e Saúde. **Parecer da Comissão de Sindicância. Processo 02/99**. (Mimeogr.)

Rua Viriato de Medeiros, 1.250, Centro, Sobral - CE

Fone: (88) 677.1200

E-mail: apereira@sobralnet.com.br

OS NOVOS DISPOSITIVOS RESIDENCIAIS NO QUADRO ATUAL DA REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA¹⁷

Eduardo Mourão Vasconcelos¹⁸

Neste ano de 2001, nós, trabalhadores, usuários e familiares vinculados ao campo da saúde mental no Brasil, temos muitas razões para comemorar juntos com toda a sociedade brasileira. Depois de 12 anos de luta, foi sancionada a lei psiquiátrica (lei 3.657-D/1989) que consagra o princípio da substituição de serviços de natureza manicomial para serviços abertos na comunidade. Ela nos permite uma melhor aproximação aos nossos ideais de um cuidado que ande de mãos juntas com respeito, dignidade e direitos de cidadania para os usuários e seus familiares. Além disso, ainda no ano 2000, também depois de muitos anos de luta, o Ministério da Saúde lançou duas portarias, as de números 106 e 1.220, provendo regras básicas e financiamento específico para a montagem dos chamados “serviços residenciais terapêuticos”.

Neste pequeno texto, gostaria de refletir melhor sobre o significado mais geral e sobre a importância deste tipo de serviço no processo da reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Dispositivos residenciais de boa qualidade acoplados a serviços de atenção psicossocial adequados (tais como os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial e ambulatórios de saúde mental, bem como outros serviços sociais e de saúde) constituem elementos-chave na substituição dos leitos psiquiátricos de longa permanência. As residências oferecem uma alternativa para os usuários que não possuem uma casa ou família, ou cujos parentes não oferecem as mínimas condições de cuidado responsável. Sem as residências, a desospitalização poderia gerar negligência social, já que muitos deles podem acabar vivendo nas ruas, sem assistência adequada, ou terminar trancados em outras instituições fechadas, como nas prisões, nos manicômios judiciários ou nas instituições totais para moradores de rua, como a Fundação Leão XIII e a Fazenda Modelo, no Rio de Janeiro. Outras vezes, a desospitalização nos hospitais estatais, sem a montagem paralela de recursos comunitários integrais, pode induzir internações nos hospitais psiquiátricos privados conveniados, geralmente em condições muitas vezes piores do que aquelas encontradas nos hospitais estatais.

Do ponto de vista dos usuários, os dispositivos residenciais constituem elementos fundamentais de seu bem-estar físico, psicológico e social. Estes serviços, quando inseridos em comunidades urbanas fora das instituições asilares, permitem uma reapropriação pessoal muito mais rica do corpo, do espaço e do tempo, do uso dos objetos e de criação de vínculos interpessoais na vida cotidiana, bem como de novas oportunidades sociais na comunidade, e em melhores condições de lutar contra o preconceito convencional em relação à loucura.

¹⁷ Este texto foi publicado em uma versão mais simplificada no Boletim 18 de Maio, 8 (19), do Instituto Franco Basaglia (IFB) do Rio de Janeiro em 2001. Uma análise mais detalhada deste tema, com ampla indicação de fontes e experiências, está disponível no livro Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade, organizado pelo autor e publicado pela Editora Cortez, de São Paulo, em 2000.

¹⁸ O autor é psicólogo e cientista político, professor da Escola de Serviço Social da UFRJ e pesquisador associado do CNPq e do Instituto de Psiquiatria, também da UFRJ.

É muito importante lembrar que, do ponto de vista financeiro, os dispositivos residenciais não são necessariamente mais caros que os serviços hospitalares. As pesquisas vêm mostrando que os custos de pacotes de serviços comunitários incluindo moradia podem ser inclusive um pouco menores que os custos das internações psiquiátricas clássicas de longa permanência. Assim, os serviços de natureza manicomial podem ser reconvertidos para serviços mais baratos, com maior qualidade e “efetividade reabilitadora”, mesmo com o atual montante global de investimento público no campo da saúde mental. Além disso, para as prefeituras de cidades médias e pequenas, é muito melhor pagar e gerir os recursos montando este tipo de serviço no próprio município, do que pagar internações caras, desumanas e ineficientes para hospitais longe do município, sem nem sequer “ver a cor desse dinheiro”. Municípios menores podem se associar em consórcios regionais, mantendo a gestão comum dos serviços de saúde mental e a proximidade dos usuários de suas comunidades. Assim, a implantação de dispositivos residenciais em saúde mental cabe muito bem dentro da atual lógica do mundo contemporâneo, de boa qualidade nos serviços, racionalização de gastos e de gerenciamento na gestão pública.

Na realidade brasileira, vale a pena também enfatizar que muitas vezes a nossa cultura, muito voltada para o Estado, geralmente leva as pessoas a imaginar apenas dispositivos residenciais exclusivamente estatais e com uma estrutura interna muito dependente dos profissionais. Não é aleatório, portanto, que em muitos locais do país tais serviços sejam chamados de “lares abrigados”. No entanto, a experiência internacional vem mostrando que as alternativas de estrutura organizacional e nível de cuidado dispensado internamente aos dispositivos podem ser muito diferenciados. Elas podem variar de serviços estatais permanentes para usuários muito dependentes, com supervisão interna 24 horas por dia e 7 dias por semana, até dispositivos mais flexíveis como casas temporárias, famílias substitutivas, moradias independentes próprias ou alugadas, ou mesmo lugares independentes em pensão, com uma supervisão mínima por parte de trabalhadores de saúde mental. O princípio básico que orienta a proposta deste leque mais amplo de opções residenciais é ofertar dispositivos adequados à variedade de quadros diferenciados de dependência e autonomia, à situação social, familiar e comunitária e ao desejo expresso de cada cliente singular.

Assim, não é aleatório que quando falamos de forma genérica, sem nos referirmos ao nome técnico designado na portaria, preferimos utilizar a noção de “dispositivo”, que é muito mais adequada para indicar também os esquemas de moradia mais simples. Estes podem implicar muitas vezes apenas uma articulação e/ou intermediação de recursos já existentes na comunidade, como é o caso de lugares em pensão, arranjos coletivos em casas individuais de usuários, moradias de aluguel, ou mesmo arranjos espaciais novos na própria casa da família, através de suporte financeiro, material e/ou de mão de obra para pequenas reformas. Neste sentido, conclamamos os trabalhadores de saúde mental para se desconicionarem em pensar apenas em serviços públicos mais complexos, para poderem imaginar, planejar e combinar também esquemas residenciais mais criativos.

Um outro aspecto importante diz respeito à necessidade dos dispositivos residenciais, à medida que articulam vários aspectos da vida social de seus moradores, promoverem uma mobilização efetiva de todos os recursos públicos, privados, comunitários e individuais dispersos e disponíveis na área em foco. Isso inclui recursos das diversas

políticas e programas sociais públicos; dos benefícios sociais e previdenciários a que o usuário seja elegível; dos recursos da(s) instituição(ões) psiquiátrica(s) implicada(s); dos recursos financeiros, imobiliários e de cuidado das famílias; da capacidade de trabalho e geração de renda dos próprios moradores; dos recursos comunitários, das entidades filantrópicas e assistenciais privadas e das empresas locais existentes na localidade. O espaço urbano é muito rico em recursos fragmentados e dispersos, cuja procura e mobilização faz parte essencial do próprio processo de reinserção e integração social dos moradores.

É interessante também considerar a possibilidade de terceirização temporária de uma parcela pequena de dispositivos residenciais junto ao chamado Terceiro Setor, composto de organizações não governamentais. As ONGs podem aumentar a flexibilidade, a despadronização, a ampliação mais rápida de experiências-piloto e a maior capacidade organizacional de combinar e integrar recursos estatais, privados não lucrativos, comunitários e dos próprios usuários e moradores. Entretanto, dada a profunda crise do Estado brasileiro, é importante chamar a atenção para os riscos de uma terceirização massiva, em condições precárias de financiamento, e sem garantias de mínimas condições de trabalho e salário para os trabalhadores. Terceirizações também requerem uma supervisão minuciosa do planejamento e funcionamento destes dispositivos, para garantir carga de trabalho adequada a cada profissional, boas condições de vida, cuidado integrado e gestão participativa dos usuários nas residências, bem como o acesso às oportunidades sociais e comunitárias.

Entretanto, o mais fundamental a ser lembrado aqui é que mesmo antes das portarias de “serviços residenciais terapêuticos” do ano passado, já temos disponíveis no Brasil, há vários anos, muitas experiências pioneiras e consolidadas de dispositivos residenciais em saúde mental, principalmente nos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro. Outras experiências vêm sendo iniciadas a partir da portaria, como é o caso de Sobral, no Ceará. Portanto, quando falamos da importância e do sucesso deste tipo de dispositivo, não nos baseamos apenas nos exemplos internacionais, mas na própria experiência brasileira. Ela já vem nos permitindo aprender com os nossos poucos erros e os muitos acertos neste campo, com base na vivência concreta dos desafios diários e nas condições sociais e culturais próprias de nosso país.

Assim, depois das portarias sobre serviços residenciais e da nova lei psiquiátrica, temos agora que angariar vontade política para buscar concretizar as formas adequadas de financiamento, multiplicar tais serviços e distribuí-los pelos “sete cantos” deste nosso imenso país. Esta é a tarefa de todos aqueles que se colocam os valores da democracia, da cidadania criativa e da dignidade humana como guias de vida e trabalho, no campo da saúde mental.

A Moradia Assistida: um projeto de clínica ampliada e de exercício de cidadania

Miriam Aparecida Herrera Fernandes*

Gostaria de focalizar a atenção sobre uma casa de Moradia Assistida, local em que trabalho e um desses novos serviços de assistência em saúde mental, para nela evidenciar os aspectos relativos à noção de clínica ampliada, que pressupõe um projeto terapêutico amplo no qual a clínica e a busca pelo exercício da cidadania são privilegiados. As pessoas que nela residem, seus moradores, são usuários do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS/PIDA), serviço da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, que atende pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

A forma de ver o indivíduo não só como uma pessoa portadora de transtorno mental, mas como um cidadão e, sobretudo, como uma singularidade que precisa encontrar condições favoráveis para expressar-se, tem norteado os discursos e práticas inovadoras atuais com as quais compartilho. A complexidade implicada num projeto amplo de tratamento tem lançado desafios, longe de serem totalmente respondidos, a todos que se colocam significativamente neste compromisso. Profissionais da área de saúde mental e outros parceiros (profissionais de outras áreas, pessoas da sociedade civil) que tenham abraçado essa “causa”, e avaliam que possam contribuir para diminuir o sofrimento dessas pessoas e ajudá-las na melhoria da qualidade de vida, têm-se empenhado em tal “missão”. Multiplicidade, multiplacidez, equipe de cuidados, reabilitação psicossocial, clínica ampliada, psicoterapia institucional, ambiência, circulação, coletivo, oficinas culturais, luta antimanicomial, projetos terapêuticos, pensões e moradias assistidas são, entre outras, expressões e práticas que trazem essas intenções.

Acompanhar a vida cotidiana de pessoas portadoras de transtornos mentais – suas crises, as estabilizações da doença, as dificuldades do convívio familiar, a inserção no mercado de trabalho, no meio social e seu poder de contratualidade – constitui uma questão atual que suplanta o modelo tradicional de assistência. Segundo Saraceno (1996), o poder de contratualidade seria o poder de efetuar trocas materiais e afetivas de valor social nos três principais cenários: o cenário *habitat*, o cenário mercado e o cenário de trabalho.

Acrescentadas à terapêutica medicamentosa e psicológica estritas, essas novas práticas vêm contribuindo para uma concepção do que se denomina hoje de “clínica ampliada” ou “clínica de complexidades”.

A criação da Moradia Assistida ocorre dentro dessa proposta terapêutica ampla. Esta casa recebe usuários que tenham dificuldades de moradia e que, portanto, se encontram prejudicados quanto à realização do tratamento e quanto à condição geral de vida. A idéia é que num período relativamente curto – os contratos de moradia são geralmente de um ano de permanência na casa – os moradores possam se organizar em termos de trabalho, condições psíquicas e sociais para vir a residir sozinhos ou com outras pessoas, em condições mais satisfatórias que as anteriores. Para tanto, durante a sua estadia na casa, o morador é incentivado a realizar tarefas, como cuidar de si mesmo, da casa e a interagir com os outros moradores. Além disso, esta casa também consiste num espaço de sociabilidade para outros usuários do CAPS/PIDA, que não moradores. Difere das demais moradias terapêuticas pesquisadas por constituir-se em um serviço público, de permanência transitória de seus moradores e por responder também a uma demanda terapêutica.

A Moradia Assistida teve seu início em fevereiro de 1998, numa residência alugada no bairro da Bela Vista, em São Paulo. É financiada prioritariamente pelo plano de aplicação do PIDA (Projeto de Integração Docente Assistencial), por meio de um convênio entre o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira e a Universidade de São Paulo, pela complementação de captação de recursos de eventos realizados pela equipe do setor (festas, almoços, etc), doações e por uma ajuda de custo paga pelos próprios usuários (correspondente a 30% do que recebem do benefício auxílio-doença, aposentadoria ou a combinar a partir das condições do usuário e/ou família). Próxima à Avenida Paulista, permite o acesso fácil aos cinemas, eventos culturais, *shopping* e atrações que a cidade oferece. Ao redor há uma diversidade de comércio, casas residenciais e consultórios. Consiste num antigo sobrado, bastante amplo, com jardim, varanda, sala, cozinha, cinco quartos, dois banheiros e garagem. Nos fundos há um quintal enorme com mais dois quartos, lavanderia e banheiro. É mobiliada com sofás, mesa de jantar, televisão, aparelho de som, camas, armários, geladeira,

* Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”.

freezer, fogão, microondas e máquina de lavar. A maioria dos equipamentos foi conseguida por meio de doações e uma pequena parte proveniente de dinheiro arrecadado nos eventos realizados pela equipe. Possui telefone, obtido de empréstimo do CAPS/PIDA, e os gastos com alimentação são realizados com a remuneração mensal feita por este mesmo serviço.

A equipe do setor foi montada a partir do interesse de funcionários do CAPS/PIDA em trabalhar nesse projeto; é constituída por um coordenador técnico, duas psicólogas e uma terapeuta ocupacional.

A carga horária dos profissionais é distribuída entre reuniões, plantões semanais e de fins de semana. As reuniões de equipe são semanais e nelas se discutem os encaminhamentos dos usuários e as questões do setor. É realizada, também, uma reunião aberta semanal com usuários que necessitem discutir questões relativas à moradia, inclusive com aqueles que já estão inseridos no projeto. Nessa reunião, a equipe fica a par das demandas feitas no setor e tenta encaminhá-las. Além disso, há reuniões semanais na Moradia Assistida com a equipe e os moradores da casa para conversarem sobre o cotidiano da casa, o setor e outros assuntos pertinentes. Os plantões técnicos realizados na casa acontecem das 17:00 às 20:00 horas durante os dias de semana. Cada técnico faz seu plantão num dia da semana. Nos fins de semana o plantão se dá no horário das 16:00 às 19:00 horas. Há o rodízio de técnicos nos fins de semana, de forma que cada técnico realiza um plantão de fim de semana por mês.

O acompanhamento do técnico nos plantões orienta-se em função das seguintes tarefas: elaboração de escala de limpeza da semana e dos fins de semana e, quando necessário, ajudar os moradores na limpeza; organização das tarefas coletivas da casa; elaboração da lista de compras de supermercado (compra quinzenal); ida com os usuários ao supermercado; orientação quanto aos cuidados com as roupas e higiene pessoal, quanto à organização econômica, quanto às questões referentes ao lazer e ao planejamento e realização de projetos individuais e/ou grupais.

Os aspectos acima expostos constituem somente uma forma de situar em diretrizes gerais o que é feito nos plantões, uma vez que cada plantão traz peculiaridades próprias, a partir das demandas dos usuários e características pessoais e profissionais de cada técnico.

O setor também recebe profissionais recém-formados do Programa de Aprimoramento em Saúde Mental do CAPS/PIDA, que integram a equipe do setor.

Os moradores são usuários do CAPS/PIDA, pessoas com transtornos mentais severos, que fazem tratamento integral e possuem dificuldades de moradia, nas relações familiares, na convivência em geral e nos cuidados de si. Eles fazem tratamento no período das 8:30 às 16:30 horas e depois vão para a Moradia Assistida. Nesta, realizam as tarefas da casa, como o jantar, a limpeza dos quartos, os cuidados com as roupas, como também jogam baralho, conversam com as visitas e técnicos, ou, às vezes, dormem.

As visitas à casa por outros usuários, técnicos, familiares ou amigos ocorrem no período do plantão técnico das 17:00 às 20:00 horas, salvo algumas exceções. Nos fins de semana as visitas são feitas no horário das 16:00 às 19:00 horas.

No período de aproximadamente quatro anos de funcionamento, a moradia recebeu em torno de 15 moradores. Destes, alguns retornaram a pensões ou casa de familiares e alguns estão na casa, dada a renovação de contratos. Atualmente a casa conta com oito moradores.

Numa pesquisa que realizei recentemente* com os moradores da casa, pude observar que parece ter sido fundamental para os usuários o fato de terem sido aceitos para residirem na Moradia Assistida. Aceitos sobretudo como são, com suas dificuldades relativas à doença, ao relacionamento familiar e à vida social. Nas palavras dos moradores, a vivência na casa significou mudanças em suas vidas, como uma aprendizagem de melhor convivência com as pessoas e um isolar-se menos, a possibilidade de reviver a situação de vida familiar, o efetivamente sentir-se morando em uma “casa de verdade”, conseguir fixar-se num lugar e, até, o fato de ter sido “salvo” de cometer um delito dados os conflitos familiares intensos. Especificamente, para um dos usuários possibilitou sua saída das ruas e a continuidade de seu tratamento. O desejo de constituírem uma nova família, voltarem a estudar ou trabalhar também surgiu em seus projetos de vida.

* Dissertação de Mestrado a ser apresentada em 07/12/2001 no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo: **A Moradia Assistida**: um projeto em busca do desenvolvimento humano e da cidadania na área de saúde mental.

Diferente do “estar” num lugar, como diz Saraceno (1999), a Moradia Assistida trouxe a seus moradores a vivência de propriedade do espaço em que se vive, um grau mais elevado de contratualidade em relação à organização material e simbólica de espaços e objetos e trocas afetivas com técnicos, visitantes, moradores e vizinhos. São expressas pelos usuários como importantes as condições básicas de moradia oferecidas pelo projeto, as trocas afetivas com os técnicos e com pessoas que têm os mesmos problemas que eles e o respeito às suas singularidades. É marcante a clareza e a significação que os usuários dão a tal fato quando mencionam situações-limite em que compreendem, por um lado, os acordos coletivos de convivência na casa e, por outro, as dificuldades individuais muitas vezes respeitadas por todos. O respeito às crises e à forma de ser de cada um parece ser de muito valor para a maioria deles, que vêm de histórias familiares e sociais em que tal respeito não ocorria.

Uma avaliação possível que faço dessa aceitação tão importante a esses moradores é a de que esta se dá em duas direções: uma delas a da aceitação dessas pessoas como sujeitos psíquicos, promovendo-lhes possibilidades várias de subjetivação, e outra, a da aceitação dessas pessoas como cidadãos que possuem direitos, como qualquer outro, à moradia, ao trabalho e ao lazer, entre outros. Lembrando o conceito de cidadania de Hanna Arendt citado por Sawaia (1994), em que este faria

...apelo a destinos e projetos, historicamente compartilhados, a processos de conquistas coletivas e à igualdade, mas também ao princípio de alteridade, baseado na concepção da universalidade, cujo fundamento é o direito a ter direito.(p. 148).

Na Moradia Assistida, a estabilização de um lugar para morar foi possível estabelecendo-se uma cotidianidade e um “poder ser” com todas as dificuldades implicadas. O trabalho técnico sobre esse cotidiano, nas diversas formas de subjetivação, implica intervenções que vão desde as tarefas nos cuidados de si e da casa como intervenções quanto à forma de relacionamento de seus moradores. Muitas intervenções se dão através de atos concretos, que, para alguns moradores, são necessários até que haja possibilidade de simbolizações – do ato tornar-se palavra. Ou, também, para alguns moradores, dadas suas subjetividades, a representação simbólica de determinado acontecimento, pensamento ou compreensão pode ser significada.

Então, outra questão que gostaria de abordar é a dimensão clínica desse projeto. Os moradores dessa casa, pessoas com transtornos mentais severos (psicóticos e neuróticos graves), possuem singularidades a serem consideradas com todas as dificuldades de subjetivação e interações sociais.

Julien (1999), em continuação às suas colocações a respeito da proposição lacaniana sobre a psicose, cita Freud quando este faz referências à cura de Schreber devido a uma “passagem ao público” pela escrita de suas memórias. Este autor refere que o termo “cura” de Freud corresponderia ao que Lacan denomina “ser o sintoma”. Seguindo este raciocínio, Julien (1999) afirma

... a desqualificação da vida privada, tão impressionante nos psicóticos, não é um déficit, mas um apelo a uma inserção social bem sucedida, onde o nome próprio jamais seja reduzido a um nome comum.(p. 57).

Ainda, numa referência ao jogo de palavras feito por Lacan, este autor menciona: “público, sim; *pubelle* [lata de lixo], publico, não. O nome jogado no lixo, não.” (Julien,1999,p57). E, conclui, na prática clínica da psicose é importante que se destrua a fronteira entre o psíquico e o social, ou seja, que se ajude o psicótico a uma participação social.

Interessa-me muito esta última colocação do autor para refletir as questões do tratamento e reabilitação de pessoas psicóticas. Pensar nos projetos de socialização, como a Moradia Assistida por exemplo, e em como eles podem contribuir para o sujeito constituir-se como sintoma ou construir uma metáfora delirante. Lugares como o trabalhar e o morar que podem, além do dinheiro e do teto e de todas as questões implicadas na cidadania, possibilitar essa participação social. Espaços que implicam sair da relação privilegiada analista-analisando, paciente-terapeuta, para o “extraclínico”, para o que se poderia denominar de Clínica Ampliada.

Compreendo, também, que este projeto responde aos princípios da Reabilitação Psicossocial mencionados por Pitta (1996), o qual

...implica numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrentes de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica

que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade. (p, 9).

Posso afirmar que o projeto Moradia Assistida suscita questões sobre as possibilidades e os limites no acompanhamento da vida de seus usuários e, também, no que se refere às dificuldades socioeconômicas. Acompanhar o cotidiano de seus moradores implica conquistas e retrocessos a serem considerados, que vão desde as dificuldades de ordem psíquica e social até as dificuldades financeiras. A renovação dos contratos de residência de alguns moradores na casa se dá em função desses fatores. A realização de outros projetos Moradia, como as residências definitivas e outras formas intermediárias de moradia, como uma República, poderia atenuar ou até resolver tais dificuldades. Assim, ocupar-se deste trabalho no campo da saúde mental exige um renovar-se sempre e em demandas de múltiplas alternativas.

Referência Bibliográfica:

- FERNANDES, M. A .H. 2001. **A Moradia Assistida: um projeto em busca do desenvolvimento humano e da cidadania na área de saúde mental.** Dissertação de Mestrado a ser apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em 07.12.01.
- JULIEN, P. **As psicoses: um estudo sobre a paranóia comum.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
- NOVAES, M. O.; SOUZA, E.T.F. **Terapia Ocupacional: A construção do cotidiano no setor Moradia Assistida. Projeto Moradia – PIDA/CAPS Secretaria de saúde do Estado de São Paulo, 1999 (mimeo).**
- PITTA, A.M.F. (org.). 1996. **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Editora Hucitec.
- SARACENO, B. 1996. **Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio.** In: PITTA, A. M. F. (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Editora Hucitec, p. 13 – 18.
- SARACENO, B. 1999. **Libertando Identidades.** Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro : Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia.
- SAWAIA, B. B. 1994. **Cidadania, diversidade e comunidade: uma reflexão psicossocial.** In: SPINK, M.J.P. (org.) **A cidadania em construção – uma reflexão transdisciplinar.** São Paulo: Cortez, p. 147 – 156.
- SOUZA, ET.F. 1998. **Avaliação Do Setor Moradia PIDA-CAPS.** Coordenador do Setor Moradia PIDA-CAPS (mimeo).
- SOUZA. E.T.F. 1999. **Relatório de Avaliação do Setor Moradia.** Coordenador do Setor Moradia PIDA-CAPS (mimeo).

Do pátio para a vida na comunidade

Em 1991, quando no contexto do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira se iniciaram as discussões sobre a situação dos pacientes que se encontravam involuntariamente no interior do hospital psiquiátrico, a proposta de promover a vida dos pacientes fora do hospital chocou parte da equipe técnica de então.

O que se desejava naquele momento era mudar os modos de cuidar, de incluir e de envolvimento da equipe com os problemas dos internados e as seqüelas da internação. Todos temiam alterar as rotinas e abandonar os pátios, predominava a desconfiança em relação ao futuro e o medo de ousar, a violência era percebida como sintoma dos pacientes, e o contexto de desamparo não era percebido como violento.

Anunciar um futuro melhor do que o presente e concretizar cotidianamente a construção do futuro anunciado, imaginado, é a tarefa número um dos profissionais de saúde mental comprometidos com a reabilitação.

Conviver com a convicção de que é possível transcender a determinação imposta pela psiquiatria manicomial, discutir e planejar coletivamente a viabilidade da transformação, reconhecer obstáculos e transformá-los em oportunidades é a força motriz da mudança de paradigma.

Pequenas e diárias ações concretizam o futuro anunciado e alteram o imaginário dos pacientes, dos profissionais e da comunidade. Para Kant, tudo o que o homem é capaz de anunciar ele é capaz de realizar. À força motriz da capacidade humana de transformar damos o nome de desejo.

Para tecer o desejo coletivo, duas variáveis são importantes: o tempo e a autorização para aprender com o erro. Sem autorização para o erro, sem a confiança na capacidade humana de reparação, sem pôr em prática os modos de luta imaginados; freqüentemente somos presa de sentimentos de impotência e de frustração no trato com a realidade. Tornamo-nos pessimistas de plantão.

A primeira passagem para as moradias experimentada em Sousas foi a passagem imaginária construída por internados e profissionais de saúde mental durante reuniões de planejamento para a reorganização da vida e do trabalho. Imaginar a vida fora do espaço hospitalar iniciou o processo de retorno à vida no bairro. .

¹⁹ Médico Psiquiatra, exerce o cargo de Superintendente do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, de Sousas, Campinas, desde 1991, consultor colaborador do Ministério da Saúde para a área da Saúde Mental, e da Organização Mundial da Saúde para o Ministério da Saúde de Moçambique a partir de agosto de 2001.

O primeiro grupo de usuários vivia e já experimentava viver juntos na Casa Primavera, ensaio interno de moradia que foi iniciado na primavera de 1990. Havia entre os pacientes aqueles que diziam: “Eu é que não vou morar fora do Cândido, não. Daqui a um ano muda o prefeito, trocam a diretoria e nós temos que voltar todos pra dentro do pátio”.

Para os usuários, não havia porque trocar o certo - hospital - pelo duvidoso - moradia. Só que deixar de morar na usina de produção ininterrupta de estigma e passar a morar na rua tal, número tal, com mais Fulano, Beltrano, Cicrano, etc. e passar a freqüentar o supermercado, o açougue, o boteco, é muito mais interessante, rico de possibilidades e desafiador das capacidades de aprimoramento das habilidades para a convivência.

O desafio de viver melhor é o que une os que se encorajam e buscam vencer os obstáculos. Basta lembrar os processos todos de migração que se observa de contexto de maior pobreza e miséria - de desesperança - para outros contextos de vida de melhor qualidade. Outros, que não se encorajam rapidamente, preferem aguardar e observar o que vai acontecer. Identificam-se também sabotadores, especialistas em construir álibis para sobrevalorizar os obstáculos ao invés de valorizar a capacidade de enfrentá-los.

O primeiro grupo foi montado da mesma maneira que se organizam jovens estudantes para morar juntos: por afinidade e desejo de compartilhar um tempo de “morar juntos”, sem ter certeza se isso será por uma semana, um mês, um ano ou uma década. Essa flexibilidade é respeitada até hoje. Ninguém é obrigado a morar com alguém com quem não se entende. O objetivo de deixar o hospital e ir morar numa casa é o de viver mais e melhor.

Uma vez criado o desafio e identificado o grupo que iria enfrentá-lo, aliaram-se ex-internados e profissionais para experimentar, juntos, construir a vitória sobre os obstáculos que viriam. E desde então, todos têm aprendido muito com a experiência.

A equipe com que se iniciou o processo

O hospital psiquiátrico tradicional desumaniza todo mundo e também a comunidade que vive em torno. São centenas de códigos de identificação criados para impossibilitar a convivência. Participar do processo de promoção de vida melhor significa reconstruir significados e criar novos códigos que contribuam para reinstaurar dignidade à vida.

Todos os envolvidos em processos de ajuda para o crescimento, seja ele individual ou grupal, são reconhecidos como “autoridades”. Fernando Savater, filósofo espanhol professor da Universidade de Madrid da cátedra de Ética conceitua a *Autoridade* a partir da palavra latina *augere*, que significa “aquele que ajuda o outro a crescer”.

Retirar dos manicômios pessoas que ali chegaram por não conseguirem escapar da lógica psiquiátrica da banalização do tratamento, e oferecer a elas oportunidade de reaprender a viver nos bairros, em casas, em companhia de outras pessoas, acompanhadas por profissionais que se encarregam de prover vida melhor nada mais é do que participar de processos de crescimento coletivo, ou, de exercer autoridade.

Na situação Sosas, iniciamos o processo compondo equipes multiprofissionais com objetivos distintos, com desafios distintos. Uma das equipes se encarregou inicialmente de

construir Projetos Terapêuticos Individuais para os 141 pacientes moradores do Sanatório. Principal desafio: desinternar sem desassistir.

A experiência da Casa Primavera, moradia interna transitória que até hoje faz parte do processo, foi importante na confirmação da possibilidade de se modificar o modo de cuidar. O primeiro grupo de profissionais que acompanhou o primeiro grupo de moradores da primeira moradia contava com um psiquiatra, uma T. O., um psicólogo, que incluíram na sua jornada de trabalho horas de dedicação e acompanhamento dos usuários no contexto casa.

Recursos humanos hoje

Com o passar do tempo, a equipe aperfeiçoou muito seu jeito de trabalhar. Isso porque, à medida que os moradores das casas aprendem a cuidar de si e do em torno, do ambiente, eles demandam menos acompanhamento e podem ajudar inclusive outros moradores. Todo o trabalho é o de construir um sentido de ajuda mútua para se viver melhor. Isso não pára nunca. Todos estão convocados para construir vida mais longa e de melhor qualidade para todos.

Cerca de noventa usuários contam hoje com 19 casas e certamente se desenvolvem 19 modos diferentes de acompanhar.

Todos os usuários e casas contam com profissionais de referência. Esses se encarregam dos moradores e os apóiam na solução dos problemas cotidianos. Há ex-internados que moram sozinhos, por exemplo. O projeto terapêutico nessa situação peculiar é diferente dos projetos dirigidos aos que vivem em grupo. São casas diferentes, para pessoas diferentes, com projetos terapêuticos diferentes, horas de compromisso de acompanhamento variáveis de acordo com a necessidade dos moradores de cada projeto-casa.

Muitas dessas casas contam também com acompanhamento complementar feito por estagiários, graduandos de várias áreas de formação das universidades que têm convênio de estágio com o Cândido. Os contratos são feitos com os pacientes e com os profissionais das equipes e com os professores que se encarregam do acompanhamento do aprendizado. .

Alimentação, medicamentos, como se faz na situação casa

Aqueles que necessitam de acompanhamento freqüente, diário inclusive, contam com profissionais que cumprem uma agenda e vão, à noite, na casa para prover o medicamento. Os cuidados com a casa são oferecidos como ensinamento pelos profissionais do Serviço. Estes invariavelmente se deslocam para apoiar nos momentos de maior dificuldade. A vida de todo mundo, cuidadores e recebedores-doadores de cuidados, está mudando.

Profissionais que trabalhavam somente na cozinha hoje começam a se disponibilizar para ajudar alguma moradia no enfrentamento da dificuldade de incorporar a atividade de cozinhar e cuidar das refeições. Vale muito hoje, no âmbito do projeto de cuidados, participar da rede de apoio aos projetos de viver em casa.

Oferecer casa para pacientes psiquiátricos fora do ambiente hospitalar significa assumir o desafio de qualificar o relacionamento com esses pacientes. Significa também valorizar as aprendizagens presentes nessa interação. Significa identificar aliados no contexto casa e no contexto bairro, praticar a inclusão social desses recursos no processo.

Todas as casas contam com um recurso financeiro semanal que se destina a comprar alimentos, pão, leite, etc. Essa atividade é realizada pelos próprios moradores, que reaprendem as regras de compra e venda e a freqüentar os locais de venda. Inevitavelmente os vendedores também têm que aprender a lidar com os diferentes que agora se transformaram em novos consumidores. Há problemas? Sempre. Muitos. Mas todos aprendemos em todas as situações. Há situações de abuso? Há.

Já se viveu uma história protagonizada por uma vizinha muito boazinha, solícita, que apoiava o grupo de uma das casas, e que descobrimos com a aproximação mais cuidadosa, que se beneficiava financeiramente de dinheiro que um dos pacientes lhe oferecia. Isso foi tratado institucionalmente. Foram feitas reuniões com a senhora, com os moradores, com membros da equipe para se interromper o processo de abuso. Mas... aprendemos, creio que ela também aprendeu e tivemos que promover mudanças no modo de fazer e de ajudar o paciente a cuidar do seu dinheiro.

Com relação a cozinhar, por exemplo, são estimulados a fazê-lo os que sabem cozinhar e, também, eventualmente, a ensinar quem deseja aprender. Há casas autônomas com relação a isso e casas onde algum profissional apóia. Mas aprender a alimentar-se sozinho e preparar os alimentos é parte da escola de viver e essa aprendizagem se dá no ambiente casa. As casas não recebem comida pronta que é trazida de algum lugar. Alimentar-se é tarefa da qual todos os que moram devem cuidar.

Manejo do dinheiro para os moradores das casas

Desde 1991 nós nos dedicamos, co-autorizados pelo SUS Campinas, a experimentar utilizar os recursos da AIH para fazer diferente. Não tratamos, há mais de dez anos, os setecentos e tantos reais destinados a cada internação mensal como um dinheiro destinado ao leito tal. Tanto que nossos custos são maiores em alguns modos de assistir e menores em outros. Quanto mais o paciente, a família e a comunidade se encarregam de ajudar a viver melhor, mais econômico fica o modo de cuidar. Compartilhar é mais barato.

O trato estabelecido entre os referências e os moradores é de que cada casa conta com vinte reais *per capita* para as despesas da semana. O modo de se utilizar esse recurso varia de situação para situação. Há aquelas em que os próprios moradores fazem as compras e há situações em que necessitam ser ajudados no manejo do dinheiro.

Há prestação de contas semanal sobre a utilização do dinheiro. Isso é feito através da rede de ajuda oferecida por dois de nossos funcionários administrativos, um economista e um contabilista que o ajuda. O manejo e a contabilidade das despesas auxiliaram a manter o sentido da transparência quanto à utilização do dinheiro.

Muitos moradores recebem o Benefício de Ação Contínua, da LOAS, que prevê um repasse mensal de um salário mínimo por beneficiário. Também esse recurso é administrado

em conjunto com os referências dos usuários e com os dois funcionários da rede de ajuda. Sobre esse recurso os usuários têm muito mais autonomia. Entretanto, quando vão abrir um crediário para comprar algo que lhes é útil, por exemplo, contam com a ajuda dos referências. Também esse dinheiro é contabilizado e sua utilização se dá com prestação de contas.

O manejo dessas contas está fazendo surgir no interior do serviço uma espécie de banco. Há contas bancárias individuais para se utilizar corretamente esses recursos. Diariamente há uma fila de usuários que aguardam a chegada do economista Sérgio para retirar dinheiro para gastar em pequenas compras. Diariamente Sérgio faz uma roda para discutir e negociar com os usuários os montantes de que necessitam. Nessas rodas, o objetivo principal é o de todos aprenderem a lidar com as situações peculiares de compra e venda e de poder contar com dinheiro, encarando a oportunidade de acesso à aquisição de bens como oportunidade de se promover novas interações com novos atores. Mas, sabemos que o Sérgio tem aprendido muito com os usuários e com os contatos que estes desenvolvem na comunidade. Sabemos, também, que os comerciantes têm seu interesse aumentado no sucesso do projeto de transformação, uma vez que a economia outrora fechada no hospital fechado agora movimenta-se nos bares, nos supermercados, nas lojas, no mercado imobiliário que aluga casas, etc.

Sobre atendimento à saúde e cuidados médicos

Alguns moradores são acompanhados em Centros de Saúde, outros em CAPS e outros no Hospital - dia do próprio Cândido, variando de acordo com a disponibilidade e com os vínculos de cuidados já existentes entre clientela e profissionais. Mas todos são acompanhados pelos profissionais de referência, com os quais as relações de confiança e de troca são maiores e mais freqüentes. Há também projetos terapêuticos compartilhados entre profissionais de serviços que constroem linhas de colaboração e de apoio mútuo para aumentar a responsabilidade coletiva em situações que se apresentem como necessitadas desse modo de ver e de fazer.

Trabalho para se realizar a inclusão de novos candidatos a morar

Este trabalho se faz animando o grupo à criatividade e ao desafio, de maneira a garantir assistência de melhor qualidade que dê conta de oferecer vida de melhor qualidade, valorizando as vitórias que as equipes conseguem sobre os obstáculos e compartilhando os momentos de dificuldade, que são muito freqüentes mas que sempre podem oferecer aprendizado.

Alguém já disse por aqui que o Projeto do Cândido não é um projeto de saúde mental, que o Projeto de transformação do Cândido é projeto de Humanidade. Outros, durante a visita, comentaram que tudo ficava mais claro quando se via o processo em curso, e que a impressão que ficava era de que se trabalha como quem se move sobre uma bicicleta. A bicicleta só se move quando se pedala. Na situação da reabilitação, o caminho é de subida, e essa situação escolhida como subida é representada pelo conjunto enorme de adversidades presentes no campo. No projeto de transformação como um todo, as adversidades são enfrentadas como desafios. .

Se, numa subida, paramos de pedalar, a bicicleta cai. O primeiro trecho para implementar as moradias é uma subida enorme, que exige pedalar em pé, muito suor, muito ritmo, velocidade constante, etc. E ânimo para chegar lá. Entretanto, quanto mais ciclistas pedalam juntos, menos força cada um tem que fazer. O trabalho em equipe nada mais é do que uma bicicleta com pedais e assentos múltiplos, e gente disposta a experimentar pedalar juntos e enfrentar juntos desafios complexos. A primeira coisa, então, é oferecer a bicicleta, identificar quem se interessa por ela, iniciar as primeiras pedaladas, ensaiar com o tempo e com os erros, e ir ganhando confiança e promovendo progressivamente vida melhor e mais interessante para os ex-internados.

RADICALIZAR A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

por Antonio Lancetti

“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 da Costa Filho

Podemos afirmar sem hesitações que, na última década, a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária brasileiras obtiveram vitórias importantíssimas. Estamos, na contramão do modelo econômico imperante, construindo o Sistema Único de Saúde 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.

A batalha pela construção da cidadania e pela constatação prática que é possível tratar as pessoas que padecem grave sofrimento psíquico sem hospício viu-se coroada no ano passado com a promulgação da Lei Paulo Delgado: passamos de uma lei que legislava o não-direito dos doentes mentais a uma lei fundamentada no direito das pessoas portadoras de sofrimento mental.

Desativamos milhares de leitos psiquiátricos, construimos Naps, Caps, Cersams, Cais mentais, moradias, cooperativas, centros de convivência; introduzimos uma metodologia para produzir saúde mental nos PSFs, penetrando no tecido microssocial e intervindo em situações absolutamente novas. Estamos cuidando de pessoas e situações de alta complexidade no próprio território; criamos organizações de familiares e usuários, participamos de conselhos municipais, estaduais e nacional... Inserimo-nos positivamente na cultura nacional. Avançamos.

Esses êxitos têm o tom da pluralidade própria do Brasil e da produção de subjetividade cidadã.

As experiências da reforma psiquiátrica brasileira são diversas e diferentes entre si, mas possuem algumas características comuns: elas visam a superar o hospício, atendem em liberdade e manifestam grande **ímpeto**.

Não é esta ou aquela teoria psiquiátrica, psicológica ou psicanalítica que fez avançar a reabilitação psicossocial, mas o *pique* dos coletivos operantes.

Ao contrário, 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.

E, embora ela não seja mais que um arcaísmo, pois o hospício perdeu sua função disciplinadora que tanto poder lhe conferiu no século passado, hoje ganha forças na sua aliança com os laboratórios e até com a redescoberta do eletrochoque.

Demais está lembrar que ainda aproximadamente 90% dos recursos financeiros são destinados à assistência asilar, que os programas de saúde mental desenvolvidos na comunidade como o caso dos PSFs, não possuem financiamento, apesar de serem prioritários para muitos municípios e para o próprio Ministério da Saúde, e uma longa lista de dificuldades.

Apesar de todas essas adversidades, da manutenção do prestígio “científico” dos inimigos da reforma psiquiátrica e da perpetuação insuportável de hospícios vergonhosos, consideramos que nesta terceira conferência de saúde mental temos um balanço positivo a realizar.

Durante a IIIª Conferência Nacional de Saúde Mental é importante que reunamos reflexões e esforços que redundem em maiores avanços, em mais leitos desativados, em mais e melhores moradias, cooperativas, na expansão em larga escala das experiências de produção de saúde mental.

No entanto, nesta contribuição, queremos chamar a atenção para a potencialidade, a eficácia e o porvir das ações de saúde mental desenvolvidas nos Programas de Saúde da Família.

Nós entendemos o PSF como o modo brasileiro de reorientar o SUS. Hoje há mais de 10.000 equipes de saúde da família, cobrindo uma população de mais de 50 milhões de habitantes:

- PSF deflagra sua ação ali onde o cidadão está, singulariza a relação usuário/equipe: as pessoas deixam de ser um prontuário para transformarem-se em biografias;
- descentraliza a relação médico-paciente para a relação usuário-equipe;
- com a participação do agente comunitário de saúde, que é ao mesmo tempo morador do território e membro da organização sanitária, desenvolve-se um vínculo e uma continuidade que obriga os profissionais de saúde a lidarem com o sofrimento humano, tarefa para qual as universidades não capacitam. Daí a necessidade de saúde mental no PSF;
- aperfeiçoa a cobertura e conquista a universalidade pois atende por necessidade e não por demanda;
- e contribui decisivamente para a participação e o protagonismo de todos os cidadãos implicados.

Na nossa experiência do Programa de Saúde Mental do Qualis, consideramos que o próprio PSF possui uma série de dispositivos terapêuticos de saúde mental, nos quais hoje se inserem muitos dos nossos pacientes.

Todas as unidades desenvolvem inúmeras atividades coletivas: caminhadas com hipertensos, capoeira, educação ambiental, teatro, brinquedoteca, etc. E em todas as unidades há um dispositivo chamado acolhimento, que consiste na escuta do sofrimento de quem está padecendo de qualquer sofrimento.

Iniciamos o nosso programa capacitando as equipes de saúde da família de maneira que todos os trabalhadores do Projeto Qualis/PSF possam exercer sua parte no cuidado das pessoas e famílias assistidas pelo Programa.

Nossa ação se desenvolve em duas regiões críticas da periferia de São Paulo, Vila Nova Cachoeirinha, na região Norte da capital, e Sapopemba, no extremo Sudeste do município.

O Projeto Qualis, desde seu início, quando dirigido por David Capistrano, possui um ambulatório de especialidades, um programa de saúde bucal, uma casa de partos e o Programa de Saúde Mental, buscando alcançar um grau significativo de integralidade.

Com duas equipes volantes desenvolvemos uma série de ações em saúde mental fundamentadas numa nova metodologia que se orienta pelas seguintes idéias:

1. Evitamos os dispositivos tradicionais, como consulta psiquiátrica, consulta psicológica e visita domiciliar.
2. As pessoas atendidas prioritariamente são as que se encontram em situação de maior risco: surtos psicóticos, uso de drogas pesadas, como *crack* e álcool, violência familiar e comunitária, abuso sexual, risco de suicídio, etc.
3. Antes de um quadro psicopatológico, as pessoas são cidadãos.
4. Paciente é o grupo familiar todo. De saída, a observação, a escuta e a pesquisa são orientadas para a família. Considerando família todo grupo que coabita, independentemente do tipo de relação de parentesco que elas estabeleçam entre si.
5. Os grupos familiares de maior risco são identificados pelos agentes comunitários de saúde ou qualquer profissional da equipe e atendidos preferentemente de surpresa.
6. É elaborado um programa de saúde mental para cada família. A responsabilidade é da equipe de saúde da família e da equipe de saúde mental. Para o funcionamento desta parceria são realizadas reuniões sistemáticas de discussão de casos com membros da equipe de saúde mental e as equipes do PSF.
7. A medicação é prescrita pelos médicos de família; o psiquiatra da equipe é um consultor e um membro da equipe de saúde mental.
8. Abandonamos o ideograma *família desestruturada*. Buscamos entender as regularidades e os sistemas que estruturam os coletivos com que trabalhamos.
9. Procuramos sempre conhecer os interlocutores invisíveis de cada pessoa e grupo atendidos. Que crenças, religiões e teorias as pessoas têm para entender sua crise ou seu sofrimento, de maneira a estabelecer “acordos epistemológicos”.

10. As equipes de saúde mental e saúde da família buscam pacientes em hospitais psiquiátricos e negociam programas terapêuticos com as equipes das enfermarias, em abrigos e FEBEM. Operam com inúmeros parceiros: conselhos tutelares, CEDECAS (Centro de Defesa da Criança e do Adolescente), escolas, creches, Ministério Público, Juizado, ONGs, igrejas, etc.

No PSF não existe o encaminhamento. Mesmo que os pacientes sejam atendidos por outros, eles voltam para o território e continuam em relação com as equipes de saúde da família.

Apesar das inúmeras dificuldades que encontramos, conseguimos estabelecer uma metodologia em que todos se implicam no cuidado e, aos poucos, nossos índices de violência vão diminuindo, e a fibra imprescindível para cuidar dessas situações-limite e complexas vai se espalhando pelos profissionais e pelas comunidades.

Há poucos dias, numa tarde de sexta-feira, uma agente comunitária de saúde encontrou uma senhora sentada à mesa com seus quatro filhos para iniciar o almoço. Nos pratos estava servido Racumin. Interpelada pela ACS, a senhora contou que tinha perdido o marido, o emprego e que estava perdendo a casa pois não tinha dinheiro para o aluguel. Que já não tinha como alimentar os filhos e que era preferível a morte.

A agente retirou o veneno de ratos dos pratos de comida, chamou uma vizinha a quem deixou de plantão e foi pra unidade de saúde. Não conseguiu encontrar nenhum membro da equipe de saúde mental, pois estavam atendendo outras urgências ou num curso de capacitação.

Orientada pelo diretor da unidade, chamou o Conselho Tutelar, que não atendeu seu pedido. Procurou então o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente local. De volta ao domicílio com os membros do CEDECA, ouviu deles a proposta de internar a mãe e abrigar as crianças. Mas ela não aceitou, pensava que a mulher já estava suficientemente penalizada para ser conduzida a um hospício e separada dos filhos. Deixou a vizinha de plantão e foi até o supermercado, pediu para conversar com o proprietário e conseguiu cesta básica para mais de um mês, depois foi até o dono do imóvel e também obteve um prazo para pagar o aluguel. Poucos dias depois, perguntei à Silvia, ACS, se poderia acompanhá-la e conhecer a família. Como velho clínico, estava desconfiado. A agente de saúde respondeu que não era possível, pois a senhora já estava empregada.

Que clínica é capaz de operar com essa eficácia? Que universitário lançaria essa luz e teria essa capacidade de doação?

Nós achamos que a saúde mental é o fiel da balança que permite avaliar o grau de integralidade mínimo e diferenciar os Programas de Saúde da Família que se orgulham de serem PSFs do SUS.

Consideramos, também, que estas experiências não colidem nem substituem as unidades 24 horas nem os leitos não manicomiais. Mas que precisam integrar-se aos CAPS e NAPS .

Mas também achamos que a saúde mental no PSF pode ser experimentada em larga escala e que, sem dúvida, trará novos problemas e a necessidade de outros serviços substitutivos se reorientarem segundo essa nova maneira de operar que os agentes comunitários de saúde imprimem ao Sistema Único de Saúde.

Tantos anos de reforma nos deixaram demasiado reformistas. Em Santos, quando a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e no Qualis, que o David Capistrano iniciou, aprendemos que, para mudar, é preciso de uma atitude mais revolucionária, de uma virulência afirmativa.

Referências Bibliográficas

LANCETTI A Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: Saúde Loucura. 7 Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec (2ª edição no prelo)

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: A EXPERIÊNCIA DE SOBRAL – CE.

Alexandre Pereira²⁰, Jonaina Costa de Oliveira²¹, Aldenildo Costeira²²

Introdução

Segundo Andrade & Martins Jr. (1999), até o ano de 1996, Sobral tinha como principal característica um governo municipal quase ausente na formulação e execução das suas políticas públicas. Esta característica perpassava todos os setores da administração, e de forma bastante acentuada, o da saúde.

Quase toda a rede dos serviços assistenciais de saúde pertenciam a entidades filantrópicas, entidades privadas e ao governo estadual. Como o município não apresentava-se habilitado em nenhuma forma de gestão do SUS, o financiamento de sua rede assistencial se limitava ao pagamento por prestação de serviços. Até mesmo a oferta de serviços mais especializados era inconstante, variando ao sabor de interesses corporativos e das condições pontuais de financiamento, mas nunca à partir de sua realidade epidemiológica.

O modelo assistencial do município, referência para toda a região, apresentava um enfoque exclusivamente centrado na doença, tendo o espaço hospitalar como seu centro de gravidade. Mesmo os serviços ambulatoriais de Atenção Básica estavam centralizados nos hospitais, apresentando baixa cobertura e pouca, ou quase nenhuma resolubilidade. Os postos de saúde municipais estavam quase todos localizados dentro de escolas municipais, dispondo geralmente de duas pequenas salas, sem maiores condições de funcionamento.

Partindo da realidade descrita acima, foi traçada uma nova estratégia buscando-se a inversão deste modelo para outro, centrado no conceito de saúde como qualidade de vida e o processo saúde-doença como fruto de uma produção social, muito mais do que simplesmente de uma história natural (biológica) da doença. Para o seu enfrentamento optou-se pela implantação do **PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA** como estratégia para a atenção básica do município:

Relação entre as equipes do PSF e a população de Sobral

Sobral	Urbana	Rural	Total
População	118.019	40.474	158.493
Famílias	25.962	8.936	34.898
Equipes PSF	28	11	39
Equipes p/ habitante	1 / 4.917	1 / 3.679	1 / 4.528
Equipes p/ família	1 / 1.081	1 / 812	1 / 997
Agentes de Saúde	134	103	237

Fonte: Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde, 2000

As primeiras ações de Saúde Mental no PSF

²⁰ Psiquiatra, coordenador da Rede de Saúde Mental de Sobral

²¹ Médica do PSF de Sobral

²² Médico, coordenador do PSF de Sobral

Embora a implantação do PSF em Sobral tenha coincidido com o início da elaboração de uma política de saúde mental para o município em 1997, a Equipe de Saúde Mental – ESM e o PSF estabeleceram um diálogo mais produtivo após a constituição da Residência em Saúde da Família de Sobral – RSFS, em setembro de 1999.

A elaboração da proposta técnica da residência (BARRETO et al, 2000) já considerava a necessidade de ampliar e complementar o campo de atuação do PSF/PACS, incluindo treinamento em saúde mental, embora a atuação das equipes da atenção primária neste campo ainda não estivessem claramente definidas. A idéia era de que médicos e enfermeiros desenvolvessem habilidades para o manejo das situações psicossociais mais prevalentes em suas ADS.

Entre os meses de outubro de 2000 e abril de 2001, um psiquiatra da equipe passou a realizar visitas de supervisão em esquema de rodízio, cada semana em uma localidade, com o intuito de discutir os casos de demanda “psi” que dificilmente poderiam deslocar para a sede do município para atendimento especializado. Nestas visitas de supervisão foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- discussão de casos clínicos baseada em informações do prontuário familiar; avaliação de casos clínicos na presença dos técnicos, usuários e familiares – atendimento compartilhado;
- realização de visitas domiciliares do técnico de SM em companhia de membros do PSF;
- discussão teórica referente a diagnóstico em saúde mental, manejo de psicofármacos e dinâmica de atendimento de pacientes neuróticos e psicóticos.

A avaliação final desta atividade, que nos pareceu bastante proveitosa na troca de tecnologias entre o PSF e a ESM, só não foi mais produtiva devido a problemas de transporte. Várias supervisões foram desmarcadas por falta de disponibilidade do veículo para a atividade agendada. É bom lembrar que alguns distritos da zona rural de Sobral distam até 70 quilômetros da sede.

Foi a partir desta experiência positiva, que demonstrou de forma inequívoca a importância do PSF na potencialização e ampliação das redes sociais de suporte, aliada ao subsídio da proposta bem-sucedida de Quixadá – CE (SAMPAIO & BARROSO, 1995) que optamos por incluir as equipes do PSF enquanto dispositivo da Rede Integral de Atenção à Saúde Mental de Sobral.

Esta alternativa se mostrou ainda mais pertinente, quando tivemos a oportunidade de participar do Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, promovida pelo Ministério da Saúde em março de 2001. As experiências ali relatadas, que propunham em sua maioria, uma ação compartilhada entre o cuidado básico e a saúde mental, apontavam para a definição de um novo desenho no cuidado à saúde, que embora embrionário, se mostrava bastante promissor.

A capacitação de médicos e enfermeiros em Saúde Mental

A partir do citado encontro, a ESM passou a estabelecer contatos mais frequentes com a coordenação do PSF e a RSFS, na organização de novas estratégias de capacitação e atendimento. A RSFS realizou, com o auxílio dos preceptores em saúde mental (técnicos da ESM), uma oficina de capacitação, agora de 24 horas, dividida em cinco módulos oferecidos ao longo de uma semana, de caráter obrigatório para todos os alunos da residência (R1 e R2). Nesta capacitação, mais cuidadosa, procuramos estreitar os laços das equipes do PSF com a ESM e apresentamos de forma mais elaborada as diretrizes das ações por nós propostas:

- auxiliar as equipes do PSF na transformação do modelo de atenção à saúde, habilitando o profissional de saúde a exercitar uma escuta qualificada que o auxilie a lidar com aspectos psicossociais de seus pacientes, como defendem Fortes et al (2000);
- capacitar as equipes do PSF na resolução das demandas mais prevalentes em saúde mental. Em termos gerais, a abordagem resolutiva de transtornos mentais menores manifestos geralmente sob a forma de queixas somáticas e “nervosas”, além de quadros reativos relacionados a problemas sociofamiliares e abuso de psicotrópicos;
- apoiar e supervisionar as equipes do PSF no desenvolvimento de técnicas de intervenção coletiva e promoção da saúde como: grupos com pacientes somáticos e usuários abusivos de psicofármacos, utilização de recursos da comunidade, atendimento familiar, etc.;
- orientar as equipes do PSF na implementação de estratégias de reintegração social dos pacientes psicóticos: acompanhamento de pacientes egressos, acompanhamento domiciliar, procedimentos de reabilitação psicossocial e desenvolvimento de estratégias de redução da estigmatização da loucura na comunidade.

Assim sendo, propomos módulos práticos, em esquema de rodízio nas unidades do PSF. Cada unidade, composta com até quatro equipes do PSF, passou a receber a supervisão semanal de um técnico da ESM, por um período de três meses (12 visitas), que se caracterizariam como supervisão a partir do desenvolvimento das seguintes atividades:

- discussão de casos clínicos;
- atendimentos compartilhados;
- visitas domiciliares;
- atualização do registro dos pacientes dos distritos que fizerem acompanhamento no serviço especializado de saúde mental;
- reflexão sobre o trabalho da saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica;
- problematização de conteúdos teóricos ofertados nos módulos da RSFS;
- supervisão na elaboração de intervenções grupais e na comunidade.

Em alguns meses, todas as equipes do PSF passarão por processo semelhante de capacitação básica, na expectativa de que se tornem aptas a executar boa parte das ações em saúde mental com bom grau de autonomia. As demandas futuras de supervisão poderão ser acolhidas pelos preceptores de saúde mental vinculados à RSFS, atualmente dois psiquiatras da ESM, bem como por outros técnicos da ESM não médicos que passarão a realizar visitas de supervisão regulares nas ADS, de acordo com a demanda de cada território. Outra forma de educação continuada já prevista é a apresentação de casos com franca repercussão psicossocial nas sessões clínicas semanais da RSFS.

A capacitação dos agentes comunitários de saúde

O incentivo ao desenvolvimento de ações em saúde mental no âmbito da atenção básica nos levou à capacitação dos ACS. Em dezembro de 2000 foi agendado um primeiro contato com todos os ACS, em número de 236 agentes. Os objetivos deste primeiro encontro foram:

- iniciar o debate sobre a desmitificação da loucura;
- estabelecer quais seriam as primeiras ações dos ACS na âmbito da saúde mental: identificar os casos suspeitos de transtornos mentais e discuti-los com as equipes de PSF às quais estivessem vinculados.

Em um segundo momento foi estruturada uma oficina de saúde mental específica para os ACS. Esta oficina, de oito horas de duração e coordenada pela enfermagem do CAPS, foi organizada para um grupo de cerca de 40 agentes. Metodologicamente, estruturase a partir de: dinâmicas expressivas de grupo, informações sobre saúde mental através de exposição oral e vídeo e discussão de casos clínicos. Até agora já foram qualificados 102 dos 236 ACS de Sobral. A expectativa é de que todos eles tenham participado da oficina até dezembro de 2001.

Referências Bibliográficas

FORTES, S et al.(sandra@vetor.com.br). **Curso de capacitação em saúde mental para saúde da família** – programa 2000. E-mail to Alexandre Pereira (apereira@sobral.org) 05 dez,2000.

SAMPAIO, J.J.C., BARROSO, C.M.C. **Manual de organização dos centros de atenção psicossocial**. Quixadá: Secretaria Municipal de Saúde, 1995. (Mimeogr.)

RELATÓRIO DO SEMINÁRIO SOBRE O ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REDE DO SUS.

A magnitude epidemiológica do uso indevido de álcool e outras drogas, verificada nas últimas décadas, tomou proporção de grave problema de saúde pública no país. Além disso, este contexto também se reflete nos demais segmentos da sociedade por sua relação comprovada com os agravos sociais.

Ciente deste fato, o Ministério da Saúde vem definindo, ao longo do tempo, estratégias de enfrentamento que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos.

Foi pensando nisso que, nos dias 22 e 23 de Agosto de 2001, o Ministério da Saúde, através da Assessoria Técnica da Secretaria de Assistência à Saúde, realizou em Brasília seminário técnico enfocando a discussão sobre a organização da referida rede, visando ao aprimoramento constante da assistência ao usuário de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Para este evento foram convidados técnicos e especialistas que trabalham com a área de dependência química, que debateram estratégias de aperfeiçoamento da assistência aos usuários de substâncias psicoativas na rede pública de saúde, tendo como eixo das discussões os seguintes temas:

- Modelo de Assistência
- Recursos Humanos
- Financiamento
- Controle Social

O presente relatório, sendo o produto deste Seminário, apresenta pontos relevantes para a definição de uma política pública de assistência aos usuários de substâncias psicoativas do país.

- Modelos de Atenção

Inúmeras evidências respaldadas por pesquisas epidemiológicas rigorosas, como as desenvolvidas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID e apontadas pela Área Técnica de Saúde Mental na proposta de normalização, atestam a magnitude crescente dos problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Estes dados referem-se às repercussões, como o número de internações psiquiátricas por uso de álcool e outras drogas, internações em hospitais gerais e consultas ambulatoriais por complicações clínicas (como cirrose, AIDS, etc...), diminuição da idade de início do consumo, crescimento da violência relacionada ao abuso, inclusive acidentes, conseqüências no trabalho, como aumento do absenteísmo e queda na produtividade.

Todas essas evidências provocam o questionamento sobre a insuficiência de investimentos na abordagem dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

A discussão da situação atual dos vários estados da federação quanto à assistência à saúde para usuários de substâncias psicoativas mostra a inadequação e insuficiências do que é oferecido a esta população.

Foram indicados como consensuais os seguintes pontos para formulação de uma política de saúde neste campo:

- o estabelecimento de uma rede de assistência que tenha como núcleo um dispositivo estratégico centrado na comunidade e que possa acionar diversos outros serviços, como a rede básica de saúde (unidades básicas de saúde e programa de saúde da família), unidades especializadas, hospitais clínicos e psiquiátricos.
- A rede seria também articulada à rede de serviços sociais não diretamente ligados à assistência à saúde (como instituições de defesa de direitos, serviços de ensino profissionalizante e outros) que promovam o exercício da cidadania, a reinserção social e reintegração na rede de suporte social. A rede não distinguiria ações voltadas para prevenção, tratamento e estudos, todas incluídas em cada unidade.
- É fundamental que a rede de assistência a usuários de substâncias psicoativas tenha o sentido da comunicabilidade – este inclui que

cada participante da rede tenha informações atualizadas sobre os serviços disponíveis nos demais meios de comunicação direta e de encaminhamento. Inclui, também, a divulgação para a comunidade sobre os serviços oferecidos.

O modelo de assistência indicado é fundamentalmente ambulatorial. As internações são recursos de uso para determinados casos específicos, devendo ser de curta duração. As indicações de internação são os quadros de emergência que incluem risco de auto ou heteroagressão, quadros graves de intoxicação e abstinência. Internações voluntárias de curta duração, até 15 dias, podem ser indicadas em situações em que pacientes apresentam uso compulsivo e dificuldade de aderirem ao tratamento.

As enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais são o local para a realização destas internações. (Internações em hospitais psiquiátricos, com projeto técnico específico, só são indicadas no caso em que estas unidades tenham serviço em espaço específico para o atendimento a usuários de drogas). As notificações sobre as internações devem ser incluídas no sistema de informação.

Na implementação da política de saúde para a assistência a usuários de drogas é também indicada a necessidade de incentivo à realização de levantamentos epidemiológicos da demanda (estudos de incidência e prevalência do consumo, etc) e levantamento das unidades de saúde que podem ser integradas pela rede.

Além disso, é indicado o questionamento da lei atualmente em vigor, que não contempla de forma adequada os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Apóia-se a criação de um indicador do PSF que informe o número de indivíduos com uso nocivo de álcool e outras drogas por grupo populacional e a inclusão dessa informação no sistema SIAB.(Sistema de Informação de Atenção Básica)

- **Recursos humanos**

Há consenso sobre a necessidade de ampliar e aperfeiçoar a capacitação de recursos humanos para a realização das ações de saúde necessárias para lidar com as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.

Essa capacitação deve incluir, na definição de seus pressupostos, a consonância com os princípios da reforma psiquiátrica segundo a Lei 10.216, de 06/04/01; a formação de profissionais com uma visão crítica, com a compreensão do uso abusivo de álcool e outras drogas como fenômeno social, atentando-se para a concorrência de fatores psicodinâmico e biológico; a abordagem da representação social do consumo de drogas; a sustentação da capacitação na prática assistencial (sob forma de treinamento em serviço); a atenção para a singularidade dos sujeitos, a necessidade de sua implicação no tratamento e a importância da inserção da família na sua abordagem.

Recomenda-se a parceria entre o MS e o MEC para a modificação das grades curriculares do ensino médio e superior, com a inclusão dos tópicos relativos à questão de álcool e outras drogas, a serem enfocados de acordo com os pressupostos acima definidos.

Além da capacitação de nível de graduação descrita acima, deverá ser implementada a formação para o nível básico de atenção, diferenciada daquela atuação em níveis de maior complexidade (assistência propriamente dita).

São propostos dois programas de capacitação para recursos humanos que já atendem ou em vias de iniciar a assistência a usuários de substâncias psicoativas.

1º - Programa de curta escala (60 a 80 horas) para treinamento dos profissionais nas várias unidades da rede;

2º - Programa de larga escala (duração de um ano a 360 horas) para gestores, coordenadores e supervisores de Centros (dispositivos estratégicos) que atuarão como multiplicadores. Esses cursos devem ser creditados pelo MEC como cursos de especialização.

Os cursos devem ser ligados às universidades, instituições que têm o estatuto social do ensino por sua capacidade de desenvolver, implementar e, principalmente, de avaliar as atividades de ensino.

Além dos cursos descritos, foi indicada a necessidade de ampliar a capacitação de lideranças comunitárias, profissionais de comunidades terapêuticas e de profissionais da Justiça que atuam em instituições que atendem usuários de substâncias psicoativas.

Recomenda-se a parceria entre o MS e o MEC para a capacitação nos cursos profissionalizantes (como CEFETS) e a inclusão do tema nos projetos do MEC e Ministério da Ação Social para populações específicas (populações de risco, deficientes, etc).

- **Financiamento**

Para o financiamento desta rede de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas no SUS, que inclui, necessariamente, a atenção nos diversos níveis de assistência, sugerimos:

1º - a inclusão de um valor “per capita” no PAB (Piso da Atenção Básica) Ampliado, para municípios que comprovadamente desenvolvem ações de prevenção e tratamento ao uso indevido de SPAS;

2º - a inclusão de recursos financeiros extrateto para a instalação e manutenção dos Centros Integrados (dispositivos estratégicos da rede);

3º - o incentivo financeiro para a implantação das equipes e serviços em saúde mental no PSF, incluindo as ações voltadas à prevenção e tratamento do uso indevido de SPAS;

4º - a destinação de recursos para a capacitação continuada dos profissionais que atuam na rede de atendimento;

5º - o estabelecimento de convênios e parcerias entre os principais órgãos e instituições públicos responsáveis pela formulação de políticas, normalização de diretrizes de funcionamento e pela implementação de ações de prevenção do uso indevido de SPAS;

6º - a criação de um sistema de controle local nos pontos de venda de bebidas alcoólicas e tabaco, através da taxa específica à comercialização destes

produtos, objetivando o financiamento de ações de prevenção e tratamento do uso indevido de SPAS, assim como o controle social sobre a distribuição e a comercialização.

- **Controle Social**

Sugere-se que os Conselhos Municipais e Estaduais de Entorpecentes e Anti-drogas sejam paritários, com a participação de usuários. Sugere-se a criação de indicadores de qualidade e da aplicação de recursos. Paralelamente, indica-se que as comissões de saúde mental vinculadas aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde se encarreguem também da questão do álcool e outras drogas.

Recomenda-se que as comissões criadas pela Portaria 799 tratem também das avaliações da assistência;

Recomenda-se a inclusão de usuários nas comissões municipais de organização da rede de atenção aos usuários;

Recomenda-se a criação de dispositivos de acompanhamento dos aspectos legais sobre a temática droga junto ao Congresso Nacional;

Recomenda-se ao CONASES e CONASEMS que fiscalizem os serviços;

Recomenda-se que conselhos devam desincumbir-se das atividades assistenciais e capacitação.

Brasília, Agosto de 2001.

TRATAMENTO PARA PROBLEMAS COM ÁLCOOL EM CURITIBA: UMA VISÃO COMUNITÁRIA

FABRE¹, Luzia; MACENO, Danuza²; OLIVEIRA, Eleuza Alves de³; PRESTES, Rogéria R.⁴; VENETIKIDES, Cristiane H.⁵

¹Médica psiquiatra, integrante da equipe do Programa de Saúde Mental, ²Psicóloga, especialista em saúde mental comunitária, integrante da equipe do Programa de Saúde Mental, ³Odontóloga, mestre em saúde pública, integrante da equipe do programa de Saúde Mental, ⁴Médica pediatra, especialista em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde da Família, integrante do Programa de Saúde da Família, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, ⁵Psicóloga, especialista em saúde mental comunitária, coordenadora do Programa de Saúde Mental.

Introdução

Em Curitiba, a Secretaria da Saúde atende o alcoolismo como um problema de saúde coletiva, com proporções significativas na população. Esta percepção quantitativa é baseada na prática clínica dos seus profissionais, em contato com famílias, e no atendimento às conseqüências desta adição. Nos últimos anos os gastos com psiquiatria/saúde mental no município estavam em segundo lugar nos dispêndios públicos, precedidos, apenas, pelo atendimento ao trauma. Destes gastos, o tratamento de alcoolismo representava 60%.

Na avaliação de pacientes internados na rede hospitalar de Curitiba para desintoxicação de alcoolismo foram encontradas pessoas em condições laborais, passíveis

de serem atendidas na rede ambulatorial, mantendo contato com seus familiares e amigos. A possibilidade de fazer este atendimento fora do hospital apresentou-se como uma alternativa concreta a ser oferecida, de forma gradativa, através das 104 unidades de saúde do município, a partir da implantação do Programa de Saúde Mental em 5 de novembro de 1999.

A equipe de profissionais que prestam atendimento em saúde, na Secretaria Municipal da Saúde, desenvolveu um estudo sobre desintoxicação ambulatorial e domiciliar de alcoolismo. Com base neste estudo foram produzidos materiais educativos e realizadas capacitações de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem para este atendimento. Os fatores essenciais para viabilizar este tratamento seguem aqui descritos e ilustrados pelo relato de um caso atendido em uma unidade de saúde da família em Curitiba.

DADOS DO PROGRAMA

O alcoolismo é considerado a quarta causa de morte entre homens de 20 a 40 anos, oitava causa de incapacidade e terceira causa de absenteísmo no trabalho. Ainda representa 20% do total de suicídios e 40% de separações conjugais. As características mais importantes da doença são seus aspectos primário, progressivo, crônico e fatal, mas que pode ser sustada nos seus estágios evolutivos. Daí a importância do diagnóstico precoce e recomendações de tratamento específico.

É uma doença em que se deve considerar fatores biológicos, sociais, comportamentais e de estilo de vida, e que também se expressa em função da vulnerabilidade do indivíduo. A pessoa, vista primeiro como tal e depois como um quadro psicopatológico, precisa ser percebida em um contexto maior, que envolve a própria família e a comunidade. Esta é a visão com que realizamos este estudo.

Os dados coletados no Programa de Saúde Mental servem para direcionar estratégias de trabalho, avaliar procedimentos e subsidiar a prática ambulatorial. Em 2000, das 104 unidades de saúde em Curitiba, 64 prestaram atendimento de desintoxicação ambulatorial de casos leves e moderados de alcoolismo; 1.715 desintoxicações foram realizadas, sendo que do total de 14.339 pacientes, 40% (5.306 diagnósticos) foram de

alcoolismo. Quanto à medicação disponibilizada, no geral do Programa, de janeiro a junho, foram dispensados 3,9 milhões de itens e de julho a dezembro, 4,9 milhões. No mesmo ano, o total de casos de dependências químicas internados em hospital psiquiátrico foi 3.027, de um total de 6.086 internados.

ESTRUTURAS DE APOIO AO TRATAMENTO

Apoio à equipe de profissionais

Como iniciativas de suporte ao tratamento do alcoolista foram organizados grupos de apoio, oficinas profissionalizantes e cooperativas, visando à reinserção do paciente na família e na comunidade. Para fortalecer a equipe de atendimento ao alcoolista a Secretaria Municipal de Saúde estabeleceu convênio de parceria com a ABRASA (Associação Brasileira de Agente em Alcoolismo), com a contratação de um ASA (agente de saúde em alcoolismo) para cada um dos oito Distritos Sanitários, integrando a equipe de saúde mental. O ASA participa no processo de abordagem e tratamento dos pacientes, em atividades de sala de espera e visitas domiciliares, incentivando sua participação em grupos de usuários e familiares, entre outras atividades.

Além destes colaboradores, outros somaram esforços nas equipes de saúde, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Inicialmente, 400 agentes foram incluídos na rede de serviços, devidamente capacitados em temas relacionados às condições mais comuns de transtornos mentais, como ansiedade, depressão, alcoolismo e esquizofrenia. Os temas enfatizados nesta capacitação foram a importância do atendimento à família, direitos do portador de transtorno mental, vinculação ao Programa de Saúde Mental, abordagem do alcoolismo, visita domiciliar, o próprio entendimento de saúde mental e o que fazer em situações de crise.

Ainda em 2000, outros 400 agentes foram contratados, perfazendo um total de 800 ACS na rede de serviços. A atuação destes foi de fundamental importância para a condução da visão comunitária do atendimento, promovendo acesso, credibilidade, redução de

estigma e facilidade dos contatos com família, amigos e trabalho, ajudando para que a pessoa permanecesse na comunidade, sofrendo menos exclusão e possibilitando a reabilitação psicossocial. O ACS também colabora reforçando a importância da continuidade do tratamento, para que o paciente não desista do mesmo.

Recursos para registro de informações e educação

As informações geradas no atendimento do alcoolista, bem como registros agrupados visando a formar séries históricas, têm sido fontes relevantes de educação profissional. Dados fundamentais podem ser registrados na “carteira do paciente”, tais como: identificação, intercorrências, agendamentos para acompanhamento ambulatorial, número do prontuário no SUS, unidades de saúde e equipe responsável pelo caso. Esta carteira é fornecida na inscrição no Programa e fica com o paciente.

Outra forma de registro é o prontuário eletrônico, que está em desenvolvimento. Informações sobre a condição clínica do paciente podem ser disponibilizadas entre os profissionais que integram o Programa, viabilizando o atendimento em diferentes serviços. Através deste prontuário, passível de ser acessado por profissionais médicos em todas as unidades de saúde, a burocracia é reduzida e o acesso às informações é facilitado. A comunicação entre os profissionais que prestam atendimento ao mesmo paciente é recomendada, pois promove troca de dados entre os diversos serviços vinculados, ampliando conhecimento e a qualidade no atendimento prestado.

Dentro da estruturação do Programa de Saúde Mental em Curitiba, foram elaborados folhetos para educação popular, colocados à disposição das equipes de atendimento, tratando dos seguintes temas: diagnóstico precoce, importância da comunidade, bem como as opções de tratamento nas unidades de saúde, ambulatórios e hospitais. Na Cartilha de Usuários, os pacientes encontram informações sobre detecção precoce de sinais e sintomas de transtornos mentais, onde buscar ajuda e o que fazer em situação de crise; a importância da família é ressaltada, mostrando-se como lidar com os

sentimentos de negação, vergonha, raiva e culpa, além da descrição dos direitos do portador de transtorno mental.

PROPOSTA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL /DOMICILIAR

A decisão de desintoxicar ou não um paciente no ambiente ambulatorial e domiciliar traz uma série de implicações a serem consideradas. Para garantir que a desintoxicação seja segura e bem conduzida, os seguintes fatores devem ser levados em conta.

Adesão e continuidade do tratamento

O desejo do paciente para se submeter à desintoxicação e aderir às instruções do médico, por exemplo, não ingerindo outros medicamentos além dos prescritos e não consumindo álcool, é o passo inicial do tratamento. A adesão é fundamental quando o paciente permanece em seu ambiente domiciliar e de trabalho, sendo necessário que ele expresse claramente o desejo de se submeter à desintoxicação.

Outra situação é aquela em que o paciente precisa ser convencido de que a desintoxicação é necessária por questões médicas. Neste caso, exames laboratoriais servem para demonstrar a severidade da condição clínica e a necessidade para este atendimento.

Considerando as dificuldades para captação do alcoolista e sua sensibilização para o tratamento, neste Programa enfatiza-se o uso de instrumentos pelo clínico ou médico de família para detecção do problema na consulta regular. Para isso foi desenvolvido um protocolo específico a ser usado na consulta clínica, que identifica sinais que podem estar relacionados a comprometimentos orgânicos em decorrência do abuso de álcool.

O usuário precisa ser orientado que as medicações usadas devem ser apenas aquelas prescritas pelo médico. Faz-se isto porque, com frequência, são identificadas pessoas que usam álcool e se automedicam. Esta maneira de lidar com a frustração e a dor parece ser reforçada por uma cultura de uso abusivo de drogas, que traz riscos à saúde e à vida das pessoas, podendo chegar a overdose e morte.

No tratamento do alcoolista nas unidades de saúde em Curitiba é oferecida a possibilidade de realização de um contrato com o paciente, como recurso para o médico reforçar o compromisso entre o paciente e a equipe que faz o atendimento. O acordo pode ser verbal ou escrito; neste último caso, existe um modelo de contrato no Manual do Programa. Este acordo deve ser assinado pelo paciente e um representante da equipe de saúde, com quem ele estabelece maior vínculo. Sempre que houver lapsos ou recaídas, o processo de tratamento deverá ser reiniciado.

Foi definido que o objetivo do tratamento não é apenas alcançar a abstinência, mas fazer mudanças no estilo de vida, com aquisição de hábitos de vida mais saudáveis. Neste sentido, o processo de desintoxicação deve ser entendido pelo paciente como um passo para a mudança. O médico deve considerar esta doença como uma condição crônica, que requer cuidado prolongado. Ele pode assumir um papel de terapeuta, fazendo orientações psicossociais e, quando não se sentir apto, deve encaminhar o paciente para serviço especializado ou pedir assessoramento.

Acompanhamento do caso e abordagem familiar

A disponibilidade de uma pessoa, por exemplo, familiar ou amigo confiável, que faça o acompanhamento do paciente durante a desintoxicação é um fator de relevância para o tratamento. Geralmente os familiares e, de modo especial, quando são estes os primeiros a buscar atendimento, se dispõem a acompanhar o paciente em casa nos dias em que este usa a medicação e se abstém do álcool. A existência de álcool em casa e a identificação de sinais que provoquem o desejo compulsivo de beber (fissura) são avaliados na consulta inicial. Um esforço adicional para interpor barreiras ao uso do álcool, contando com auxílio de outras pessoas, pode ser um fator decisivo na condução do tratamento.

O tratamento com familiares de alcoolistas inclui a provisão de informação sobre a enfermidade, como reconhecer sinais de severidade na abstinência e intercorrências que requeiram atenção médica de emergência. Familiares também devem ser informados sobre o tipo e dose de medicação que o paciente deve tomar, além dos cuidados que isto envolve e riscos no uso de dosagem errada. Deve ser enfatizada a importância de abstenção do uso do álcool, para que o tratamento seja efetivo.

O acompanhamento e prevenção de recaídas inclui intervenções feitas pela equipe clínica, tanto ao paciente como a sua família, através de orientações para envolvimento em grupos de ajuda e acompanhamento ao tratamento ambulatorial. O atendimento a pacientes com capacidade cognitiva comprometida reforça a necessidade do envolvimento familiar.

A implicação da família no processo de tratamento é enfatizada nas unidades de Programa de Saúde da Família (PSF). A articulação com equipes do PSF ocorre através da supervisão feita pelas equipes distritais de saúde mental – existem oito equipes, uma em cada distrito. As equipes distritais são constituídas por psicólogos, assistentes sociais e médicos. A supervisão inclui: discussão de casos clínicos, capacitação em serviço e acompanhamento nas visitas domiciliares. Esta articulação foi ampliada pela coordenação do Programa, oferecendo cursos de capacitação em alcoolismo e de trabalho com grupos. As unidades PSF têm melhores condições de fazer o trabalho na prevenção de recaídas, devido à sua disponibilidade de tempo, aproximação do contexto domiciliar e uso de ferramentas próprias.

A desintoxicação como procedimento clínico é viável em todas as unidades de saúde e pode ser potencializada com a utilização da metodologia do PSF na abordagem dos problemas da comunidade, o que permite identificar fatores de risco e intervenções efetivas no tratamento do alcoolismo. Vale ressaltar que o PSF se estabeleceu em Curitiba seguindo os princípios descritos por McWhinney (1994), a saber: (1) o profissional de saúde da família é um clínico hábil, (2) é uma fonte de recursos para o paciente, a família e a comunidade, (3) trabalha com base na comunidade, (4) valoriza a relação equipe-paciente.

Na aplicação destes princípios, o profissional enxerga a pessoa e tem compromisso com ela, trabalha a escuta qualificada e desenvolve boa comunicação, percebe o ambiente em que a pessoa vive, isto é, as relações familiares, a situação de emprego e o nível de relação com a comunidade. Neste espaço o profissional lida com situações comuns daquela comunidade e, ao identificar situações incomuns, faz os devidos encaminhamentos; como clínico habilidoso, busca recursos de aprendizado e procura estudar os temas da sua área de atuação, bem como as formas de intervenção mais atualizadas e eficazes.

Sendo fonte de recursos para a comunidade, este profissional escuta com cuidado, atendendo cada problema na sua dimensão real e percebendo os riscos locais, como, por exemplo, o fácil acesso ao álcool por preço baixo, a mídia, a pressão de vizinhos, a falta de

alternativas saudáveis de lazer e de desenvolvimento de potencialidades humanas. Para tornar acessíveis os recursos de atendimento e, especialmente, de prevenção a recaídas eles precisam ser conhecidos pelo profissional, que usa cada contato com as pessoas como oportunidades educativas, para transmitir informações relevantes e mensagens de estímulo para a mudança. Como qualidades pessoais, o profissional deve procurar aplicar o conteúdo dos seus estudos melhorando seu desempenho, cultivando posturas de responsabilidade, flexibilidade, e estando aberto a mudanças.

No seu trabalho com base na comunidade, o profissional lida com situações indiferenciadas onde, muitas vezes, o paciente pode se mostrar em um quadro confuso de violência familiar, alterações do estado emocional e carências sociais. Nestes casos, o comprometimento com álcool deve ser considerado e investigado cuidadosamente. Algo que distingue a sua atuação é a possibilidade de cuidar das pessoas em diferentes contextos – na casa, na escola, na igreja, em espaços públicos e de socialização – onde os fatores que facilitam o alcoolismo podem ser identificados e abordados, respeitando diferenças sócio-culturais. Este profissional, que atua com base na comunidade, encoraja as pessoas, conhecendo-as pelo nome, valorizando a relação inter-pessoal e compreendendo que tem tanto para ensinar como para aprender com os outros, e, neste processo de troca, profissionais e pacientes se humanizam. O estabelecimento de vínculo com o paciente é reconhecido como o fator principal de intervenção, respondendo por 40% da possibilidade de adesão e continuidade à proposta de tratamento.

A abordagem do paciente se define pela qualidade da relação estabelecida pela equipe de saúde com ele e seus familiares. O vínculo é fator relevante para o sucesso da intervenção terapêutica. Quanto maior a confiança e a credibilidade na equipe, maior é a adesão ao tratamento.

Em todo processo de avaliação e acompanhamento de caso, é enfatizado o respeito, a aceitação de limites e promoção de uma relação de proximidade entre equipe e paciente. As ações verbais e não verbais privilegiam a escuta, a comunicação qualificada e esclarecedora, permitindo o reconhecimento e avaliação do problema, favorecendo a autonomia das decisões do paciente e sua família. Toda esta abordagem está em consonância com os direitos do indivíduo.

A captação dos pacientes para tratamento se faz a partir das visitas dos agentes comunitários e também da busca espontânea nas unidades de saúde. A inscrição no Programa é feita pela enfermagem, seguida pelo atendimento do médico generalista e, posteriormente, pelo especializado. Este último conforme indicação e em ambulatório credenciado ao SUS.

Enquadramento do caso como leve ou moderado

A triagem de pacientes para a desintoxicação ambulatorial baseia-se no grau de severidade do comprometimento. Para o atendimento ambulatorial/domiciliar o paciente deve ser enquadrado como caso leve ou moderado (isto é, os sintomas de abstinência devem ser leves, sem história anterior de *delirium* ou outras condições que caracterizem severidade). Os casos graves devem ser encaminhados para atendimento em ambiente hospitalar, pois apresentam riscos de convulsões e *delirium*.

Classificam-se como leves os casos em que estão presentes sintomas de ansiedade, insônia, tremores, sudorese e taquicardia. Nos casos moderados somam-se aos sintomas anteriores náuseas, vômitos e diarreia. Já nos casos de severidade ocorrem *delirium*, alucinação alcoólica aguda e convulsões.

O enquadramento do grau de severidade da síndrome da abstinência segue os critérios descritos na tabela abaixo, que também descreve o fluxo de encaminhamento, conforme o Consenso Sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o Seu Tratamento.

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA		
Critérios do grau de severidade e encaminhamento		
Grau de severidade	Sintomas	Encaminhamento
LEVE	Ansiedade, insônia, tremores, sudorese, taquicardia	1. Desintoxicação ambulatorial na unidade de saúde (básica ou PSF) 2. Grupos de auto-ajuda
MODERADA	Somam-se aos sintomas anteriores: náuseas, vômitos e diarreia	3. Ambulatório especializado (se necessário)
GRAVE	<i>Delirium</i> , alucinação alcoólica aguda, convulsão	1. Encaminhamento para desintoxicação hospitalar 2. Grupos de auto-ajuda 3. Ambulatório especializado

Em todas as situações de enquadramento nestes critérios, as unidades de saúde acompanham o paciente fornecendo medicação, cheques-consulta para atendimento nos ambulatórios especializados, visitas domiciliares e verificação e estímulo da continuidade do tratamento.

Co-morbidades

As complicações orgânicas, frequentes em alcoolistas, são fatores de risco para quadros graves de abstinência, como *delirium*, e, também, fatores de mau prognóstico. Uma criteriosa avaliação clínica e laboratorial para estabelecer possíveis quadros associados é, portanto, indispensável. A ocorrência de complicações e ou co-morbidades, detectadas através de exame clínico-psiquiátrico geral, que possam ser exacerbadas no processo de desintoxicação, devem ser criteriosamente avaliadas. As condições graves ou complicações devem ser tratadas em ambiente hospitalar especializado e a família deverá receber orientação a respeito do transtorno.

As principais condições clínicas que devem ser levadas em consideração no diagnóstico da síndrome de abstinência do álcool são infecções (pneumonia, meningite e encefalite), traumatismo crânio-encefálico, hematoma subdural, encefalopatia hepática, má nutrição, distúrbios hidro-eletrolíticos, doença cardíaca, convulsões e efeitos adversos de outros medicamentos.

Condições como diabetes, hipertensão ou doença hepática severas, devem ser diagnosticadas para que seja feita uma desintoxicação segura e com riscos minimizados. A abstinência pode agravar estes quadros clínicos e a existência dos mesmos caracterizaria situação de severidade, contra-indicando o tratamento ambulatorial e domiciliar.

A relação álcool/hipertensão é mais importante no homem que na mulher, sendo maior na faixa etária acima dos 60 anos. A decisão para o tratamento medicamentoso de alcoolistas hipertensos deve ser precedida da retirada total do álcool, com avaliação subsequente do paciente. Na maioria dos casos, a supressão do álcool determina, em poucos dias, uma regressão nos níveis de pressão arterial.

Além disso, a ocorrência de doenças psiquiátricas nestas pessoas pode intensificar os sintomas da abstinência com agitação e confusão mental. Outra complicação é quando os pacientes usam álcool para aliviar os sintomas do distúrbio psiquiátrico. Ao cessarem os efeitos do álcool ou outras drogas, os sintomas psiquiátricos originais que foram suprimidos, podem emergir simultaneamente com a ocorrência dos sintomas da síndrome da abstinência.

Cerca de 25% a 30% dos indivíduos alcoolistas têm co-morbidade psiquiátrica, sendo as associações mais freqüentes a depressão e a ansiedade. Estima-se que 10% dos homens e 22% das mulheres alcoolistas sofram de depressão.

Atendimento clínico

A disponibilidade de atendimento e acompanhamento durante a desintoxicação é fundamental para a boa condução do tratamento. Mesmo a desintoxicação requer pronto acesso em casos de necessidade de intervenção clínica ou orientação diante de intercorrências. Nas unidades de saúde da família, a disponibilidade de atendimento domiciliar é maior do que nas unidades básicas, mas a possibilidade de ter acesso ao médico

deve ficar clara para o paciente que se submete à desintoxicação em qualquer circunstância, quer na unidade de saúde ou no serviço de pronto-atendimento.

Com frequência, os enfermeiros e auxiliares de enfermagem se engajam diretamente no atendimento clínico, sob orientação do médico responsável. Como subsídio teórico para os clínicos – médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, o Manual do Programa, contendo o protocolo de atendimento a ser seguido nas unidades básicas e de saúde da família, foi disponibilizado. Este protocolo orienta a avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento com prevenção da recaída, fornece orientação especial para desintoxicação ambulatorial e domiciliar, contém um anexo com um modelo do formulário de parceria e faz recomendações práticas sobre hábitos de vida, como, por exemplo, o desenvolvimento de exercícios físicos e relacionamentos sociais.

A data para iniciar a desintoxicação é definida em comum acordo entre equipe e paciente, com o cuidado de, se possível, não ter interrupção no fim de semana, o que pode prejudicar os procedimentos. A clínica da desintoxicação prevê a reidratação e medicamentos orais sedativos específicos para prevenir os sintomas de abstinência. Além disso, são prescritas vitaminas do complexo B e ácido fólico para prevenir as patologias decorrentes do alcoolismo. Outros medicamentos são administrados em função do estado clínico do paciente. Estes medicamentos são fornecidos pela Farmácia Curitibana, sendo disponibilizados na própria unidade de saúde, logo após a consulta.

RELATO DE CASO – ATENDIMENTO EM ÁREA

A Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, integrante do Programa de Saúde da Família, utiliza os princípios e ferramentas de intervenção familiar, seguindo a visão comunitária para o atendimento do alcoolista. Esta unidade de saúde está em uma posição única de desenvolver relações com as famílias, influenciando diretamente no sucesso das medidas e ações que podem levar ao êxito do manejo em saúde mental. É reconhecido que a transformação das famílias disfuncionais começa pela identificação do seu padrão de disfunção, dos seus valores culturais e apoios comunitários, através de um processo de interação que parte da própria família. Por meio das visitas domiciliares é reconhecido se as

famílias estão preparadas para conviver com o doente mental. No entanto, um dos aspectos mais interessantes e recompensadores da saúde de famílias, favorecido pelas visitas domiciliares, é a possibilidade de se entender sintomas e doenças em seu contexto.

É o caso, por exemplo, do paciente: Sr. M. H. C. 31 anos, casado, que aos 17 anos foi trabalhar com pessoa alcoolista e, ao mesmo tempo, fazia uso de maconha. Há relato de internação por 30 dias, devido a intoxicação alcoólica e drogadição. Ficou três anos em abstinência, depois voltou a beber e foi internado mais quatro vezes.

Compareceu para consulta na Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida em 28/12/99, manifestando interesse de ser inscrito no programa de desintoxicação alcoólica, justificando ser alcoolista há muitos anos e estar com problemas no relacionamento conjugal. Estava desempregado e fazia uso do álcool diariamente. Relatou história de sofrimento físico e emocional. Diante da possibilidade de tratar no domicílio, esta foi a forma de atendimento escolhida pelo paciente.

Fez uso de diazepam 5mg/8hs por 7 dias, complexo B de 12/12hs por 7 dias, ácido fólico 15mg/dia e soro oral 12ml/dia. Foi reavaliado em 7 de janeiro de 2000. Sentia-se melhor, alimentando-se e não utilizando álcool, estando bem-disposto e humorado. Foi mantida a prescrição anterior.

Em 10/02/00 a esposa do paciente esteve na unidade de saúde e relatou que o mesmo estava bem, trabalhando e sem fazer uso da bebida. Foram mantidas visitas domiciliares pelo agente de saúde e auxiliares de enfermagem. Encontraram o paciente bem, trabalhando e com situação estável na família. A equipe ficou satisfeita e otimista com a evolução do caso. Atualmente está sob controle, fazendo consultas mensais como prosseguimento do programa, com avaliação clínica e reforço positivo, e recebendo visitas domiciliares⁴.

Conclusão

Considerando a proposta de atendimento ao alcoolista no Programa de Saúde Mental em Curitiba e o caso descrito para ilustrá-la, conclui-se que muitos pacientes não necessitaram ser hospitalizado para o tratamento da dependência. As desintoxicações puderam ser feitas com segurança no ambiente ambulatorial e domiciliar. O que favoreceu

estes casos foi a participação de vários elementos da comunidade, além do desejo do paciente, incluindo desde o envolvimento da equipe de profissionais, da família, até intervenções no meio social. Consideramos que este tipo de abordagem facilita o acesso, mantém credibilidade nos serviços, reduz o estigma e favorece o contato com familiares e amigos, ajudando a construir uma rede de suporte que possa incentivar o alcoolista na continuidade de atendimento pelo médico de família.

Estes aspectos devem ser percebidos pelos profissionais que atendem o alcoolista, enxergando não apenas sua condição clínica, mas a pessoa e as condições de vida em determinado ambiente, onde o alcoolismo pode ou não ser favorecido com o tratamento ambulatorial. A aplicação da visão comunitária no tratamento do alcoolismo pode promover mudanças na relação entre as pessoas, abrindo possibilidades antes não percebidas, gerando maior solidariedade e melhor qualidade de vida.

Sendo esta uma proposta pioneira, ainda necessita da construção de séries históricas que possam ser avaliadas para medir a efetividade da abordagem comunitária.

Referências

1. Departamento de Álcool e Drogas de Sydney, Austrália, Central Sydney Area Health Service, URL: <http://members.optusnet.com.au/~apdfy/homedetx>, extraído em 27/08/01, Camperdown, 1996
2. Secretaria Municipal da Saúde, **Manual de Saúde Mental**, SMS, Curitiba, 1999
3. Secretaria Municipal da Saúde, Programa de Saúde Mental, **Relatório Anual**, Curitiba, 2000
4. Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida. **Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: Uma Parceria que Está Dando Resultado**. SMS, Curitiba, 2001
5. ROSSER, Walter W. & SHAFIR, M. Evidence – **Based Family Medicine**. Toronto, Ontario, 1998
6. **Trabalhando com Famílias** – Livro de Trabalho para Residentes. Editado por Lynn Wilson. Traduzido por Hamilton Lima Wagner. Revisado por Sergio Negrão Serra Junior, Curitiba, 1995
7. DOHERTY, W. H; Bavrd, M. A. Developmental Levels in Family – Centred Medical Care. *Family Medicine*, 18: 153-6, 1986
8. LARANJEIRAS, R., PINSKY I. **O Alcoolismo**, Contexto, São Paulo, 5ª . ed., 1998
9. MCWHINNEY, Ian R. **Manual de Medicina Familiar**, Intersalus, Lisboa, 1994
10. RAMOS, Sérgio de Paula et al. **Alcoolismo Hoje**. Artes Médicas, Porto Alegre,. 2 ed., Pgs. 15-24, 1990
11. Associação Brasileira de Psiquiatria - **Consenso Sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o Seu Tratamento**. 2000
12. (OMS - Organização Mundial da Saúde) 1992 - **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10** Artes Médicas.

Endereço:

Secretaria Municipal da Saúde

Avenida Sete de Setembro 3497-Cep 80230-010

Telefone (41) 350 9325

Fax (41) 225-1602

e-mail: saudemental@sms.curitiba.pr.gov.br

PAI-PJ - Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário

*Fernanda Otoni de Barros*²³

*“Nenhum daqueles que se interessam pela questão dos loucos infratores desconhece a precária situação em que se encontram esses pacientes. É sabido que os manicômios judiciários configuram-se num espaço de constante desrespeito aos direitos humanos, garantidos pela Constituição Federal. Uma rápida passagem por esses lugares, inseridos no espaço público como instituições de custódia e tratamento, permite que se delineie um trágico cenário, avassalador aos sentidos: gritos, gemidos de gozo, sorrisos imotivados... Ambiente onde se misturam o odor de fezes, urina, suor humano e água sanitária. À nossa vista são oferecidas imagens do absurdo: homens e mulheres com olhares mórbidos, lascivos, furiosos, ansiosos, amortecidos...No entanto, como trabalhadores da saúde mental, imperativo se faz criar um espaço de reflexão crítica sobre tais práticas instituídas, que possibilite superar a equivocada interlocução estabelecida entre o aparato jurídico e o saber psiquiátrico, determinante desse estado de coisas... É o que demonstra a iniciativa do **PAI-PJ, Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário.**” (ELIAN, Rita - Jornal do Psicólogo – CRP-04)*

O PAI-PJ, *Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário*, foi implantado no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais em março de 2000, após os resultados apontados por uma pesquisa realizada junto aos alunos do Unicentro Newton Paiva, durante o ano de 1999. Os resultados atingidos pelo PAI-PJ nos permitem avançar e desconstruir o mito da monstruosidade e periculosidade que lançam esses sujeitos para o lugar marginal... lá onde ainda existem os porões da loucura. A partir de uma metodologia de atenção integral no tratamento jurisdicional, realizando a mediação entre o ato clínico e o ato jurídico, promovemos o resgate da cidadania destes sujeitos no espaço público.

O PAI-PJ provoca os atores envolvidos neste cenário promovendo a ruptura com paradigmas responsáveis pela sustentação de uma prática de segregação. Mais do que nunca sabemos que é preciso inserir na cultura novos valores, mudar a postura diante da loucura e tratar os portadores de sofrimento mental como cidadãos que tem direitos a saúde e benefícios sociais básicos e o dever de responder pela sua ação na sociedade.

1-Psicanalista- Membro Aderente da EBP/Seção MG, Psicóloga Judicial, Coord. do PAI-PJ/ TJMG, Mestre em Psicologia pela UFMG, Doutoranda em Sociologia e Política pela UFMG, Coord.e Prof. do Curso de Pós-graduação em Psicanálise e Direito do Unicentro Newton Paiva (UNP); Coord. do Projeto “Rede Cidadania” em atenção aos adolescentes em conflito com a Lei - da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos de MG e Unicentro Newton Paiva; Conselheira Efetiva do Conselho de Criminologia e Políticas Criminais da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos de MG; Autora do Livro “Do Direito ao Pai” – Belo Horizonte: Ed Del Rey/UNP, 2001- Coordenadora desta Coleção “Escritos em Psicanálise e Direito” – Ed. DelRey/UNP; Autora de diversos artigos publicados na área de Psicanálise, Direito e Psicologia Jurídica..

A história nos permite constatar que a medida jurídica para esses pacientes era marcada pela aplicação de um princípio dogmático que instituiu como tratamento, em casos sentenciados com medida de segurança, o despacho destes indivíduos para o manicômio judiciário. Quem conhece um manicômio reconhecerá imediatamente que ali é um lugar precário para tratar.

Podemos afirmar, sem sombra de dúvida, que os princípios de uma universalidade dogmática, para todos, não possibilitam a igualdade diante da lei e sim a promoção da submissão sem consentimento. A igualdade somente pode se colocar no campo jurídico quando o sujeito é convocado a responder pelo seu ato no tecido social, e inserir a singularidade de seu texto ao responder pelos princípios universais que orientam a convivência na cidade. Por isso, a medida jurídica só atingirá seu fim público se for cunhada a partir de um projeto que contemple a singularidade de cada caso, a partir de princípios universais.

METODOLOGIA: ATENÇÃO INTEGRAL

Através da intervenção de uma equipe interdisciplinar, o PAI-PJ tem oferecido ao campo jurídico subsídios que atendam a individualização na aplicação da medida judicial, enfatizando o tratamento destes pacientes, permitindo-lhes a oportunidade de responderem pelos seus atos, conjugando tratamento, responsabilidade e sua inserção no social.

Temos trabalhado com uma metodologia de atenção integral ao paciente judiciário, implicando a rede pública de assistência em saúde mental no tratamento destes indivíduos dentro dos princípios de seu funcionamento. Convidamos a família ao trabalho de construção de saídas responsáveis que suportem o convívio familiar. Sugerimos aos operadores do Direito as modalidades de tratamento indicadas pela rede de assistência em saúde mental para que estas sejam ordenadas juridicamente e, principalmente, temos convocado estes pacientes para apresentarem suas razões.

Ao ser convocado pela Justiça a responder pelo seu ato, assistimos à construção do crime através da linguagem. A palavra, ao refazer o ato, produz um sentido, lá onde estava o sem sentido, localiza-se o excesso pelo qual o sujeito deverá se responsabilizar. O sujeito deve se responsabilizar pelo seu ato, do seu jeito ele deverá responder pelo que faz. Assim, construindo a medida da sua responsabilidade, vimos, em muitos casos, o necessário valor

do “*pagar pelo que se fez*” e, a partir daí, a construção de um projeto possível de convivência no social.

Não mais uma lógica formal: Certo ou errado de acordo com a letra da lei e sim a lógica modal. Cada caso terá a sua medida, a partir das contingências que atravessam a sua inscrição. Na lógica formal a lei é um fato, na modal é uma interpretação.

O trabalho realizado nos permite fazer essa leitura da lei e o PAI-PJ produz a mediação entre a clínica, o social e o ato jurídico. Propomos então a necessária modulação da medida jurídica, ou seja, a efetuação de um tratamento possível a partir da contingência de cada caso.

É IMPERATIVA A RUPTURA COM O PRINCÍPIO DA SEGREGAÇÃO

A dificuldade deste trabalho encontra-se no enfrentamento cotidiano de uma certa cultura de exclusão... cultura que tem horror daquilo que a loucura anuncia: uma certa desordem que escapa ao sentido daqueles que pretendem sustentar a utopia de realizar todo o controle da ordem social, mediante a segregação dos diferentes. A sociedade, juntamente com a ciência, excluiu esses indivíduos para os porões da loucura e construíram argumentos inabaláveis para deixá-los por lá. Foi preciso construir a utopia de que era possível conter, controlar, mensurar aquilo que aparece como fora-da-lei. O mais forte desses argumentos é o da periculosidade, que determina a priori que a loucura é uma coisa muito perigosa e que todos os esforços devem ser realizados para excluir essa coisa louca do convívio social. Imediatamente devemos nos perguntar em que tempo sociohistórico e qual a ideologia política que produziu esse conceito.

A medida de segurança é a sentença judicial determinada em casos de pacientes com transtornos mentais que cometeram crimes. Ela propõe tratamento aos doentes mentais que transgrediram o Código Penal. Juridicamente não são criminosos, mas são perigosos. Em resumo, significa: culpabilidade: pena; periculosidade: medida de segurança²⁴. “Perigoso”, segundo o código penal, é apenas o portador de doença mental que cometeu um ato fora da lei. O que é perigoso, nessa leitura do código? Onde está o perigo? Será que o crime cometido por um portador de transtornos mentais o torna mais perigoso que aquele “normal” que comete o mesmo crime? Será que o exílio aos porões da loucura elimina a periculosidade, extermina com o fora-da-lei? O trabalho realizado pelo PAI-PJ prova que não, prova que a periculosidade enlaçada à loucura é uma construção do imaginário social, por que o perigoso é aquilo que emerge sem controle, sem juízo, sem ordenação...está fora da lei da civilização. A loucura não é a única casa que o fora-da-lei pode visitar, ele pode emergir em qualquer lugar, o fora-da-lei habita o mundo, ronda o homem na sua relação com o social, a cultura ... o fora-da-lei é real.

A vida nos permite refletir que a potencialidade ao crime é algo que tange o universal.

O perigo ronda potencialmente a sociedade, mas o fato de só alguns o realizarem diz respeito ao enlaçamento do indivíduo em seu contexto sociohistórico, à forma como cada um se posiciona diante da lei, da cultura, do seu semelhante e da morte. O que nos garantirá a proteção contra o perigo, o que poderá nos proteger da periculosidade de existir?

²⁴ Ibrahim Abi-Ackel em exposição de motivos da Nova Parte do Código Penal, em 9/5/1983. In: Código Penal - SP: Saraiva, 1999, p. 17.

Como sempre, haverá uma ausência de garantias em responder pela cessação do perigo, e deixaremos bem claro que isto não é privilégio dos portadores de transtornos mentais, pois uma certa periculosidade circula entre nós. As políticas públicas de atenção à saúde, educação e condições sociais básicas poderiam criar um contexto menos favorável à criminalidade, mas não seria possível extinguir toda a periculosidade da vida em sociedade. Mas foi reservado apenas ao louco esse atributo, essa predicação.

Decorre dessa ideologia que o portador de sofrimento mental infrator, de acordo com a política atual do tratamento nos manicômios judiciários, provavelmente passará o resto de sua vida contido em cárcere privado por ser o que é, ou seja, portador de sofrimento mental. Apesar de o Código prever a realização do exame a qualquer tempo (no mínimo de ano em ano), findo o prazo mínimo estabelecido pela lei, veremos cotidianamente esses pacientes serem condenados à prisão perpétua, não pelo crime cometido, mas pela lógica da cultura que os interpreta. Inúmeros deles estão contidos em penitenciárias, delegacias, manicômios, por ser desaconselhável ao projeto político da modernidade o convívio com este tipo de diferença.

A periculosidade possível de tratar é aquela produzida pela ausência de políticas públicas de atenção integral a estes portadores de sofrimento mental. É abandono, é ausência de tratamento ao sofrimento psíquico, é carência de recursos. É o efeito de uma política que segrega e pela qual somos todos responsáveis. Depende de cada um de nós mudarmos este cenário, pois o manejo desse conceito tem se revelado uma ficção enquanto produção de verdade, para atender a inconfessos interesses. Precisamos enfrentar estes casos para propor uma política nacional que estabeleça os dispositivos de tratamento jurisdicional e de saúde que possibilitem um cálculo sobre o tratamento e a vida em sociedade.

Alguns de vocês podem estar pensando “mas existem casos em que a única contenção possível é a segregação, a cela forte, a prisão perpétua”. Ainda não encontramos estes casos, mas se eles aparecerem, farão a exceção, e a exceção não faz a regra.

É preciso romper com essa política da exceção que priva a grande maioria desses pacientes da possibilidade de um tratamento. Infelizmente, a ausência de uma política para todos esses portadores de sofrimento mental tem consentido que alguns trabalhadores de saúde mental, numa posição cômoda e infeliz, recusem o enfrentamento desses casos, endossando a chancela da exclusão desses pacientes, despachando-os ao manicômio judiciário.

Que diferença é essa que produz esta segregação na própria clínica? Bem, é preciso lembrar que esses cidadãos sofrem do que se trata em Saúde Mental. Cometeram um ato ilícito em meio ao seu sofrimento e foram interceptados pelo sistema jurídico. Foram marcados com essa especificidade. O tratamento é a única medida possível de ser anunciada pelos trâmites jurídicos, mas o sistema jurídico não trata, nada sabem sobre o tratamento possível da loucura.

Mas será que a rede de assistência em saúde mental sustentará uma diferença de tratamento entre o portador de sofrimento psíquico que, num instante delirante, passou ao ato usando o corpo alheio, e aquele que, em sua construção delirante, usou o próprio corpo? Socialmente, ambos golpearam a mesma lei: *Não Matarás*. Estruturalmente, ambos não recuaram diante do imperativo de golpear. Será diferente o tratamento? Será preciso criar casas especializadas em pacientes judiciários?

Qual a argumentação que sustenta esta segregação impedindo estes indivíduos de responderem por seus atos como qualquer cidadão o faz, dentro das normas jurídicas e terem direito ao tratamento em saúde mental pelo serviços de assistência à saúde mental? Deixo-lhes a questão, alertando a todos que essa é uma discussão que cabe aos profissionais de saúde mental e aos juristas, em seu campo de competência.

Percebemos que faz diferença na condução destes casos quando a Justiça convoca o sujeito a responder pelo que fez, mesmo que lá ele nada soubesse. É no caminho desta construção que um cálculo torna-se possível. Todos os portadores de sofrimento mental que cometeram crimes, atendidos pelo PAI-PJ, pedem para pagar pelo que fizeram, conforme manda a lei. Não querem ser inimputáveis, sem direito a palavra e a ação, ou seja, condenados ao sepulcro do silêncio e exílio social eterno.

Esses cidadãos não nos permitem esquecer que pregar comportamentos, agregar valores absolutos foi uma prática muito usada nas fogueiras da inquisição, e a sociedade ainda se orienta pela mesma tática, deslocando apenas o seu destino como forma de segregação.

A ordem jurídica, as políticas sociais e da assistência à saúde culturalmente se organizaram em torno da ordem da exclusão desses casos, mas temos nos reservado o direito de perguntar porque esta ordem e não outra? E isto não quer dizer anomia e sim o exercício de um direito de demonstrar, mediante um projeto de intervenção, a possibilidade de um outro arranjo, possível e necessário dentro das contingências que contornam as relações da Loucura e o Direito.

Diversas vezes, ouvimos um grito...isto é impossível.

Hoje o PAI-PJ responde a este grito, denunciando que o impossível é a rede funcionar sem rupturas ou dissenso... impossível é manter a utopia da contenção daquilo que emerge como fora da lei pela exclusão das diferenças... é deixar de apostar que o universal se viabiliza a partir da inclusão das singularidades.

A POSSÍVEL CIDADANIA DO LOUCO INFRATOR

O PAI-PJ tem demonstrado que este trabalho é possível e necessário.

Hoje atendemos 160 casos, e o nosso percentual de reincidência é **zero**. Todos os casos estão recebendo tratamento na rede pública de saúde. Acompanhados pela equipe de psicologia do PAI-PJ, discutimos cada caso, cotidianamente, com a equipe de tratamento que assiste o paciente na rede pública e convocamos o sujeito a responder por seus atos na Casa da Lei, operando por meio da mediação entre a clínica e o ordenamento jurídico. Além disso, todos os pacientes contam com a assistência do serviço social e jurídico do PAI-PJ, ampliando para além da clínica a rede de recursos ao portador de sofrimento mental infrator.

Essa equipe de atenção integral, a partir da produção de cada caso, subsidia o Juiz responsável pelo caso com um parecer que aponta a possibilidade de intervenção. Do sujeito ao Juiz, cada um em seu campo de competência, trabalha-se construindo alternativas para sustentação de um projeto de convivência no social.

Cento e onze (111) casos estão sentenciados com medida de segurança ou aguardando sentença, e os outros quarenta e nove (49) são casos de presos cumprindo pena em penitenciárias, onde manifestaram sofrimento psíquico no decorrer do cumprimento da pena. setenta e quatro por cento dos portadores de sofrimento mental atendidos pelo PAI-PJ, já estão cumprindo a medida de segurança em casa, junto a seus familiares, trabalhando, estudando, circulando livremente pela cidade, cumprindo uma medida de tratamento ambulatorial. São casos que, antes da intervenção do PAI-PJ, estavam enclausurados no manicômio Judiciário Jorge Vaz em Barbacena, com um diagnóstico de altíssima periculosidade, casos que estavam abandonados nas delegacias e penitenciárias por ausência de vaga no manicômio judiciário, com inúmeros processos criminais numa posição de reincidência inequívoca, casos que estamparam as páginas policiais da mídia como monstros enlouquecidos.

Hoje podemos constatar que o crime destes pacientes foi o retorno no real de um sofrimento insuportável, refletindo, para além do diagnóstico clínico, um estado de abandono social. Em *TODOS OS CASOS* houve a manifestação de um sofrimento anunciado mas que não foi escutado, pois não receberam a assistência e atenção quando expressaram seu grito, quando imploravam qualquer tipo de intervenção. Para estes cidadãos, o crime foi o último recurso, quando todas as outras portas estavam fechadas, quando, em pleno sofrimento, foram abandonados à margem da assistência.

Dos 27 casos que ainda estão em regime de internação, 70 % estão exercendo atividades do Programa de Inserção Social do PAI-PJ, ou seja, passando fins de semana e datas comemorativas com seus familiares e saindo durante a semana para participar de atividades na cidade junto com o acompanhante terapêutico da equipe, quando necessário (ir a banco, missa, cabeleireiro, curso de inglês, cinema, compras, bibliotecas, advogado, tribunal, dentre outras atividades que forem necessárias, garantindo ao paciente o direito de exercitar a sua autonomia na condução da sua vida). O PAI-PJ busca garantir ao nosso paciente inserção no mercado de trabalho de acordo com o seu interesse, coloca em dia a sua documentação e proporciona acesso aos benefícios que a política nacional em assistência social assegura ao portador de sofrimento mental. Mas o preconceito ainda é grande. Além disso, trabalhamos com os familiares, construindo saídas para a convivência com este parente diferente, possibilitando a troca de experiências, a transmissão da tolerância e do cuidado necessários ao convívio familiar.

Os cidadãos assistidos pelo PAI-PJ nos surpreendem a cada dia. A experiência da loucura ensina ao Direito a vastidão das possibilidades do ser humano, desde que seja tratado com respeito e dignidade, possibilitando o exercício de seus direitos, garantindo-lhe acesso aos serviços de saúde e assistência social básicos.

Se o Estado permite a estes indivíduos o exercício de seus direitos e deveres e a expressão no espaço público da sua singularidade enquanto cidadão, alarga-se consideravelmente a distância entre o ato louco e o ato fora da lei. A loucura não se resume na expressão do mal e do perigo. Será neste espaço aberto por esta distância que poderemos assistir humildemente, enquanto aprendizes, às infinitas possibilidades da dimensão subjetiva... estéticas, úteis ou poéticas criações da loucura... inventando novos sentidos para a expressão da verdadeira cidadania.

Belo Horizonte, 10 de outubro de 2001

NOVOS DESAFIOS À REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes.

Maria Cristina Ventura Couto²⁵

Há quase duas décadas o campo da saúde mental no Brasil vem sofrendo significativas transformações em diferentes pontos de sua intrincada estrutura. Num processo ininterrupto de construção de novas experiências, redimensionamento do ato clínico, produção de conhecimento, embasamento normativo-jurídico e ampliação das condições para o exercício da gestão pública, este campo - alavancado pelo conhecido movimento da reforma psiquiátrica brasileira - parece cada vez mais caminhar na direção proposta pelos agentes pioneiros da reforma, ou seja, constituir-se como um campo em que o cuidado do paciente não redunde em exclusão social, em que a existência de um transtorno não reduza a condição de existência dos sujeitos que o portam e, fundamentalmente, em que sejam retiradas todas as conseqüências éticas e, portanto, cidadãs, das idiosincrasias humanas.

Entretanto, o processo que constitui a reforma psiquiátrica brasileira vem se constituindo, nesses quase vinte anos, por um movimento pendular, caracterizado, por um lado, pelo reconhecimento de avanços significativos e, por outro, pela imposição permanente de novos desafios, como se cada nova conquista festejada fosse acompanhada da certeza de que há ainda muito a ser feito em direção à construção efetiva de um novo modo de cuidar.

As questões colocadas ao movimento da reforma pelas crianças e adolescentes constituem-se, nesta virada de século, como um dos mais importantes desafios a enfrentar. Ausentes da agenda de debates, excluídas das proposições de políticas públicas de saúde mental, silenciadas nos documentos oficiais, as crianças vêm sorrateiramente evidenciar que restam intactas certas produções asilares, em sua maioria sedimentadas fora dos hospícios, mas capazes de ser tão nefastas como se tivessem sido produzidas intramuros.

²⁵ Psicanalista, Mestre em Psicologia pela PUC/RJ, membro da equipe técnica da Assessoria de Saúde Mental da SES/RJ desde 1999, Coordenadora do Fórum Inter-Institucional para o Atendimento em Saúde mental de Crianças e Adolescentes da ASM/SES-RJ.

Qualquer um que se dê o trabalho de olhar mais atentamente ao redor vai se deparar com uma legião delas vivendo nos chamados “abrigos para deficientes” – verdadeiros asilos à margem do sistema formal de saúde mental, submetidas a toda sorte de banalização de sua condição humana em nome da “proteção” e do “cuidado”. São elas que, na maioridade, ingressarão diretamente na rede hospitalar psiquiátrica, constituindo uma clientela que vem desafiando os mais inovadores projetos de desinstitucionalização em curso pelos programas de reabilitação psicossocial. Outras tantas crianças e adolescentes diagnosticados como autistas ou psicóticos são encontrados peregrinando em busca de atendimento especializado, sem ter quem os localize. “Peregrinos de lugar nenhum”, estes, freqüentemente, acabam por se verem submetidos a métodos pedagógicos de controle de suas condutas bizarras ou, ainda, à excessiva medicalização, com conseqüências devastadoras para suas existências. Não raramente ainda depara-se com um contingente significativo da clientela infanto-juvenil incluída nos programas oficiais de saúde mental *se, e somente se*, portadora de diagnósticos de “distúrbio de aprendizagem” ou de “distúrbio de conduta” (parecendo reeditar o viés higiênico-preventivista do início do século XX), superlotando os ambulatórios públicos que freqüentemente a absorve sem problematizar esta demanda, dificultando assim um ordenamento mais racional dos serviços de saúde mental para que possam efetivamente responder pelo cuidado de crianças e adolescentes portadores de transtornos psíquicos severos²⁶.

A oferta quase indiscriminada para psicologização ou psiquiatrização da demanda escolar ou alteração de conduta situa-se no vértice oposto da ausência de serviços adequados para o atendimento de autistas e psicóticos, por exemplo, mas ambas parecem integrar o mesmo problema da falta de diretrizes públicas e éticas capazes de balizar a implantação de uma rede conseqüente de cuidados. É como se, em relação a crianças e adolescentes, não fossem claros os “inimigos” a combater, deixando à própria sorte ou à inércia do sistema a oferta dos serviços. Crianças e adolescentes vêm, assim, exibindo formas silenciosas mas efetivas de exclusão frente às quais não se podem mais postergar os enfrentamentos necessários.

O desafio de construir uma direção pública para o atendimento em saúde mental não é, entretanto, uma tarefa simples. Impõem-se para sua construção delineamentos

²⁶ Maiores esclarecimentos sobre este panorama serão apresentados em outra parte deste artigo.

éticos, clínico-assistenciais, políticos, de produção de conhecimento, formação de recursos humanos e de planejamento, que vão requerer um esforço conjunto para que possam reverter de forma efetiva a situação atual.

NA TRILHA DOS MAL-ENTENDIDOS

Seguindo uma trilha já apontada por Delgado (2000), vamos considerar que há uma série de equívocos e mal-entendidos perpetrando este cenário que, no limite, é um cenário de desassistência e descuido com crianças e adolescentes. Primeiramente um **mal-entendido pedagógico** que, reduzindo uma criança à condição de aprendiz, sustenta um ideário de metas a serem alcançadas de tal forma que ela, a criança, possa ser medida em escalas de desenvolvimento e recolocada no curso do desenvolvimento saudável caso apresente algum desvio. Situam-se aí as proposições de “reeducação”, “avaliação de competência”, “orientação infanto-juvenil” e outras tantas que muitas vezes servem inclusive para nomear os próprios serviços assistenciais.

Em 1995, Assumpção Jr., ao propor as bases para a construção de um saber psiquiátrico infantil autônomo, considerou imprescindível conceber *a criança como um ser em desenvolvimento* (p.151). Ora, rigorosamente falando, um “ser em desenvolvimento” não é; será. O que parece subtraído no caminho proposto para autonomia disciplinar da psiquiatria da infância – e considerado como um ponto fundamental para o avanço e modernidade almejados - é justamente a possibilidade da criança constituir uma ordem própria de existência, portar uma dimensão subjetiva, responsabilizar-se como sujeito, encontrar formas singulares e, portanto, legítimas de lidar com seu mal-estar e suas angústias, implicar-se no que lhe acontece, ser atravessada por enigmas e ter que lidar com eles como lhe for possível. Conceber uma criança unicamente como “um ser em desenvolvimento” parece engendrar essa tão corriqueira noção de “deficiência”, (fartamente utilizada como categoria diagnóstica), sempre que ela se desloca do curso ideal, “desadaptando-se”. Como aprendiz, espera-se dela que venha a responder adequadamente às metas estabelecidas; caso contrário, convocam-se os especialistas, esperando destes últimos que reorientem o curso, corrijam os “defeitos” e reitem os sintomas. O mal-entendido pedagógico ilumina o desenvolvimento funcional e obscurece as possibilidades existenciais do sujeito.

Longe de ser apenas exercício de retórica, esse equívoco de concepção produz efeitos substanciais no cenário cotidiano da rede assistencial e, no caso que nos interessa aqui, parece ter contribuído para a falsa impressão de que com a clientela infanto-juvenil os pontos fundamentais da reforma psiquiátrica não se colocavam. Afinal, loucura na criança? Práticas asilares? Seqüestro da cidadania? Necessidade de construir novas formas de tratar/cuidar menos excludentes? Afinal, não seriam elas apenas deficientes a requerer reeducação?

A noção clara ou implícita de deficiência que perpassa grande parte da assistência oferecida a crianças e adolescentes acaba por determinar a montagem de dispositivos mais pedagógicos que clínicos. Neste sentido, toda crítica que os movimentos transformadores dirigiram ao modelo clínico-psiquiátrico - hegemônico na assistência aos pacientes mentais e determinante de modos sofisticados de exclusão -, parecia não se aplicar ao segmento infanto-juvenil. As amarras reducionistas de uma clínica médica montada sob o paradigma problema-solução, ou sintoma-terapêutica-cura, em exercício na quase totalidade das instituições de assistência aos pacientes psiquiátricos, parecia não vigir no cuidado de crianças e adolescentes. Robert Castel (1987), em seu conhecido estudo intitulado *A Gestão dos Riscos*, chega a considerar uma inovação a montagem, em meados do século XIX, de uma escola especial na ala infantil do Hospital de Bicêtre (França), considerando que este dispositivo pedagógico era capaz de agenciar um método de cuidado transformador em relação ao modelo psiquiátrico tradicional dirigido aos adultos. “*Um retardado do desenvolvimento requer um aprendizado e não um tratamento*”, afirma Castel (p.51). O que parecia a este autor um rompimento com o modelo médico-clínico reducionista mostrou-se, na verdade, sob nosso ponto de vista, tão ou mais reducionista que aquele. Porém, estranhamente, passou despercebido para grande maioria dos agentes críticos. Supostamente à salvo do reducionismo médico, crianças e adolescentes ficaram, na verdade excluídas das tentativas de construção de um dispositivo clínico/psicossocial que desse sustentação a um novo modo de cuidar dirigido a sujeitos em sofrimento e não a aprendizes deficientes.

O segundo **mal-entendido** apontado por Delgado refere-se à **Justiça**. Circunscrevendo sua crítica à expansão dos “abrigos para deficientes”, acaba por tocar num ponto nodal cujos tentáculos atingem muito mais que os abrigos, estendendo-se por grande

parte das práticas terapêuticas dirigidas a crianças e adolescentes; a questão da tutela e da proteção. Em nome de tutelar e proteger, muitos descaminhos são construídos, submetendo os jovens à mortificação de sua palavra, ao exercício cruel da institucionalização, ou à intervenção adaptativa dos especialistas. Neste aspecto particular equivalem-se crianças e os “loucos de toda ordem”: são considerados os seres da desrazão a requerer a sabedoria iluminada dos tutores, sejam eles médicos ou juizes.

Qualquer tentativa de transformação que se pretenda efetiva no campo da saúde mental terá que colocar em discussão a tradição naturalizada do exercício da tutela. Sem deslocar do centro da cena a responsabilidade de proteger que cabe ao poder público, será preciso permanentemente tensioná-la para que não se confunda ou se reduza à tutela integral do corpo, da palavra, do pensamento, dos sonhos. Transformar, neste caso, é mais do que construir novas modalidades de serviços para o cuidado de crianças e adolescentes no campo da atenção psicossocial; é, fundamentalmente, rever e reescrever as fundações conceituais do exercício da tutela, sem o quê tudo terá sido inócuo.

Outro equívoco, não referido por Delgado mas de extrema importância para o que pretendemos discutir neste artigo, é o que nomearemos provisoriamente como **mal-entendido da saúde mental**. Intimamente relacionado aos já apontados, este diz respeito à desconsideração de que uma criança possa portar o enigma da loucura. *Criança deficiente e desadaptada sim, louca não*; parecem bradar os fios da história em suas traduções quotidianas nos serviços assistenciais existentes.

Tributar a uma criança a enigmática condição de uma existência particular, louca, exige um duro exercício de rompimento com os ideais que na modernidade sustentaram sua inclusão diferenciada e valorada na cena social. A construção histórica do período da infância – do qual a criança é o sustentáculo – forjou um ideário de qualidades determinantes para sua inclusão na história social dos homens. Infância, então, passou a ser o tempo da inocência, pureza, beleza, ingenuidade, felicidade, descompromisso, aprendizado e, fundamentalmente, um tempo sem angústias. Um tempo de preparação ... um caminho, de preferência retilíneo, a ser percorrido para que se forme o “homem de amanhã”.

Incluir a loucura como uma das possíveis condições de existência da criança supõe o desmonte deste cardápio ideal e, ao mesmo tempo, uma profunda revisão de nossos

ideais de descendência. A “sua majestade, o bebê”, objeto de tantos investimentos narcísicos e esperanças de superação, pode não ser tão majestoso assim. Pode sofrer, enfeitar-se, angustiar-se, mutilar-se, ter horror ao contato, recusar o olhar e carinho que lhe são dirigidos, inquietar-se e inquietar. Esta criança louca macula os ideais, subverte o imaginário cultural, mas nos convoca, a todos, ao desafio de delas cuidar e com elas coexistir.

É deste ponto que teremos que partir se quisermos reescrever a história das ações públicas de saúde mental, alterando o atual estado da arte. Sem esta tomada de posição, corremos o risco de ver perpetuada a lógica do “cresça e apareça” que vem isentando o campo da saúde mental de responder pelo cuidado ético de crianças e adolescentes. Afinal, no atual estado das coisas, só ao alcançarem a maioridade cronológica adquirirão visibilidade para os agentes do cuidado neste campo, ao ingressarem nas tramas sem saída das instituições asilares.

QUAL A DIMENSÃO DO NOSSO PROBLEMA?

Um levantamento preliminar realizado no âmbito do estado do Rio de Janeiro apontou um quadro alarmante no que diz respeito ao cuidado público prestado a crianças e adolescentes que requerem algum tipo de atendimento no campo da saúde mental²⁷.

Este estudo preliminar, realizado pela ASM/SES no início de 2000, mostrou que **aproximadamente 70% dos municípios utilizavam os dispositivos da rede filantrópica** (principalmente APAE e Pestalozzi) como recursos principais - e muitas vezes exclusivo - para o atendimento de crianças e adolescentes com algum tipo de demanda ao

²⁷ Num esforço de construir dados que pudessem dimensionar os problemas existentes e orientar as ações públicas necessárias para a efetiva inclusão do segmento infanto-juvenil na agenda das políticas públicas de saúde mental, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, através de sua Assessoria de Saúde Mental (ASM/SES), iniciou um processo de levantamento dos recursos existentes para o atendimento de crianças e adolescentes nos diversos municípios do estado. Denominado **Perfil Preliminar dos Recursos para o Atendimento em Saúde Mental de crianças e adolescentes no Estado do Rio**, este estudo, datado do ano 2000, teve seus resultados parciais disponibilizados através do **Boletim Criança-Clinica-Cidadania, ano I, n. 1, abril de 2000**, publicação oficial do **Fórum Interinstitucional para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes**, realizado mensalmente sob a coordenação da ASM/SES-RJ.

campo da saúde mental. A referência à rede filantrópica era utilizada, na grande maioria dos municípios, sem o estabelecimento de qualquer tipo de convênio e/ou parceria formal por parte dos programas locais de saúde mental. Ou seja, o cuidado em saúde mental para o segmento infanto-juvenil se desdobrava sem que os gestores/equipes deste campo acompanhassem, supervisionassem, orientassem tecnicamente ou se responsabilizassem pelo acreditamento das ações desenvolvidas. Por outro lado, instituições historicamente voltadas para o atendimento de pacientes portadores de deficiência (como as APAEs e Pestalozzis) viam-se obrigadas a acolher uma clientela estranha às suas proposições técnicas principais, recobrando um hiato que, a rigor, está relacionado à ausência de políticas públicas eficazes, quer no interior do próprio campo da saúde mental, quer no campo das ações inter-setoriais dirigidas para a população infanto-juvenil.

Outro ponto levantado dizia respeito ao fato de que em **apenas 20% dos municípios os Programas de Saúde Mental atendem casos diagnosticados como autismo e psicose infantil**, sendo o tradicional modelo ambulatorial o dispositivo de eleição neste caso²⁸. Nos demais municípios – aproximadamente 60% deles – estes transtornos eram referenciados à rede filantrópica ou à rede educacional (através dos programas de educação especial) deixando, desta forma, esta clientela à margem do sistema formal de saúde mental. Nos demais municípios não havia recursos de qualquer natureza para o atendimento destes casos. Mesmo que consideremos o percentual de 20% dos municípios com dotação de recursos nos programas de saúde mental para o atendimento de autistas e psicóticos, a hegemonia do modelo ambulatorial para o tratamento destes pacientes determinava um grave problema a ser enfrentado. A insuficiência deste modelo frente à complexidade dos quadros psicóticos já foi fartamente registrada, mas ainda permanece inaudível quando referida ao segmento infanto-juvenil.

Ainda em relação ao levantamento da ASM/SES, foi verificado que as equipes de saúde mental, **quando atendiam crianças e adolescentes**, dirigiam seu trabalho prioritariamente para casos diagnosticados como “distúrbio de aprendizagem” e/ou “distúrbio de conduta”, superlotando os ambulatórios públicos e absorvendo uma demanda

²⁸ Até abril de 2000, apenas o município do Rio de Janeiro contava com dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) infanto-juvenis. No final de 2000, o município de Barra Mansa inaugurou um dispositivo Caps para crianças e adolescentes, sendo a primeira cidade do interior a tomar esta iniciativa. Em setembro de 2001 outro CAPS infanto-juvenil foi inaugurado na cidade do Rio.

sem que ações intersetoriais com a rede educacional precedessem esta inclusão nos serviços especializados do campo da saúde mental.

Na ocasião deste levantamento preliminar, havia no estado do Rio **aproximadamente 832 crianças e adolescentes vivendo em “abrigos para deficientes”**, submetidos à lógica mortificante da institucionalização e excluídos do sistema formal de saúde. Construídos para cumprirem uma função social de proteção e cuidado, esses abrigos acabaram se constituindo em instrumentos de exclusão, reproduzindo um modelo que, se francamente criticável, tem se mostrado tenaz e resistente à sua desconstrução. Sua vigência e total hegemonia como aparato assistencial, recobrando grande parte da destinação atual dos recursos desta área, exige de todos uma profunda reflexão e conclama os agentes transformadores do campo da saúde mental a construir ações eficazes de suporte à desinstitucionalização de crianças e adolescentes.

Mesmo que datável, esta fotografia do campo público da saúde mental retirada de um terreno estadual, acaba por revelar uma situação historicamente produzida, onde parece haver uma deliberada e ininterrupta isenção de responsabilidade por parte do campo da saúde mental em relação ao cuidado das crianças e adolescentes. Através de uma delegação – silenciosa, mas efetiva -, diversos setores públicos acordam tacitamente pela perpetuação deste cenário, determinando um circuito de exclusão para um enorme número de crianças e adolescentes.

Pelo que se pode depreender deste quadro, o estado do Rio parece, em linhas gerais, pedagogizar o transtorno psiquiátrico, psiquiatrizar/psicologizar o distúrbio de aprendizagem e asilar a deficiência. Tudo isto com o aval silencioso das políticas públicas dirigidas à criança e ao adolescente.

Acrescente-se a isto o fato de que são ainda muito incipientes os dados clínicos, epidemiológicos e da própria organização dos serviços em relação ao campo da saúde mental e quase inexistentes os relacionados especificamente ao segmento infanto-juvenil. Sendo assim, a situação pode adquirir proporções muito mais alarmantes do que a aqui apresentada²⁹.

²⁹ Está em curso um estudo mais detalhado deste perfil preliminar sobre os recursos de atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes no estado do Rio. Iniciativa da ASM/SES-RJ em parceria com o NUPPSAM (IPUB/UFRJ), é coordenado pelo Dr. Pedro Gabriel

TENTANDO CONSTRUIR NOVOS RUMOS

Está em curso, no âmbito da gestão pública de saúde mental no estado do Rio, uma experiência que pretende fundamentalmente responder por uma dívida histórica deste campo para com as crianças/adolescentes e iniciar um processo coletivo de enfrentamento das questões anteriormente apontadas. É uma experiência. Inédita por sua cobertura estadual, mas não inédita em sua concepção³⁰. Esta experiência diz respeito à constituição de um **Fórum Interinstitucional para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes**, que congrega diversos atores sociais responsáveis historicamente pelo atenção à criança e ao adolescente, dentre eles o Judiciário, a educação, a assistência social e os profissionais da saúde mental de todos os municípios do estado. É um espaço de debate coletivo que tem como premissa ética estabelecer, pelo eixo da saúde mental, uma interlocução permanente, visando à construção de uma rede de atendimento capaz de fazer frente à pluralidade das demandas em seus diversos níveis de complexidade e, ainda, o estabelecimento de balizamentos técnico-conceituais, clínicos e políticos para a direção das ações públicas, o intercâmbio de experiências e a elaboração de princípios gerais que norteiem a construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes.

Surpreende nesta experiência o alcance que vem adquirindo, principalmente no que diz respeito à sua legitimidade enquanto fórum público de discussões e deliberações. Este espaço tem trazido à luz as distorções existentes, rediscutido responsabilidades, pactuado ações intersetoriais e intermunicipais e incentivado a construção de parcerias capazes de responder publicamente pelo cuidado ético de crianças e adolescentes, acreditando que desta forma possa desconstruir a lógica de uma delegação silenciosa e irresponsável que tem marcado a história da “desassistência” no campo que nos concerne.

Delgado, Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes e por mim, contando com a colaboração de três estagiários de psicologia: Mariana Fiore, Marina Tanosso e Rodrigo Moraes. Os dados deste estudo serão apresentados em breve através de um relatório a ser disponibilizado para todo o campo público.

³⁰ A idéia de constituir um espaço coletivo de reflexão e resolução, inter-setorial, para estes problemas vem sendo desenvolvida há muitos anos na cidade de Belo Horizonte (MG) com resultados locais animadores.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Mesmo que consideremos a importância de algumas ações públicas que visam a romper e modificar o atual estado da arte do campo da saúde mental em relação ao que lhe conclamam crianças e adolescentes, fato é que iniciamos o século XXI constatando a imutabilidade deste cenário. Algo se move, mas uma mudança efetiva ainda está longe de ser visualizada. Não serão respostas ligeiras e pontuais que nos colocarão num novo rumo. Temos pela frente enfrentamentos de ordem clínica, política, de planejamento, formação de recursos humanos e, fundamentalmente, enfrentamentos de ordem ética.

Para começar, então, consideramos que só seremos conseqüentes em nossa empreitada se nossas ações estiverem dirigidas para sujeitos em sofrimento. Ou seja, para criança-sujeito, na condição de estar vivenciando a complexa experiência de um sofrimento para ela intolerável, sejam quais forem as formas escolhidas para a expressão de sua dor; do fracasso na escola ao horror do olhar.

Se não reconhecermos na criança sua condição de sujeito psíquico e a dimensão subjetiva que lhe concerne, toda tentativa de transformação no campo assistencial redundará em mera maquiagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- ASSUMPÇÃO Jr., Francisco – **Psiquiatria Infantil Brasileira**. Ed. Lemos, 1995.
 - 2- CASTEL, Robert – **A Gestão dos Riscos**. Ed. Francisco Alves, 1987.
 - 3- COUTO, Maria Cristina Ventura – **A Psicanálise e os dispositivos assistenciais para o atendimento de autistas e psicóticos**. Dissertação de Mestrado, PUC-RJ, 1999
 - 4- DELGADO, Pedro Gabriel G. – Prefácio. In: Almeida N. e Delgado P.G.G., **De Volta à Cidadania**, IFB/Funlar, 2000.
- SES-RJ/ASM – Boletim Criança-Clinica-Cidadania. **Ano I, n. 1, abril de 2000.**
-

Terceira Parte:

**Experiências locais de serviços e outras
temáticas específicas.**

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS NO PERCURSO INSTITUCIONAL³¹

Sandra Maria Fischetti Barição³²

No início dos anos 1980, a rede extra-hospitalar de atenção à Saúde Mental do Estado de São Paulo contava com 19 Ambulatórios e 14 equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde I da Grande São Paulo.

A partir de 1983, o Governo Franco Montoro, através da Coordenadoria de Saúde Mental (CSM), assumiu uma política cujo objetivo era diminuir o número de internações psiquiátricas, resultando num grande investimento para a ampliação do número de ambulatórios em todo o estado e das equipes em unidades básicas na Grande São Paulo.

Entre os anos de 1984 a 1986, a Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental da CSM desenvolveu uma série de iniciativas para a capacitação dos profissionais que compunham as equipes, através de cursos, supervisões clínicas, institucionais e programáticas.

Paralelamente, publicou e divulgou diretrizes e orientações técnicas para a organização dos novos serviços. Neste período foi criado o Programa de Intensidade Máxima (PIM) desenvolvido nos ambulatórios para o atendimento de egressos de hospitais psiquiátricos.

Apesar deste grande investimento nas unidades extra-hospitalares, em especial nos PIMs, foi avaliada a necessidade de estruturas de serviço intermediário entre o hospital e o Ambulatório que pudessem oferecer um grau de acolhimento maior e respostas terapêuticas mais complexas para pessoas com transtornos mentais severos.

Durante a reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (1986), que extinguiu as Coordenadorias e Divisões, e após muita negociação junto ao então secretário de saúde, decidiu-se pela utilização do imóvel que abrigava a própria Divisão de Ambulatórios como local para o desenvolvimento da nova proposta assistencial.

Vale ressaltar que se trata de um casarão da década de 1920, próximo à avenida Paulista, que só por isso já rompia com o conceito de asilamento, imprimindo a idéia ou a lógica de uma residência para essa nova unidade de tratamento.

³¹ Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, fundado em 12 de março de 1987.

³² Psicóloga. Diretora Técnica de Serviço. Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade de São Paulo – Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira.

Parte da equipe da Divisão de Ambulatórios passou a estudar e planejar esta nova unidade, inexistente até então na rede de Saúde Pública no país. A comissão instituída através de publicação no D.O. do Estado (1986), era “integrada por técnicos que num prazo de 30 dias deveriam dar corpo à nova proposta. O ERSA-R1 proveria sustentação financeira à iniciativa, reformando o imóvel, contratando pessoal, aparelhando o órgão com instrumentos e materiais adequados. Um grupo de profissionais do que era a Divisão de Ambulatórios operacionalizaria o projeto, a partir das diretrizes gerais firmadas no âmbito da comissão”. Eles que propunham “lidar com a psicose e suas determinações de marginalização nas vertentes de assistência, investigação e formação de recursos humanos para a rede de prestadores de serviços de saúde” (GOLDBERG, 1992).

Assim, em 12 de março de 1987, fundou-se a primeira unidade da rede pública, em São Paulo e no Brasil, para oferecer tratamento intensivo e de qualidade, extra-hospitalar, para pessoas com sofrimento psíquico grave e para seus familiares.

A iniciativa do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira desencadeou, a partir de sua experiência, e a seguir a dos NAPS em Santos (1989), a criação de outros CAPS e unidades semelhantes em todo o país, transformando-se em procedimento descrito na Portaria 189/91.

O projeto assistencial e a gerência do serviço passaram por diversas transformações, apresentando hoje um grau de complexidade muito distante daquele proposto inicialmente.

As diversas ampliações da proposta assistencial foram desencadeadas por questões ou impasses que os tratamentos dos usuários trouxeram para a equipe. Neste percurso, pode-se depreender dois contínuos movimentos institucionais: crítica e conflitos diversos com relação ao grau de complexidade das ações terapêuticas e a subsequente reorganização e desdobramentos dos cuidados ofertados. Inicialmente, entre 1987 e 1988, estes ciclos foram interpretados pela equipe como falta de clareza com relação ao Projeto, insatisfação constante com o trabalho ou dificuldade na definição e aceitação dos limites institucionais.

Gradualmente, a partir da percepção dos resultados deste constante movimento promovido pelo diálogo contínuo instituição/usuário, a equipe passou a ter uma compreensão que este campo de tensão era criativo e inerente ao trabalho que se propunha: tratar de pessoas e não de doenças.

Como consequência destes movimentos institucionais, logo percebeu-se a necessidade de um grande investimento na constituição da equipe. Os funcionários de apoio³³ passaram a participar das discussões da equipe técnica, assumindo funções terapêuticas, além das suas específicas. Compreendeu-se que todos os funcionários da instituição compunham um grande “*setting* terapêutico” e deveriam estar envolvidos com a construção do modelo assistencial e participando das decisões coletivas. Além das reuniões clínicas e de projetos³⁴ foram criados espaços de supervisões e acompanhamento das atividades da casa e um momento semanal de supervisão institucional com profissional externo à instituição.

As reuniões de equipe tornaram-se um campo de negociações de idéias e de conflitos gerados por diferentes pontos de vista entre os profissionais, e isto passou a ser valorizado à medida que esta vivência, antes percebida como divisão ou fragmentação, passou a ser absorvida como acréscimo e enriquecimento. Um sentimento de pertencimento ao grupo foi se formando à medida que aumentou a valorização das funções de cada um na casa e a valorização de um projeto coletivo que não se finaliza, está em constante transformação.

Naturalmente apareceu na instituição uma espécie de conceito intuitivo denominado “*o modo de funcionar do CAPS*”, utilizado tanto no que refere aos tratamentos, às relações terapêuticas e à organização das atividades da assistência, quanto à gerência dos recursos humanos e dos diversos setores da instituição.

“O modo de funcionar do CAPS” passou a ser utilizado pelos funcionários e usuários para refletir um padrão de participação e compromisso nas discussões e decisões coletivas, tendo como referência a construção do projeto CAPS. Para atender a este modelo e trabalhar evitando os perigos da indiscriminação ou da rigidez do padrão, foi-se construindo uma organização complexa e altamente participativa, na qual a sombra institucional³⁵ também foi sendo constelada, aparecendo como sintoma: a demora nas tomadas de decisões e a dificuldade em delegar autoridade passam a ser temas de discussões da equipe e muitas vezes de cobrança por parte dos usuários.

³³ Funcionário de apoio: denominação utilizada para profissionais de formação de nível médio e técnico, denominação utilizada para profissionais de nível superior.

³⁴ Em 1988, o caráter dessas reuniões era de discussão de caso clínico e de organização e acompanhamento de atividades expressivas, como ateliê de pintura, de costura, marcenaria, etc.

³⁵ Conceito junguiano para explicar a dimensão do inconsciente individual ou grupal composto por conteúdos que não podem ser vividos no campo da consciência.

O “modo de funcionar do CAPS” pode ser traduzido por princípios que “atravessam” a clínica e os projetos de sociabilidade, orientam a assistência aos usuários, a organização do trabalho, as relações das pessoas na instituição e servem como pontos de referência implícitos nas discussões:

- **Processo:** os movimentos institucionais são percebidos e vivenciados como processuais, isto é, o projeto de tratamento de cada usuário, a construção de projetos coletivos, a constituição da equipe, assim como a organização do serviço e a forma de gerenciá-lo;
- **Participação:** na perspectiva de trabalhar com a idéia de processo, a presença e a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos, seja no tratamento de cada usuário ou nas discussões das situações coletivas da casa, torna-se um elemento fundamental para garantir o compromisso na realização daquilo que é decidido. Nesta linha, um exemplo de participação máxima é a Assembléia, uma reunião com a presença de todos os funcionários e usuários, coordenada pelo diretor e secretariada por um usuário, com frequência semanal. Nesta atividade, talvez a mais interessante que a instituição sustentou, discutia-se a rotina da casa, a organização das atividades, principalmente o que na rede de relações dizia respeito a todos. Instituiu-se um espaço para a criação da cultura e normas da casa, com direito igual de fala para todos e de compromisso coletivo com o que é discutido.
- **Eixo Indivíduo/Coletivo:** o processo e participação ativa geram um campo de tensão entre o desejo individual e o compromisso coletivo que deve ser gerenciado buscando garantir a proposta institucional e o projeto terapêutico de cada usuário. A presença desse campo saudável de negociação permite que a criatividade individual possa se expressar dirigida para a construção do projeto coletivo.
- **Autonomia e qualidade das relações terapêuticas:** o maior recurso no tratamento diz respeito à qualidade das relações terapêuticas que estabelecemos com os usuários e familiares: orientadas para cuidar de uma pessoa e não de uma doença, com alta capacidade de acolhimento e de estabelecer trocas baseadas no vínculo, com investimento nos projetos terapêuticos de cada usuário, traduzidas pelas várias intervenções necessárias para atender ao grau de complexidade de suas questões no tratamento (biológicas, psicológicas, familiares, sociais, institucionais).

- **As metas do tratamento:** o tratamento de cada usuário deve estar dirigido para a diminuição do sofrimento psíquico, neutralização ou desconstrução de processos crônicos, aumento da articulação social com o meio, desenvolvimento de potencialidades, ampliação do poder de contratualidade social e afetiva, ampliação da capacidade de autonomia para a vida.
- **Rede:** nos últimos anos passamos a utilizar freqüentemente o conceito de rede para refletir a complexa interdependência das atividades que desenvolvemos com os familiares e usuários da instituição, com aquelas que foram se dirigindo para fora, intermediando ou já penetrando no meio social mais amplo. O conceito de rede aparece na instituição quando a equipe ultrapassa uma visão mais hierarquizada das ações assistenciais, passando a compreender e a operar melhor as múltiplas faces da instituição e do tratamento e também da velocidade de transformação dos projetos.
- **Ambiência:** a maior densidade da trama da rede institucional está no que denominamos ambiência, atividade fundamental, especialmente para acolher os usuários que estão em tratamento intensivo. A ambiência compõe o tecido institucional sobre o qual se desenvolvem as atividades assistenciais e de sociabilidade.

1. Imagens e conceitos

Na busca por imagens e conceitos que possam representar de forma aproximada o modelo de assistência e gerenciamento de recursos do CAPS encontramos a *metáfora holográfica para as organizações* descrita por MORGAN (1996), que parece apropriada para traduzir a idéia de que o CAPS tem sido uma instituição que se auto-organiza:

- **redundância de funções:** cada parte é capaz de se engajar em um conjunto de funções em lugar de somente desempenhar uma atividade única especializada. [...] Sistemas baseados em funções redundantes são holográficos no sentido de que aquelas capacidades relevantes para o funcionamento do todo estão presentes nas partes. Isto cria um relacionamento completamente novo entre a parte e o todo;
- **variedade de requisito:** a diversidade interna de qualquer sistema regulador deve atender a variedade e complexidade de seu ambiente para lidar com os desafios propostos. A organização pode ser desenvolvida de maneira celular em torno de grupos auto-organizados, multidisciplinares, que tenha as habilidades e capacidades requeridas para lidar com o ambiente de maneira holística e íntegra;

- **mínima especificação crítica:** administradores e planejadores organizacionais devem adotar um papel de facilitar ou orquestrar, criando condições favoráveis que permitam a um sistema encontrar a sua própria forma;
- **aprender a aprender:** para o sistema holográfico adquirir integração e coerência, bem como para evoluir em resposta às solicitações de mudança, essas capacidades de aprendizagem devem ser ativamente encorajadas. Num trabalho de grupos autônomos, os membros devem tanto valorizar as atividades nas quais se acham engajados, como permanecer abertos a tipos de aprendizagem que permitam a eles questionar, desafiar e mudar o planejamento destas atividades. A direção e a coerência devem vir dos membros do grupo em si mesmos, à medida que colocam e respeitam os valores compartilhados e as normas que evoluem com as circunstâncias em mudança” (MORGAN, 1996).

2. Desafios e superações para uma nova etapa do projeto institucional

A maior ampliação vivida pela instituição teve início em outubro de 1996, quando foi assinado o convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade de São Paulo, para a implantação do Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental (PIDA – Saúde Mental). Do lado da Universidade participam do convênio a Escola de Enfermagem, o Departamento de Medicina Preventiva e o Curso de Terapia Ocupacional. As unidades da Secretaria de Estado de Saúde que participam do convênio são o CAPS Luís Cerqueira e o Ambulatório de Saúde Mental Centro, que, embora vizinhos em termos físicos, operavam modelos de atenção completamente diferentes.

O Ambulatório Centro caracterizava-se por atender uma demanda diversificada através de programas: crianças, adolescentes, neuróticos e psicóticos. Por outro lado, o CAPS, desde o início, teve o seu modelo assistencial voltado para o tratamento intensivo apoiado na capacidade de acolhimento de pessoas com transtornos mentais severos, com funcionamento das 8:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira.

Outro elemento relevante na nova composição do serviço é a presença da Universidade, que ampliou a prática de ensino e pesquisa na instituição, trazendo consigo lógicas do processo de trabalho e do cotidiano muito diversas da lógica da instituição prestadora de assistência. Depois de um período de resistência das equipes e da constatação de que a maior parte dos usuários do antigo Ambulatório são pessoas com transtornos mentais severos tratadas quase exclusivamente com medicação, conseguimos uma razoável integração da equipe unificada

e hoje podemos perceber um processo semelhante àquele que ocorreu nos primeiros anos do CAPS.

Atualmente, o CAPS apresenta áreas com momentos processuais diferentes, especialmente o Núcleo da Assistência, que está vivendo uma grande transformação com a incorporação de uma estrutura ambulatorial tradicional, com 700 usuários em atendimento.

Nesse período de três anos (desde a implantação do PIDA em Saúde Mental) procuramos imprimir gradualmente, a partir do saber acumulado pela experiência, as mesmas diretrizes organizacionais, ou seja, a construção de um projeto coletivo, a instituição de grupos de trabalho e de projetos terapêuticos com autonomia para criar, a subdivisão da equipe em cinco equipes menores de cuidados, compostas por pessoas de todas as áreas do CAPS, a instituição de reuniões em cada setor da unidade, reuniões com todos os funcionários, etc.

Ficaram mantidos, com nomes e dimensões diferentes, os três Núcleos que compõem o CAPS:

NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA: entrevistas clínicas procuram avaliar os usuários em três perspectivas: a) presença de sintomas graves; b) a história pessoal e o contexto atual de vida; e c) avaliação do potencial de autonomia para a vida. Para o tratamento intensivo são oferecidas 120 vagas e, à medida em que estabiliza o quadro clínico, o usuário tem seu contrato de frequência diminuído. As atividades do Núcleo de Assistência são: medicação, grupos terapêuticos, atendimentos aos familiares, atendimentos individuais. Além destes, mantemos diversos Projetos Abertos, que são grupos dirigidos para uma atividade específica: vídeo, dança, jornal, cinelândia, futebol, Divirta-se e outros. Retaguarda 24 horas de cinco leitos para atender usuários matriculados no serviço (a ser implantada).

NÚCLEO DE SOCIABILIDADE 1) Projeto Trabalho: assemelha-se a uma cooperativa de trabalho e mantém atualmente oito setores em funcionamento: Marcenaria, Alimentação, Lanchonete, Xerox, Lojinha, Lava-carros, Serviços Gerais e Jardinagem.

2) Projeto Moradia: mantém em funcionamento diversos setores que visam a dar suporte para a organização da vida objetiva dos usuários: moradia assistida (uma moradia provisória para oito usuários que, em razão do tratamento, necessitam dessa modalidade de investimento); pensões; residências definitivas com recursos dos próprios usuários.

3) Escritório de Advocacia para Direitos, Saúde Mental & Cidadania, um dispositivo de agenciamento jurídico-social e de aconselhamento jurídico que vem demonstrando *in vivo*

a dificuldade cotidiana da clientela (indivíduos e grupos familiares) excluída das prerrogativas dos direitos individuais e coletivos por estar submetida a severos e persistentes transtornos psíquicos.

4) Clube do Basaglia e Movimento Multiplacidade, um lugar de criação, construção e produção de lazer, diversão, cultura e sociabilidade, de encontros e trocas diversas entre usuários dos serviços de saúde mental, familiares, profissionais, artistas, designers. “Fronteira” entre a clínica e o social, compõe com outros projetos/cenários (trabalho, a moradia e os *direitos*) um conjunto das estratégias de sociabilidade e de intervenção cultural. Realiza as seguintes atividades: Oficinas Culturais de dança, cultura e beleza, artes plásticas, marcenaria, rádio, jornal (parceria com a Secretaria de Estado da Cultura - SP); Viagens, Cinema na Cidade, Programações Esportivas, Festas e MultiplaCidade: movimento cultural, transversal por excelência, um conceito que norteia a construção de eventos com mercado, apresentações artísticas, desfile de moda e que afirma a riqueza da diversidade de linguagens e de pessoas.

NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA, coordenado por docente da Universidade, abrange as áreas de Ensino (graduação, pós-graduação *latu sensu* (aprimoramento), educação continuada e relações interinstitucionais) e Pesquisa (determinantes de qualidade de serviço de saúde mental, satisfação e qualidade de vida de usuário de serviços de saúde mental, avaliação de serviços de saúde mental e de processo de trabalho na área da saúde; inclusão de pessoas com transtornos mentais severos); Sistema de Informação; Publicações; Consultorias e Assessorias. É oferecido estágio de graduação para alunos da Escola de Enfermagem da USP, do curso de Terapia Ocupacional da mesma Universidade, da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Mogi das Cruzes.

A assinatura do convênio trouxe diversos desafios: como integrar duas equipes com perfis diferentes? Como desconstruir duas instituições para construir uma terceira, sendo essa terceira o desafio maior: um CAPS que mantém em atendimento um número maior de usuários e uma resposta mais efetiva enquanto unidade da rede pública? Como reproduzir um modelo que durante anos foi operado por uma equipe de 15 (quinze) profissionais universitários e 15 (quinze) de apoio mantendo em atendimento 150 (cento e cinquenta) usuários? Seria viável trabalharmos com a mesma dinâmica institucional agora, com 115

(cento e quinze) funcionários? Como incorporar ou assimilar a lógica da instituição formadora? Como conciliar a necessidade do processo ensino/aprendizado/pesquisa preservando uma clínica individualizada?

Estas questões estão presentes no cotidiano da instituição e impõem-se como uma nova contradição a ser superada, não apenas do ponto de vista intra-institucional, mas como uma forma de acumular novos saberes (prática, ensino e pesquisa) no contexto mais ampliado das discussões de políticas e modelos de atenção em saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GARETH, M. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, XXXX.

GOLDBERG, J. I. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1996.

DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA À EMERGÊNCIA DO SUJEITO – ALGUNS ATRAVESSAMENTOS

Andréa Vieira Marcolan*

O serviço de emergência de um hospital psiquiátrico é um lugar de ricas experiências e desafios. Trata-se de um dispositivo que se propõe a estar de prontidão vinte quatro horas por dia para atender os pacientes que a ele recorrem. Para além dessa mera descrição burocrática, encontra-se um lugar atravessado por inúmeras falas, queixas, inquietudes, sofrimentos e impasses. Na bibliografia médica é definido de forma geral, a partir da existência de um objetivo específico: atender às situações para as quais não há possibilidade de se adiar a intervenção. (Kleespies, 1998; Allen, 1999. *Apud in* Reichtand e Leal, 2000). Porém, no campo da saúde mental, como delimitar uma situação em que não há adiamento possível?

Pelo serviço de emergência circulam situações extremas - quadros de grande agitação psicomotora, atitudes hetero e auto-agressivas, tentativas de suicídio muito contundentes - em que a resposta afirmativa para esta pergunta é quase imediata. Em outras situações, encontramos aqueles sujeitos que parecem perambular pela emergência sem destino ou amarração possível, que vão e voltam, solicitando medicamentos ou internação, sem, no entanto, elaborarem qualquer especificação neste pedido. São falas, queixas que pedem por alívio, remédios milagrosos, soluções rápidas. Não há aí nenhuma implicação do sujeito, tanto ao que se refere seu pedido nem tampouco quanto à resposta possível para este. Estes sujeitos parecem colocar seus pedidos a partir de uma causalidade linear e irrefutável: para cada dor, cada sofrimento ou desamparo, uma receita, um remédio, uma palavra, um conselho certo... Que o sujeito assim enderece seu pedido ao técnico que lhe atende é inteligível, mas faz parte do nosso trabalho deslocá-lo desse lugar de mero receptáculo de prescrições para se tornar autor, construtor de seus projetos, sejam terapêuticos ou de vida. Quando nos colocamos no lugar de saber absoluto sobre o sofrimento do outro, lugar do mestre que tudo sabe e a quem se deve confiar toda dor,

* Psicóloga, residente do segundo ano do Programa de Residência Integrada em Saúde Mental do Instituto Philippe Pinel/RJ.

Colaborou com este trabalho Luciana Massad Fonsêca, psicóloga, residente do segundo ano do Programa de Residência Integrada em Saúde Mental do Instituto Philippe Pinel/RJ.

corremos o perigo de cair no engodo da clínica da eficácia e rapidez. Diversos autores implicados nas novas modalidades de assistência da clínica da recepção dos dispositivos de saúde mental apontam, de forma geral, para a importância de inserir a dimensão da subjetividade numa clínica que se propõe a acolher os sujeitos (ver Cadernos IPUB, nº 17). Tal dimensão é ressaltada nas várias modalidades de inserção desta clínica nos serviços, seja na forma de triagem, grupos de recepção e emergência psiquiátrica. No texto *Notas sobre a emergência psiquiátrica*, a emergência é apontada pelos autores como importante dispositivo na direção da superação de um modelo de cuidado que exclui a dimensão da subjetividade e que tem como proposta exclusiva de assistência debelar uma crise, um sofrimento ou um pedido de ajuda pela via medicamentosa ou meramente compreensiva. Propõe-se um novo modelo que teria **“a subjetividade como elemento a ser considerado na definição do que é uma emergência psiquiátrica e na construção da conduta.”** (RECHTAND E LEAL, 2000). Nesta perspectiva, opera-se mudanças significativas na escuta, na compreensão do campo de atuação, na postura ética e sobretudo na intervenção que se propõe. O objetivo a ser alcançado não é mais a **“urgência de se restabelecer um equilíbrio perdido: a crise passa a ser considerada um momento privilegiado no qual o sujeito pode, eventualmente ter acesso a novas formas de organização para si próprio e ou para seu cotidiano”** (RECHTAND E LEAL, 2000).

O trabalho analítico numa emergência psiquiátrica é apontado por Glória Maron (1997) como lugar possível de se propiciar a emergência do sujeito, de sua subjetividade, possibilitando a apropriação de um espaço de fala, onde as urgências e o que emerge muitas vezes intempestivamente pode ser colocado em fala, em palavras. Para além de um lugar de “passagem”, transitório e sem laços sociais, a emergência de um serviço de saúde mental pode tornar-se um **“lugar de circulação de palavras, onde cada um pudesse se perguntar por que ali se encontrava e onde supunha ser o destino que era mais indicado seguir, após aquele momento”** (MARON, 1997). Quinet (1997), ao comentar as apresentações de pacientes realizadas por Lacan no Hospital Sante Ane quando este perguntava ao sujeito **“O que você vai fazer agora?”**, aponta que está implícito nesta questão a indicação de que o sujeito é responsável pelo que faz e decidiu fazer de sua vida. Consideramos relevante

ressaltar a importância e o marco diferencial de uma clínica da emergência que considera a dimensão subjetiva, a participação do sujeito na construção da intervenção possível, e de sua responsabilidade nos desdobramentos desta. Uma crítica que poderia ser levantada a esta nova postura de assistência seria apontá-la como romântica, ingênua e até mesmo impraticável nos corredores agitados e tumultuados de uma emergência psiquiátrica. Como implicar um sujeito na construção de uma intervenção possível, quando este se apresenta extremamente agitado, agressivo e colocando-se em risco? Esta é uma realidade freqüente desta clínica e torna-se imperativo refleti-la. Rechatand e Leal (2000) apresentam uma resposta possível a este impasse: é preciso escutar o que o sujeito fala da maneira que for possível e afirmar nossa indicação justificando-a através dos argumentos que a fizeram ser eleita: “... *respeitar a opinião do paciente pode ser admitir que ela se apresenta em oposição à opinião da equipe e trabalhar com esta tensão*” (RECHATAND E LEAL, 2000). Esta simples indicação, apesar de parecer banal, justifica uma internação por parte do técnico responsável, uma fala que muitas vezes é omitida quando se decide tudo entre os familiares sem a participação do sujeito, a este só cabendo acatar a decisão de outrem. Na maioria das vezes, o que acontece é a internação psiquiátrica sendo utilizada como única alternativa para se conter e debelar a crise que expressa a emergência de uma intensa desorganização subjetiva e sofrimento psíquico. É irrefutável que nesta crise há algo a ser contido e organizado, porém apostamos que o conteúdo e a forma com que se dá este trabalho de “contenção e organização da experiência delirante” pode ser construído e favorecido pela participação e implicação dos sujeitos-alvo da internação.

Uma importante delimitação do campo da intervenção se faz necessária. Quando pensamos na “construção de uma intervenção possível”, não se trata meramente de acatar a demanda do sujeito, aqui entendida como pedido ou solicitação. Trata-se da possibilidade de criação que se dá num campo intermediado pela equipe e o paciente, um campo de inter-relações e tensões. É uma clínica do detalhe, do que escapa, do mínimo movimento diferencial percebido numa repetição incessante de solicitações e queixas. É sobretudo uma clínica que exige um despojamento dos ideais, da busca da resolutividade imediata. A fala dos pacientes é apontada por vários autores como instrumento instigador desta nova clínica, à medida que deve ser “*privilegiada não como manifestação patológica que exige correção ou resposta imediata, mas como possibilidade de fazer aparecer uma outra*

dimensão da queixa que singulariza o pedido de ajuda” (CORBISIER, C. 1992). Segundo Tenório (1996), *“o que e quem se deve escutar é o ponto nodal para fazer a diferença entre uma psiquiatria apressada em remitir o sintoma e uma abordagem que visa desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa do paciente”*. E aqui cabe sublinhar a questão: **O que é emergente para o sujeito que chega a uma emergência psiquiátrica coincide com o que esta se propõe a acolher?**

Numa primeira tentativa de resposta a esta questão, parece que nos deparamos com uma negativa. Mas não tomemos as coisas aprioristicamente. Segundo Miller (1987), a demanda com a qual cada um se confronta – psiquiatras e psicanalistas – não é a mesma. Na primeira, trata-se de uma demanda social: geralmente são os familiares que a endereçam como um pedido de restabelecimento da normalidade que se perdeu, é um pedido de readaptação social, e na maioria das vezes é deste lugar de restabelecedor da norma que os psiquiatras se colocam. A demanda que um sujeito dirige ao analista é de outra ordem, primeiramente porque esta deve partir do próprio sujeito, do seu próprio movimento, isto é, *“a demanda ao psicanalista é o modo do paciente interpretar seu próprio sintoma a partir do que ele sabe e também do que não sabe, a partir do desconforto de tipo especial que lhe causa seu sintoma”* (MILLER, 1987). No serviço de emergência de uma unidade de saúde mental, onde trabalham psiquiatras e psicanalistas, há consenso sobre a delimitação do que é uma “emergência” na psicose, e como devemos direcionar nossa intervenção? Tal questão aponta para a importância da abertura de espaços de discussão da equipe técnica da instituição. Propomo -nos a refletir que a psicanálise pode afirmar que sua clínica da emergência é aquela que faz emergir o sujeito do inconsciente. O que emerge é o que não se pode mais calar, omitir, o que exige um desvelamento, uma expressão, o que na psicose se expressa em ruptura com o que antes mantinha o sujeito no jogo das identificações imaginárias. Se o que emerge na psicose de forma extravagante e intempestiva no momento de uma crise é uma fenomenologia delirante, com alucinações e fenômenos elementares, é disto que se trata a emergência de uma subjetividade na psicose. Freud, já em 1924, aponta que o delírio é uma tentativa de cura. Esta afirmação paradigmática, se aplicada à clínica da emergência psiquiátrica, subverte completamente o que por vários anos a psiquiatria tomou como objeto de sua intervenção: supressão do sintoma, ou seja, do delírio. A clínica psicanalítica vai em direção oposta a esta indicação, pois se o delírio é uma tentativa de

cura, trata-se de utilizá-lo como instrumento facilitador desta “cura” e não como objeto de supressão.

Da experiência em um serviço de emergência psiquiátrica pode-se observar que muitas vezes os sujeitos que a ele são trazidos não se queixam de seus delírios, nem nos pedem que os “livrem deste”. Este pedido geralmente é expresso na fala de seus familiares que, muito aflitos, nos dirigem perguntas relativas a prognóstico, reabilitação, readaptação social: *“meu filho vai voltar a ser como era antes? Agora ele não fala coisa com coisa, faz coisas que eu não entendo, ele era tão bom antes, como isto foi acontecer?”*. Para os próprios sujeitos, o importante é que suas falas possam ser endereçadas a alguém que lhes dê credibilidade, que os acompanhe neste trajeto de construção delirante.

As questões que delimitam este trabalho se referem a este sujeito que, diante da emergência de uma experiência psicótica, irrompe e desvela uma estrutura que até então permanecera silenciada. Ele chega à instituição de saúde mental trazido, na maioria das vezes, pelos familiares e é “acolhido” pelo serviço de emergência psiquiátrica, mais conhecido como pronto-socorro ou ainda pronto-atendimento psiquiátrico. Buscou-se perguntar: em relação ao serviço que acolhe, de que socorro se trata? O que significa um atendimento de “prontidão/pronto”? O que cabe aos profissionais acolher numa “emergência psiquiátrica”? As questões que se referem ao sujeito que emerge na psicose não são de modo algum indissociáveis das que se referem ao serviço que o acolhe e podem mesmo apontar a direção que um serviço deve tomar para possibilitar o surgimento da particularidade de cada sujeito, ao escutar na sua fala as indicações do caminho a seguir. O que demandam estes sujeitos que chegam à emergência psiquiátrica: contenção? medicamento? sedação? escuta? credibilidade? Em que momento emerge a demanda do sujeito e como podemos sublinhá-la? Ou ainda, diante da experiência da psicose que emerge, com todas as suas vicissitudes, muitas vezes com quadros de intensa produção delirante, agitações, agressões, tentativas de suicídio, qual a direção de uma clínica possível na emergência psiquiátrica? Algumas questões, várias inquietações, muito trabalho a fazer.

Trata-se de aprender a conviver com as diferenças, não somente aquelas trazidas pela singularidade dos sujeitos-alvo, mas também com aquelas que, quando impregnadas de

especialismos, impedem o diálogo entre diferentes profissionais nos serviços de saúde mental.

BIBLIOGRAFIA

CORBISIER, C. *RIPP: quando escutar é preciso*, RECHTAND, M. e LEAL, E. M. *Notas sobre emergência psiquiátrica*, TENÓRIO, F. *Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção* In: TENÓRIO, F., OLIVEIRA, R. e LEVCOVITZ, S. (orgs) *A Clínica da Recepção nos dispositivos de Saúde Mental*. Cadernos IPUB N° 17/ Rio de Janeiro:UFRJ, 2000.

FREUD, S. *A Perda da realidade na neurose e psicose* In: **Obras Completas** Vol XIX, Imago editora, Rio de Janeiro, 1996.

MARON, G. *A escuta inscrita no campo do olhar: Escuta analítica numa instituição psiquiátrica em transformação* Dissertação de mestrado, IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro:1997.

MILLER, J. A. *A Psicanálise e a Psiquiatria* In: **Falo, Revista brasileira do Campo Freudiano**. Vol I. Rio de Janeiro: 1987.

QUINET, A. *Teoria e Clínica da Psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1996.

A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O MODELO ASSISTENCIAL

Regina Bichaff

“Se pensarmos num jogo de cartas, buraco por exemplo, e fizermos uma associação com a vida de nosso usuário, iremos imaginar que ele recebeu uma mão ruim de cartas, nenhum coringa e quase nenhuma possibilidade de articulação das cartas para poder fazer algum jogo. Ele não tem possibilidade de estar de igual para igual com seus adversários de partida e provavelmente irá perder aquela jogada. Porém, o jogo continua, ele irá “comprar” outras cartas e fazer novas combinações. Nosso serviço talvez lhe ofereça algum coringa, o que possibilita que faça algum arranjo inesperado e consiga fazer alguns pontos.”

Introdução

A assistência psiquiátrica no Brasil, nos últimos 20 anos, vem sofrendo um processo de transformação, colocando em pauta a discussão da superação do modelo hospitalocêntrico de tratamento e a criação de uma outra lógica de atenção, psicossocial, comunitária, territorializada, a partir da construção de uma rede de serviços de saúde mental, tendo como pressupostos básicos: os direitos de cidadania, a desinstitucionalização e a promoção da saúde mental.

No modelo de atenção psicossocial, toma-se o sujeito para tratamento e não mais a doença. O usuário participa de seu projeto terapêutico e os novos serviços desenvolvem ações para atender as necessidades de forma singularizada, transformando o doente em sujeito de direitos e compreendendo o projeto de tratamento como projeto de vida. A instituição tende a funcionar horizontalmente e a equipe de profissionais, sem hierarquia de papéis. Este modelo pressupõe ainda, a participação da família e da comunidade, já que a doença não é vista como algo individual.

Passados vários anos da implementação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e, tendo o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira, em sua concepção de tratamento, práticas e intervenções que constituem o modelo psicossocial, parece-nos importante a reflexão sobre o trabalho a partir da inquietação que a clínica institucional cotidiana nos provoca.

Interessa-nos conhecer a percepção dos usuários sobre as mudanças ocorridas em suas vidas, a partir do ingresso para tratamento no serviço, e analisar as possibilidades de mudança, em decorrência ou não do modelo assistencial proposto.

O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira

A história do serviço começa em 1987, com a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira (doravante denominado CAPS), primeiro serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico da rede pública. O projeto inicial apontava para uma assistência a pessoas com grave comprometimento psíquico, dificuldades de relacionamento e exercício da vida civil, política e social, tendo como campo de intervenção o indivíduo e seu contexto micro e macrosocial, pelo enfoque multidisciplinar. Como garantia à qualidade da assistência impunha-se a reflexão sobre as práticas, a teorização da experiência e a formação de recursos humanos, portanto, uma dimensão docente-assistencial.

As inúmeras demandas dos usuários e familiares foram produzindo ampliação dos projetos da equipe, iniciando-se uma parceria com a Associação Franco Basaglia (AFB), fundada em 1989, possibilitando o desenvolvimento conjunto de projetos de sociabilidade.

Em outubro de 1996, firma-se um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade de São Paulo (Escola de Enfermagem, Departamento de Medicina Preventiva e Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina), para a execução do Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, ampliando as atividades de assistência, ensino e pesquisa. As atividades do programa estão agrupadas em núcleos.

Núcleo de Assistência

É responsável pelos cuidados e intervenções no sentido mais estrito da clínica, contemplando os diversos momentos da problemática individual e familiar. O serviço conta com uma estrutura que permite atender os vários níveis de necessidades, desde o acolhimento máximo às situações de grande desorganização psíquica até o seguimento contínuo a longo prazo, compreendendo que as necessidades dos usuários transformam-se ao longo do tempo, exigindo reavaliações do projeto terapêutico. Os objetivos das práticas grupais, individuais e familiares estão voltados à criação de espaços terapêuticos de continência, possibilitando múltiplas e diversas situações de vínculos, relações, trocas e aprendizado.

Núcleo de Sociabilidade

Oferece um conjunto amplo de atividades dirigidas a aumentar a qualidade de vida e a participação social dos usuários com relação a setores da vida social: trabalho, moradia, direitos, cidadania, cultura e lazer. A ampliação da autonomia para a vida e a potencialização de recursos pessoais são as metas que orientam a concepção e o desenvolvimento dos projetos:

- Projeto Trabalho: Representa uma resposta objetiva à demanda por uma atividade produtiva da população usuária. O trabalho é aqui entendido como instrumento de inclusão do usuário no mundo das contraturalidades sociais e tem como finalidade incentivar e possibilitar o exercício profissional.
- Projeto Moradia: Tem por objetivo principal acolher as questões de habitação dos usuários, criando estratégias para o encaminhamento dessas necessidades, compreendidas como modificação da convivência cotidiana, interação com a comunidade do bairro e região, além de constituir-se como mais um recurso de intervenção terapêutica no campo extra-institucional.
- Escritório de advocacia, cidadania e saúde mental: Visa a reflexão e intervenção na situação de exclusão social vivida pelos usuários de saúde mental, no que diz respeito à impossibilidade de acesso aos direitos individuais básicos. A criação de dispositivos de agenciamento social e promoção de parcerias entre instituições de saúde mental e movimentos organizados da sociedade civil promove a interlocução da clínica com o campo jurídico e amplia a discussão do Código Civil Brasileiro, no que se refere à doença mental.
- Clube do Basaglia: Como um projeto de lazer, cultura, diversão e sociabilidade, propõem a ampliação do repertório de possibilidades dos sujeitos, a partir das múltiplas e possíveis relações com o extra-institucional. A finalidade é criar e produzir situações de encontros, promovendo a circulação dos usuários por outros lugares sociais e ampliando suas redes de relações. É estimulada a participação de pessoas de outras áreas, com interesses diversos, que enriquecem o campo de trocas, articulações e conexões com o social.

Núcleo de Ensino e Pesquisa

Ensino: A formação profissional está articulada ao modelo assistencial proposto, oferecendo campo de observação, investigação e práticas em saúde mental,

instrumentalizando novos profissionais para o trabalho na rede pública, dentro de princípios de políticas sociais em saúde. A área de capacitação é responsável pela elaboração e realização de cursos, reciclagens, treinamentos e jornadas, visando um processo de permanente formação dos profissionais da rede pública.

- **Pesquisa**: Tem como objetivo principal o incentivo e o desenvolvimento de projetos de pesquisa que tenham como foco o campo de práticas resultante das transformações na atenção à saúde mental. O serviço vem sendo utilizado como campo de inúmeras reflexões, a partir de seus projetos, constituídos como espaços de experimentação, criação e investigação de novas práticas.

Os usuários

Para este estudo, foram entrevistados quatro usuários, de acordo com dois critérios: tempo de tratamento na instituição (entre um e dois anos) e participação nas atividades dos núcleos de assistência e sociabilidade, considerando esta uma amostra representativa dos usuários do serviço. O processo de adoecimento e as crises produzem alterações na vida dos sujeitos. O projeto do CAPS, tendo em vista este processo e suas conseqüências, propõe além dos cuidados específicos da clínica e da subjetividade, atenção aos aspectos relacionais e de inserção social. As entrevistas abordaram questões referentes a mudanças na qualidade de vida propostas pelo modelo assistencial: formas de tratamento, cuidados de si, possibilidades de circulação pela cidade, rede de relações familiares, sociais e de trabalho, moradia e direitos de cidadania.

“O CAPS é uma mudança...ele dá uma liberdade”

Todos os usuários haviam sido internados anteriormente à admissão no serviço e, de modo geral, a experiência da internação aponta para uma vivência de exclusão e perda de direitos. Após ingresso para tratamento no CAPS, nenhum deles foi internado novamente, indicando que um dos objetivos do projeto vem sendo atingido e que o tratamento proposto pode estar produzindo esta mudança. A diferença do modelo asilar e do modo psicossocial de tratamento é evidenciada, seja pela possibilidade de maior contato e acesso aos profissionais, ou pela permanência por mais tempo na instituição, propiciando a construção

de relações de confiança e outras formas de acolhimento das crises. Pudemos detectar nas entrevistas o quanto é forte a associação do tratamento ao médico e à medicação. Porém, mesmo ao atribuir ao médico um lugar especial no tratamento, é percebida uma mudança na relação possível com este, que poderia ser estendida aos outros profissionais, efeito da cultura que o modo psicossocial de atenção visa a criar: mudança na qualidade das relações terapêuticas, da autoridade para a alteridade, da hierarquia para a assimetria.

“...tomo a medicação, cuido de mim...seguro a doideira”

Entendemos o cuidar-se como resultado de uma certa apropriação de si e a possibilidade de representação psíquica do próprio corpo, o que significa muito mais do que a aquisição de habilidades pragmáticas. Identifica-se que uma melhora global nos vários aspectos da vida dos usuários promove um melhor cuidado de si. Há referência a espaços terapêuticos que visam a cuidados com a higiene e o corpo e a possibilidade do uso do banheiro da instituição como facilitador destes cuidados. Existe a percepção de que o serviço possibilita a procura do médico, com mais facilidade, para revisão e troca de medicação, assim como sensibiliza para a necessidade desta. É ponto comum a importância da medicação como forma de cuidado e para evitar a crise, ainda que questionados seus efeitos colaterais ou superestimado seu efeito.

“...eu só venho prá aqui, não vou prá canto nenhum”

Em relação à possibilidade de circulação pela cidade, observamos uma certa restrição a locais conhecidos e à própria instituição. Há uma íntima relação entre a possibilidade de circulação pelos lugares e a rede de relações sociais. Considerando que o serviço conta com dispositivos terapêuticos e projetos voltados para a ampliação da rede de relações sociais, verificamos que na percepção dos usuários não há referência de que o serviço estaria facilitando esta circulação.

“...eu pode ficar, conviver, conhecer pessoas, fazer novas amizades...”

As dificuldades no relacionamento familiar são citadas pelos usuários mesmo antes do surgimento da doença. Na evolução da doença intensifica-se a conflitiva familiar, principalmente nos períodos de crise, desencadeando isolamento e distância familiar. As mudanças nas relações familiares após ingresso no serviço são atribuídas a melhoras dos usuários, não havendo referência a intervenções realizadas com as famílias. Podemos ainda verificar que a entrada no CAPS promove a construção de novas relações de familiaridade

em que as novas redes sociais ocupam o lugar da fragmentada estrutura familiar. Porém, na percepção dos usuários, as relações sociais estão centradas no cotidiano institucional, isto é, não se observa ampliação de rede social para além do serviço.

“Eu falei: desisto...e aqui no projeto trabalho eu pensei: será que eu tento de novo?”

As relações de trabalho aparecem fortemente representadas. As dificuldades de trabalho referem-se a conseguir e manter empregos, aos modos de organização e produção do trabalho (alienante, repetitivo). Há comparações entre a atividade de trabalho no hospital psiquiátrico e no CAPS, apontando para diferenças entre os dois modelos. No modo asilar é marcada a relação servil e alienante, em que pacientes são utilizados como mão-de-obra barata. Nos serviços substitutivos, o trabalho tem sido utilizado como estratégia reabilitadora e entendido como possibilidade de produção de valor, recurso este que permite as trocas sociais. Observa-se, ainda, a possibilidade de resgate de cidadania na sua vertente de contrato de trabalho, que possibilita a experimentação em moldes mais flexíveis, num ambiente protegido pela instituição, onde a remuneração e a responsabilidade são fundamentais.

“...pela lei, o que eu tenho não dá benefício”

Sabemos o quanto a doença e as crises inviabilizam a inserção dos usuários no mercado de trabalho formal, resultando muitas vezes em prejuízo nos direitos do trabalho e conseqüentemente, nos direitos de cidadania e inclusão social. As questões dos direitos do trabalho (requerimento de auxílio-doença, trabalho registrado, licença-maternidade) parecem estar colocadas mais pelos serviços de saúde mental do que pelos usuários.

Em função do comprometimento psíquico, outras áreas de direitos (família, civil, previdenciários e criminais) precisam ser revistas na legislação brasileira e no âmbito das políticas de saúde mental.

Considerações Finais

A análise que realizamos mostrou que os usuários percebem mudanças ocorridas em suas vidas, após o ingresso para tratamento no CAPS. O serviço representa um marco. O que antes era um andar sem rumo, sem vínculos ou objetivos, agora se configura em ter para onde ir, acordar e ir para o CAPS. Sentem-se mais cuidados e mais tratados, dão

importância a um lugar que acolhe e tem a percepção de que o conjunto de intervenções propostas possibilita as mudanças.

O ambiente institucional, a convivência cotidiana com os profissionais, estagiários e outros usuários, são facilitadores da construção de relações de confiança e possibilitam repensar suas histórias e apreender seus significados. A liberdade de poder participar da construção do projeto terapêutico produz percursos bastante singularizados, que vão desde aspectos dos cuidados em relação a si a demandas mais complexas que se traduzem em conquista de direitos de cidadania e inclusão social. Ampliaram-se as possibilidades de relações e convivência, incluindo as relações de trabalho como forma de relação social.

Temos que ressaltar o fato de que este alargamento relacional, de modo geral, fica restrito ao campo do serviço, não sendo identificadas mudanças nos aspectos da vida em sociedade. Em contrapartida, observamos que o exercício da inclusão na instituição, se dá fortemente, podendo indicar ser esta uma etapa necessária do processo, nesse momento, somente viabilizada de forma protegida. Os usuários reconhecem essa necessidade, porém vislumbram possibilidades de encontrar lugares “verdadeiros” de inclusão.

Sem dúvida, o CAPS contribuiu para a organização da vida desses usuários, oferecendo um campo de vivências e experimentação importante; porém, ficam as questões para reflexão: como podemos ir além dos limites da instituição? Como podemos ajudar nossos usuários a conquistarem um outro lugar social, apesar de suas diferenças e dificuldades? Sendo assim, não podemos perder de vista nosso maior objetivo, como profissionais de saúde mental: a inclusão social; e, portanto, é de nossa responsabilidade um constante repensar de nossas práticas. Superamos o manicômio, inventamos novos serviços e agora temos a sociedade como um grande desafio.

Referências Bibliográficas

LOPÉRGOLO, A. C. D.; PANDJIARJIAN, C.; BICHAFF, R.; FEDERICO, V. C. M. **Mudando a Vida: A Percepção do Usuário.** / 2001. Monografia Curso de Especialização em Saúde Mental, Escola de Enfermagem USP, Ministério da Saúde/ PIDA – CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, São Paulo.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde/Universidade de São Paulo. Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental – **Relatório das Atividades**. São Paulo, 1998. Apostila

E AFINAL, QUEM CUIDA DOS CUIDADORES?

Lucia Cristina dos Santos Rosa³⁶

Este texto surgiu a partir da preocupação com a saúde mental dos cuidadores de pessoas acometidas por transtorno mental. Objetiva refletir sobre o trabalho de cuidar e indicar as principais implicações da prestação de cuidado aos portadores de transtorno mental entre os trabalhadores de saúde mental. Ao final propõe algumas estratégias visando a cuidar dos próprios cuidadores.

1. O CUIDADO COM A PRÓPRIA PALAVRA CUIDADO

A preocupação com as repercussões do provimento de cuidado a um portador de transtorno mental é recente no Brasil. Eduardo Mourão Vasconcelos (1992) introduziu o tema no país, a partir de sua atenção com as mudanças demográficas que obrigam a família a lançar novos membros no mercado de trabalho, sobretudo a mulher, tradicionalmente a principal prestadora no cuidado doméstico.

Focalizando ainda o grupo familiar, José Hélio Ribeiro (1996) trata das sobrecargas do cuidador e Jonas Melman (1998) analisa a experiência do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, em São Paulo, no acolhimento e na abordagem cuidadora com os familiares.

Maurício Lougon (1998), por sua vez, identifica várias exigências decorrentes do processo de cuidar, destacando sua complexidade e a necessidade de um preparo mínimo do cuidador.

Como explicitado, no debate na área da saúde mental têm emergido vários aspectos relacionados ao provimento de cuidado, contudo, a seguir, a atenção com os próprios cuidadores merecerá destaque.

³⁶ Professora Adjunta I do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Há um entendimento, baseado no senso comum, que cuidar é um ato natural, pois, como implica, sobretudo, em um relacionamento entre seres humanos, dispensaria uma capacitação ou um cuidado prévio. Todavia, prestar cuidado a pessoas enfermas é uma construção histórica, que vem se processando e ganhando novos contornos e densidade teórica sobretudo como um trabalho que, também, causa sofrimento.

A própria palavra cuidado se encarrega de desmistificar seu significado corriqueiro, principalmente no que se refere a um caso de transtorno mental.

O *dado*, da palavra cuidado, pode ser remetido à metáfora do jogo. Cuidar de um portador de transtorno mental implica, no geral, em um jogo de sedução e convencimento acerca do próprio estar enfermo. Raramente este enfermo se reconhece como doente. Conseqüentemente, é propenso a resistir ao tratamento, que freqüentemente lhe é imposto. Neste sentido ainda, a relação de poder mediatiza todo ato de cuidar, de forma explícita ou implícita. De um lado há uma pessoa com pleno comando de suas faculdades mentais e capacidade funcional, que se propõe a cuidar. De outro lado, há outro ser humano, dependente de cuidado. A interação entre ambos exige, do primeiro, intensa disponibilidade/dedicação, desejo, paciência, atenção, grandes responsabilidades, bom humor e criatividade. Tais prerrogativas têm que ser mantidas pelo cuidador sem expectativas de significativas retribuições materiais ou simbólicas, pois o transtorno mental manifesta-se e desenvolve-se de forma variada, conforme a singularidade de seu portador, quadro psicopatológico e recursos do meio.

Da parte do portador de transtorno mental é necessário que aceite ser cuidado, o que nem sempre é fácil, pois, no geral, nenhuma pessoa gosta de ser dependente da outra. O próprio processo de prover cuidado a uma pessoa acometida por transtorno mental é permeado por ampla gama de restrições, sobretudo físicas, que interfere diretamente na liberdade do enfermo. Este também é um sujeito na interação e, como tal, resiste e tenta manipular e limitar as ações de seu cuidador.

O *ida*, da palavra cuidado, transporta para o próprio movimento envolvido no processo de cuidar, pois do cuidador é exigido sair de si mesmo

para ir ao encontro do outro. Não existe máquina para cuidar de seres humanos. É um ser humano que cuida do outro. Assim, a subjetividade do cuidador está implicada inteiramente no processo de cuidar: na atividade de acolher, no buscar compreender, encaminhar, controlar...

A principal “ferramenta” de trabalho é a própria pessoa do cuidador. Neste sentido, a forma como o cuidador maneja seus sentimentos, suas habilidades, suas atitudes e seus conhecimentos interfere no relacionamento com o portador de transtorno mental. E, como não há provimento de cuidado sem relacionamento, o cuidador tem que ter habilidade no manejo com as relações interpessoais para exercitar inclusive a continência com o próprio enfermo. Ou seja, saber lidar com as angústias, as fantasias, as necessidades e os desconfortos próprios do cuidado diário.

A palavra cuidado carrega em si mesma, ainda, um duplo significado.

Cuidado, no sentido de alerta, risco, o sinal vermelho do semáforo. Perigo de, na relação com o outro, no movimento de sair de si mesmo, ir ao encontro do outro, perder-se. Ficar confuso no que diz respeito à própria sanidade mental, ou mais especificamente aos parâmetros instituídos de normalidade.

Um outro viés desloca a palavra cuidado para a maternagem, para o aconchego do colo, da relação amorosa/afetiva, do acolhimento que, no geral, só um ser humano pode dispensar ao outro.

Como visto, a relação entre cuidadores e portadores de transtorno mental implica uma série de aspectos que sintetizam demandas postas para todos no plano interativo, em especial para os trabalhadores em saúde e cuidadores domésticos, que manejam diretamente o enfermo.

2 - PRINCIPAL RISCO CONTIDO NO PROVIMENTO DE CUIDADO

As pessoas envolvidas direta e intensamente com a prestação de cuidado ao portador de transtorno mental estão expostas ao *burnout* ou síndrome da desistência, conforme a define Codo (1999). Tal síndrome atinge sobremaneira os trabalhadores encarregados de prover cuidados, em particular os trabalhadores da educação, saúde e segurança, como mostram Codo e Vasques-Menezes (1999). Isto é, afeta os profissionais cujo objeto de trabalho exige contato pessoal direto e intenso com outras pessoas. Em tais contextos é freqüente o risco de vários sentimentos e atitudes negativas em relação ao trabalho, tais como, a frustração, o estresse, a reação de impotência e a sensação de que poderia ter feito algo mais.

A própria relação de trabalho leva o profissional a se auto-avaliar permanentemente e a exigir mais de si mesmo na interação com as outras pessoas que dependem do seu ofício.

A síndrome da desistência manifesta-se através da perda de energia, do desgaste subjetivo do trabalhador no seu relacionamento com o objeto de trabalho.

Três aspectos indicam a possibilidade de instalação da síndrome da desistência, conforme reportado por Codo e Vasques Menezes (1999):

- a) exaustão emocional – sentimento de perda de energia e indisponibilidade para responder às demandas afetivas no dia-a-dia de trabalho;
- b) despersonalização da atenção – expressa no atendimento massificado e na “coisificação” do relacionamento;
- c) falta de compromisso com o trabalho.

É interessante que todos estes aspectos estão arrolados nas pautas reivindicativas dos movimentos sociais na área da saúde, na sua luta pela humanização dos serviços.

Nesta perspectiva, os serviços de saúde mental têm que investir mais em seus recursos humanos. Para além da capacitação técnica, têm que voltar-se para a dimensão

humana dos provedores de cuidado, criando estratégias para seu cuidado e asseguramento de sua saúde mental.

3. ESTRATÉGIAS PARA CUIDAR DOS CUIDADORES

A principal estratégia para cuidar dos cuidadores é atuar preventivamente em relação à síndrome da desistência.

Neste sentido, é fundamental a constituição e multiplicação de espaços em que os cuidadores passem pela experiência de serem cuidados (Nogueira Martins, 2001), no próprio horário de trabalho.

Vários mecanismos podem ser acionados e construídos em conjunto com os próprios cuidadores, sendo os mais usualmente empregados nas experiências no interior do processo de reforma psiquiátrica:

- grupos de apoio para cuidadores – que propiciem festas, lazer, jogos e a consolidação de um sistema de reconhecimento para elevar o moral dos envolvidos;
- reuniões de equipe ou supervisão – com momentos específicos para desabafar. Neste contexto de apoio para ocasiões difíceis, a exemplo de casos que implicam intensas pressões emocionais (tentativas de suicídio, recaídas no consumo de drogas, falta de empatia no relacionamento), cabe principalmente a partilha de sucessos, de construção de estratégias cotidianas que amenizem o sofrimento do próprio cuidador.

Mas cabe, também, ao próprio cuidador identificar seus próprios limites e aprender a cuidar de si mesmo, destinando um tempo na semana para se dedicar a uma atividade prazerosa que permita recarregar a energia, como recomenda Gwyther (1985). Parece simples, mas não é. Frequentemente os cuidadores, principalmente quando é um familiar/consangüíneo do enfermo, se sente culpado quando reserva para si um momento de lazer.

BIBLIOGRAFIA

CODO, Wanderley (Org.). **Educação: carinho e trabalho – Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação.** Petrópolis: Vozes, Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação/Universidade de Brasília: Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999.

GWYTHHER, L. P. **Cuidados com portadores da doença de Alzheimer: um manual para cuidadores e casas especializadas.** São Paulo: Associação Toca das Hortênsias, 1985.

LOUGON, Maurício. 1998. Tese de Doutorado - Instituto de Psiquiatria, UFRJ, Rio de Janeiro **Biomedicina e ativismo no atendimento em saúde mental.**

MELLO, José Hélio de. **Esquizofrenia: sobrecarga do cuidador.** 1996. Tese de Doutorado - Instituto de Psiquiatria, UFRJ - Rio de Janeiro

MELMAN, Jonas. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental.** 1998. Dissertação de Mestrado. Departamento de Medicina, USP - São Paulo.

NOGUEIRA MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não.** Belo Horizonte: Segrac, 1992.

Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral (UIPHG) em Sobral – CE

Alexandre Pereira³⁷, Sergio Rodrigues Duarte³⁸, Patricia Viana³⁹, Berla Moraes⁴⁰

Justificativa

Com o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes, as internações psiquiátricas foram transferidas para uma enfermaria no Hospital Geral. A criação de uma UIPHG teve como objetivo garantir uma retaguarda diferenciada aos portadores de transtornos mentais, especialmente àqueles provenientes de outros municípios, que não contam ainda com dispositivos organizados de atenção. É importante lembrar que antes de seu descredenciamento, a Casa de Repouso Guararapes era, praticamente, a única referência de tratamento psiquiátrico para esta região do estado, tratamento este centrado na internação psiquiátrica, por completa ausência de alternativas não asilares na abordagem dos transtornos mentais.

Descrição do serviço

A nossa UIPHG está instalada em um Hospital Geral de administração privada, conveniado ao SUS, que conta com pronto-atendimento clínico 24 horas. O Hospital conta com serviço de clínica médica, pediatria, obstetrícia, cirurgia geral e endoscopia.

A enfermaria de psiquiatria é mista, portanto atende ambos os sexos e conta com 15 leitos. Atualmente possui o seguinte quadro técnico: 01 psiquiatra, 01 enfermeiro, 01 terapeuta ocupacional, 01 psicóloga, 08 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar de serviços gerais e 01 porteiro (responsável pelo fluxo de entrada e saída de pessoas na unidade, já que ela permanece aberta durante todo o dia).

Além do atendimento em regime de internação dos pacientes encaminhados pelo CAPS de Sobral e pelo Ambulatório Regionalizado de Psiquiatria no CEM (dispositivo onde são atendidos os pacientes de outros municípios), o Hospital é referência em pronto-atendimento psiquiátrico nos fins de semana, feriados e diariamente após às 18:00 horas, quando os serviços extra-hospitalares não mais funcionam. Nestas circunstâncias, é geralmente o clínico de plantão que presta o primeiro atendimento e decide pela liberação, observação ou internação do caso, até a avaliação do psiquiatra.

Durante o período de internação, os pacientes contam com atendimento clínico sistematizado diário da **psiquiatria**, em regime individual ou grupo, evolução diária e cuidados gerais realizados pela **enfermagem**, além do acompanhamento da **psicologia**, especialmente na preparação da alta dos pacientes, quando o contato com os familiares e municípios de origem é intensificado. A **terapia ocupacional** oferece atividades ludoterápicas como jogos (dama, dominó, baralho); atividades de auto-expressão (desenhos, pintura, colagem); atividade física (caminhada); atividade socioterápica (visitas a praças, museus, clubes, além de comemoração de datas significativas) e dinâmicas de relaxamento.

Sempre que possível é estimulada a presença de um acompanhante durante a internação do usuário, no sentido de se evitar o rompimento dos laços socio-familiares. Atualmente estes acompanhantes são atendidos e orientados pela psicologia e a enfermagem, que desenvolvem um trabalho de educação em saúde mental. Em reuniões de grupo, procura-se orientar a família quanto a nova política de atenção à saúde mental: são apresentadas as normas da enfermaria; orienta-se quanto a identificação e manejo precoce das crises; manejo de psicofármacos no domicílio; ocorre a preparação para a alta; além da mediação de problemas de relacionamento entre acompanhante, paciente e equipe, durante

³⁷ Psiquiatra, coordenador da Rede de Saúde Mental de Sobral

³⁸ Enfermeiro da UIPHG

³⁹ Psicóloga da UIPHG

⁴⁰ Terapeuta Ocupacional da UIPHG

a internação. Após a alta, o usuário é referenciado a um serviço extra-hospitalar mais indicado para seu caso.

Capacitação da equipe hospitalar

Reuniões com o corpo clínico do Hospital já ocorreram com o intuito de capacitar o pessoal que não tem experiência no manejo deste perfil de clientela. Estão sendo desenvolvidos protocolos para a atenção de urgência psiquiátrica no hospital, além de esclarecer o sistema de referência e contra-referência em vigor. Mais recentemente foi implantado, durante o horário comercial, o acolhimento realizado pela psicologia, que busca melhor avaliar a demanda de saúde mental do pronto atendimento hospitalar.

Uma experiência digna de nota foi a da organização da Primeira Oficina de Saúde Mental no Hospital Geral, conduzida por uma enfermeira e uma psicóloga do CAPS, tendo como público-alvo os funcionários de **nível médio** (auxiliares de enfermagem e pessoal da recepção) e **nível elementar** (pessoal de manutenção, copa, cozinha e limpeza). A Oficina foi organizada em três módulos de duas horas cada com o objetivo de sistematizar o processo de reflexão e cuidados em saúde mental dentro de um hospital geral, que nunca teve como rotina o atendimento a este perfil de usuário. A avaliação final do curso foi muito positiva, tanto por parte dos organizadores como por parte dos participantes (quase todos os funcionários do hospital). Nesta oportunidade observou-se a desconstrução de barreiras de relacionamento entre os funcionários e o início da construção de uma postura mais flexível no que diz respeito ao acolher e tratar “o diferente”.

Avaliação preliminar das internações

Uma avaliação das internações que compreendem os meses de julho a dezembro de 2000, demonstra que houve 204 internações neste período (cerca de 34 por mês), sendo (105) 51,5% de usuários sobralenses e (99) 48,5% de outros municípios. Há quase exclusividade na internação de pacientes psicóticos em crise, com predomínio do sexo masculino, sendo a média de permanência na unidade de 11 dias.

Nossa enfermaria, segundo classificação citada por Botega & Dalgarrondo (1997), pode ser caracterizada como “pivô”, já que atende a todo tipo de paciente, incluindo crônicos em reagudização, pacientes agressivos, e drogaditos. O Hospital é responsável pelas internações de um determinado território e estabelece íntima conexão com os dispositivos extra-hospitalares.

Há algumas situações que têm dificultado a redução da média de dias de internação, especialmente quando se trata de pacientes provenientes de outras localidades. A precariedade socioeconômica da grande maioria dos pacientes e familiares, aliada ao descaso de alguns municípios, talvez acostumados com a antiga lógica de exclusão social, dificulta muito o acolhimento e alta dos pacientes.

O acolhimento é prejudicado porque nem sempre o paciente chega ao hospital com um acompanhante ou familiar que possa prestar esclarecimentos sobre o caso. Não é raro termos que colher dados de policiais e motoristas de ambulância.

Por fim, mesmo com a definição da alta, alguns pacientes permanecem no hospital desnecessariamente por alguns dias, aguardando transporte de seus municípios.

No sentido de equacionar estas dificuldades, temos solicitado o apoio da Delegacia Regional Estadual da Saúde-DERES, sediada em Sobral. Aguardamos novos contatos com os gestores de saúde dos municípios referenciados a Sobral para uma resolução definitiva destes problemas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico**. 2.ed São Paulo: Editora Hucitec,1997.

CEARÁ. Lei n. 12.151 – 29 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. **Legislação em Saúde Mental**, Brasília, Série Legislação em Saúde, n. 4, p. 18-20,dez. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. **Legislação em Saúde Mental**, Brasília, Série Legislação em Saúde, n. 4, p. 55-63,dez. 2000.

Rua Viriato de Medeiros, 1.250, Centro, Sobral – CE

Fone: (88) 677.1200

E-mail: apereira@sobralnet.com.br

“DESINSTITUCIONALIZAR” TAMBÉM É UMA QUESTÃO DE GERENCIAMENTO

ou

Quanto se pode contar com a Psicologia do Trabalho na Saúde Mental

Verônica Sanduvette

Doutoranda do Instituto de Psicologia USP*

Consideremos um hospital psiquiátrico público, com 800 pacientes e 800 funcionários, em julho de 1999.

Entre os pacientes, todos homens, com idades predominantes entre 50 e 60 anos, e tempo médio de internação em torno de 30 anos, sem perspectivas de alta hospitalar, submetidos ao modelo asilar psiquiátrico tradicional, a maioria andando descalços, e tendo em geral péssimas condições de qualidade de vida, com vestuário e alimentação precários. Entre os funcionários, 60 técnicos de nível universitário, entre médicos (13), enfermeiros (17), dentistas(2) , psicólogos (16), assistentes sociais (11), Terapeuta Ocupacional (1), muitos recém formados, todos submetidos a uma estrutura organizacional departamentalizada, com “encargaturas” respondendo pelas funções específicas: uma enfermeira coordenando o trabalho de enfermagem, uma psicóloga o trabalho da psicologia, e assim também nas outras áreas técnicas. Os funcionários de nível médio, em sua maioria, há muitos anos “imersos” na cultura manicomial na qual se desenvolveram como trabalhadores de saúde mental.

O que, neste cenário sumariamente descrito, pode fazer uma psicóloga, contratada para prestar um serviço por ela mesma denominado de “(Re)Construção Coletiva de Rotinas de Interação Social como Instrumento para definição de Competências”? E o que se pode esperar desse projeto, quando o desejo do contratante, a Secretaria de Estado da Saúde (SES), Coordenadoria de Saúde do Interior (CSI), SP, era “mudar ou mudar”, no prazo o mais breve possível, de no máximo um ano, o último hospital psiquiátrico público do interior do Estado de São Paulo que ainda podia ser chamado de “manicômio”?

Este foi o desafio encontrado no Centro de Reabilitação de Casa Branca, (CRCB) no Município de Casa Branca, no Estado de São Paulo. O objetivo era avaliar o serviço e transformar os programas de assistência à Saúde Mental. No projeto proposto à CSI, tinha-se a disposição para mudar o modo de gestão, de burocrático departamentalizado para

participativo (Morgan, 1996; Chanlat, 1999; Enriquez, 1997); a organização do trabalho, de tarefas para projetos, viabilizando efetivamente a formação de equipes interdisciplinares (quicá transdisciplinares), e a criação de indicadores de qualidade, de modo a usá-los para modificar a incidência de seqüelas institucionais, promovendo a saúde coletiva e a reabilitação psicossocial dos pacientes de longa permanência, denominados “pacientes moradores”. O desafio era desinstitucionalizar, como preconizam as políticas públicas, ministeriais e estaduais (Declaração de Caracas (1990), Portaria MS 224 (1992), artigo 33, secção II- da Saúde mental, Lei Complementar 791 do Código de Saúde do Estado de São Paulo (1995), Declaração de São Pedro/SP (1998), Portaria MS 106 (2000) e a Lei Federal 10 216 de 06 de abril de 2001. Devolver a condição de cidadãos dignos aos pacientes moradores, e na medida do possível desospitalizá-los. Mas devolver a dignidade também aos profissionais, de forma a poderem exercer seu papel de trabalhadores da Saúde Mental de acordo com preceitos éticos de humanização do atendimento.

BREVE HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO

Para contextualizar a intervenção realizada, convém dizer que o CRCB foi instalado, em 1970, no antigo “Cocoes”, que foi criado em 1934 para abrigar hansenianos. De acordo com os recursos médicos existentes na época, era necessário segregar os doentes para impedir a expansão do contágio. Então, como ainda acontece hoje com certas bactérias e vírus, todos os estratos sociais poderiam estar representados na coletividade contaminada.

Segregados, os hansenianos tiveram, no espaço construído, reproduzido o modelo de convivência urbana dos anos trinta e quarenta passados, numa CIDADE FECHADA. Separada por muros e parlatórios, a cidade tinha igrejas (católica, protestante, espírita), salão de baile, cassino, centro comercial, oficinas, gráfica, espaço de produção agropecuária, bem como enfermarias para tratar os casos mais agravados. Em decorrência, esta coletividade acabou transformando-se numa comunidade: tinha prefeito, delegado, padre da paróquia, entre outros, reproduzindo igualmente o modelo político de estratificação social. Era auto suficiente, e numa época de poucos automóveis, respeitava a dimensão humana: era e ainda é possível transitar à pé, sem que o tempo, esta dimensão esquecida (Hall, 1951), necessário para ir de um lugar ao outro, impedisse, e impeça, a plena convivência social. Neste cenário, espera-se que as identidades das pessoas fiquem coladas ao lugar que se ocupa na organização social, dada a visibilidade permanente desses “lugares”. O “pároco”, a “professora”, o “delegado”, o “faxineiro”, a “costureira”, são identidades que precedem a subjetividade que pode manifestar-se nas relações humanas.

Em 1970, os avanços da farmacologia tornaram desnecessária a segregação da hanseníase, e igualmente da tuberculose. Os equipamentos públicos destinados ao tratamento destas doenças, a exemplo do CRCB, eram conjuntos de grandes áreas construídas em milhares de metros quadrados, ocupando outro tanto de terreno, em dezenas, às vezes centenas de hectares. Ficaram disponíveis. Que destino poderiam ter? Já se sabe qual foi: o de continuar segregando a loucura. Sem dispor de farmacologia adequada, mantendo o modelo asilar de psiquiatria, e dispondo de um grande *lobby* político para a privatização da assistência à saúde, os anos setenta viram a multiplicação dos hospitais psiquiátricos.

No “Cocoes”, transformado em 1970 em hospital psiquiátrico, o atual CRCB, a clientela veio principalmente do Juquery, que na época, passou pelo escândalo de “hospitalizar” 13 000 pacientes oficialmente, embora diga-se que oficiosamente esse número chegasse a 17 000. Segundo o depoimento de Flora Carnelossi, a única enfermeira à frente de uma equipe de 15 pessoas sem formação em assistência psiquiátrica, a partir de fevereiro de 1970 os pacientes chegavam às dezenas, e no final do ano, já somavam 1350 pessoas. (Jornal Alô, Alô, outubro de 2000, publicação do Projeto de Revitalização da Gráfica do CRCB).

Com a paulatina agregação de profissionais, sempre escassos, o CRCB passou, no entanto, por uma pioneira experiência de reabilitação psicossocial baseada em proposta de psicologia comportamental, através de um sistema de economia de fichas (Ayllon e Azrin, 1968). A Psicóloga Maria José Astolfi Carvalho, contratada em 1970, fez com que muitos pacientes pudessem ter resgatadas algumas das suas potencialidades e habilidades, e alguns deles trabalharam inclusive na prefeitura do município, em parques e jardins, como mão de obra braçal, por muitos anos. Esses pacientes foram inclusive transferidos para as casas existentes no CRCB, nos anos oitenta. (Jornal Alô, Alô, op.cit). Apesar disso, não receberam alta, e este trabalho não encontrou, evidentemente, condições para avançar na direção da desinstitucionalização destes pacientes.

A SITUAÇÃO ENCONTRADA

Ao iniciar-se o projeto aqui descrito, a situação encontrada era lamentável. Em torno de 50 pacientes moravam em casas, mas estas estavam em condições precárias: muitas sem chuveiros ou torneiras, apenas mobiliadas com uma mesa e quatro bancos, e duas camas em cada um dos dois quartos, tudo em alvenaria (indicando a descrença na autonomia do paciente em administrar um mobiliário menos permanente). Sem assistência das equipes ou recursos para administrar essas moradias, estes pacientes encontravam-se deixados à própria sorte. Nessa condição, alguns haviam se organizado numa economia informal e paralela, vendendo serviços, tais como café e cigarros para os outros pacientes, e “mascateando” objetos, inclusive para alguns funcionários.

Os outros, permaneciam nos pavilhões, basicamente de dois tipos. No primeiro tipo, em torno de 90 pessoas habitavam 3 pavilhões diferenciados que possuíam quartos, com quatro camas cada um, mas igualmente em precárias condições de habitação. No segundo tipo de pavilhões, enfermarias com uma média de 30 camas em cada uma. Na maioria dessas enfermarias, condições de higiene inaceitáveis. Rouparias comuns, sem identificação do vestuário individual. Vários refeitórios, com os pacientes comendo em bandejas nas mesas de alvenaria os alimentos transportados da cozinha central.

De uma maneira geral, os pacientes andavam sujos, descalços, “catavam” o lixo depositado em latas nas ruas, e, aglomerados na porta de uma cantina existente, os que recebiam benefícios tentavam comprar, permanecendo em filas, os alimentos que eram vendidos, “salgados” que alguns funcionários traziam para vender. Os que não tinham dinheiro, aglomeravam-se em torno dos visitantes para pedir “um real”, com o que poderiam comprar o que a cantina oferecia. Não freqüentavam atividades organizadas, embora uma das heranças da experiência anterior de reabilitação tenha sido uma oficina de produção de cabides, na qual muito poucos iam, sem que recebessem pelo trabalho executado qualquer tipo de remuneração, além de café e cigarros.

A RECONSTRUÇÃO COLETIVA DAS ROTINAS DE INTERAÇÃO SOCIAL COMO INSTRUMENTO PARA DEFINIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O projeto da autora inclui as seguintes etapas, que foram desenvolvidas como a seguir.

1. “Mapeou-se” as concepções de todos os envolvidos no serviço, inclusive de uma amostra de “usuários”, os pacientes moradores. Através de um protocolo especialmente desenvolvido, pediu-se que 377 pessoas registrassem por escrito e individualmente, todas as atividades cotidianas dos pacientes, tal como eram “lembradas” pelos entrevistados.

2. Analisando-se os dados das entrevistas, computou-se as atividades “lembradas”, construindo-se uma “fotografia” da representação coletiva do serviço, que consistiu na relação das supostas atividades dos pacientes no dia a dia da instituição. Foram identificadas 76 atividades, bem como a sua incidência na “memória” dos entrevistados.

3. Revelada, a “foto” permitiu à coletividade “refletir-se” e refletir. A atividade mais lembrada (por 82% dos entrevistados) foi “recreação”, o que ratifica a suposição de Sarraceno (1999), de que os serviços psiquiátricos muito freqüentemente disponham-se ao “entretenimento” os pacientes.

4. Com a “foto”, criou-se um instrumento para “testar” a realidade. Esse instrumento, particular e único, permitiu aos membros do programa avaliarem se as atividades “lembradas”, que estavam no seu imaginário, ocorriam de fato, para quantos e quais beneficiários. Foram identificadas 76 atividades, agrupadas de acordo com 10 situações de acordo com as as necessidades e as possibilidades que o conjunto pudesse conferir como projeto de reabilitação psicossocial: possibilidades de inserção familiar, de inserção sócio econômica, indicadores de autonomia pessoal do paciente, de atenção medicamentosa, de atenção especializada, de adesão a projetos específicos, de “seqüelas institucionais” de individualidade, de sociabilidade e de “problemática psíquica”.

O “teste de realidade”, propicia, no caso de um programa de assistência à saúde, como este, dois produtos:

a **avaliação individual de todos os pacientes**, o que lhes confere uma posição no serviço, um diagnóstico (de reabilitação psicossocial) e indica as possibilidades de desenvolvimento de um projeto terapêutico individual (PTI), dentro das práticas que precisam ser consentidas e implementadas agora pelas equipes. A partir de então, são necessidades do paciente inserido no serviço que demandam a ação dos profissionais. Isso significa reformular ações anteriormente compartimentadas em tarefas profissionais isoladas e igualmente institucionalizadas.

O levantamento de **indicadores de qualidade do programa**, estes também únicos, representativos desta coletividade particular, que passam a nortear mudanças nas ações, de acordo com decisões coletivas para definir prioridades de atenção. As mudanças implementadas podem ser, elas também, passíveis de aferição com o mesmo instrumento, enquanto transcorre a reconstrução das rotinas em direção às políticas de atenção à Saúde Mental.

5. De posse da avaliação individual de todos os usuários, foi possível agrupá-los de acordo com suas necessidades (foram traçados os “perfis” dos “pacientes moradores”), e reelaborar propostas de trabalho e planos de ação específicos, redefinindo **unidades de assistência e gerenciamento**, as quais passaram a ser gerenciadas de forma matricial dentro da estrutura organizacional.

A formação acadêmica na área de Saúde mental não tem privilegiado os procedimentos técnicos de manejo para a saúde coletiva, ainda predominando modelos clínicos centrados no indivíduo. Modificando-se a organização do trabalho, em torno do eixo da atenção para todos os usuários e para cada um, induziu-se os profissionais a buscar formação no e para o exercício do trabalho.

AS MUDANÇAS NA VIDA DOS PACIENTES MORADORES

O impacto do projeto foi inicialmente sobre a “pobreza instituída”. Ao construir-se a representação que a coletividade possuía acerca das rotinas de interação, o teste de realidade de aspectos relacionados ao “cuidar” dos usuários (melhor dizendo “não cuidar”) tais como “andar descalço”, “ficar nu”, “juntar lixo”, “pedir coisas”, revelou-se dramático. Quando as equipes se deram conta de que aproximadamente 70% dos pacientes ficavam descalços, 10% juntavam lixo, 80% permaneciam nos corredores sem fazer nada, mais de 40% haviam se tornado “pedintes”, sentiram-se compelidas, em vista dos dados, a mudar tais condições, bem como a desenvolver *know how*, o “saber fazer” e as competências necessárias para resgatar os pacientes moradores de tal “pobreza”. Desenvolvidos os procedimentos específicos para lidar com estas questões, puderam avançar na direção de

mudança desses índices e de mentalidade, identificando “seqüelas institucionais”, onde alguns acreditavam existirem questões culturais ou manifestações psicopatológicas.

O impacto do projeto sobre a questão da cidadania foi o de promover (criando condições para que os pacientes fossem “vistos” de outro modo, e para que se reconstruísse as rotinas cotidianas) as possibilidades de resgate de sua dignidade e auto-estima (estendendo-se essa reconquista inclusive aos funcionários) condição para que eles próprios se autorizassem a (re)inclusão na própria organização, na comunidade e na sociedade. Modificado o modo de gestão e a estrutura organizacional, resgatou-se possíveis identidades dos pacientes, perdidas em longos anos de equivocado modelo asilar de intervenção psiquiátrica. Cresceram progressivamente as manifestações de singularidade e a inclusão em projetos específicos como o de Revitalização da Gráfica do CRCB, com a produção de cadernos, agenda e jornal feitos pelos moradores em oficinas gráficas, artísticas e literárias, bem como as altas hospitalares.

O impacto na saúde coletiva resultou na redução dos índices de pacientes que andavam descalços, de 70% para menos de 5%. O número de óbitos caiu 72% no inverno de 2000, quando comparado ao mesmo período de 1999, decorrência de mudanças nas rotinas do serviço de nutrição e dietética. Moradores que recebem benefícios da LOAS aumentaram em 70% (de 190 para 300 pacientes), e os que moravam em “lares abrigados” passaram a fazê-lo em casas habitáveis e assistidas aumentando em 100% (de 50 para 117 no final de 2000) muitas em condições de se transformar em residências terapêuticas de acordo com a Portaria MS 106(2000).

Quarta Parte:

Documentos Relevantes

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

17 de Dezembro de 1991

PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL E PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL ¹

A ASSEMBLÉIA GERAL

Ciente dos dispositivos da Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/ da Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84/ da Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84/ e de outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos das Pessoas Incapacitadas, 98/ e do Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento, 99/,

Recordando sua Resolução 35/53 de 14/dezembro/1978, na qual se requeria à Comissão dos Direitos Humanos que a Sub-Comissão de Prevenção da Discriminação e de Proteção de Minorias tomasse, como matéria prioritária, um estudo da questão da proteção das pessoas internadas por suas más condições de saúde mental, com vistas a formular diretrizes.

Recordando também sua resolução 45/92 de 14/dezembro/1990, na qual se saudava o progresso feito pelo grupo de trabalho da Comissão de Direitos Humanos ao elaborar um projeto de corpo de princípios para a proteção de pessoas com problemas mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental com base em um projeto apresentado à Comissão pela Sub-Comissão de Prevenção da Discriminação e de Proteção de Minorias.

Anotando a Resolução 1991/46 de 5/março/1991, 69/da Comissão de Direitos Humanos, na qual se endossava o projeto de corpo de princípios a ela submetido pelo grupo de trabalho e decidia-se encaminhá-lo, bem como ao relatório do grupo de trabalho, à Assembléia Geral, por intermédio do Conselho Econômico e Social.

¹ Esta versão da Carta da ONU foi a primeira a ser publicada no Brasil, em 1992, como anexo do livro **Do Hospício à Comunidade : mudança sim, negligência não**, de autoria de Eduardo Mourão Vasconcelos (Belo Horizonte, SEGRAC)

Anotando também a Resolução 1991/29 de 31/maio/1991, do Conselho Econômico e Social, na qual se decidia submeter o projeto de corpo de princípios e o relatório do grupo de trabalho à Assembléia Geral.

Assumindo as recomendações da Comissão de Direitos Humanos em sua Resolução 1991/46 e do Conselho Econômico e Social em sua Resolução 1991/29 que, em caso de aprovação do projeto de corpo de princípios pela Assembléia Geral, o texto completo deverá ser divulgado do modo mais amplo possível e que a introdução deveria ser publicada ao mesmo tempo como um documento complementar, para benefício das administrações estatais e do público em geral.

Assumindo ainda a nota da Secretaria Geral, 100/ que em seu anexo contém o projeto de corpo de princípios e a introdução ao mesmo,

1. Adota os Princípios para a Proteção de Pessoas com Problemas Mentais e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, cujo texto está anexo à presente resolução;
2. Requisita à Secretaria Geral que inclua o texto do corpo de Princípios, juntamente com a introdução, na próxima edição de "Direitos Humanos/ - Uma Compilação de Instrumentos Internacionais";
3. Requisita à Secretaria Geral que dê a maior divulgação possível ao corpo de Princípios e garanta que a introdução seja publicada ao mesmo tempo como documento complementar, para benefício das administrações estatais e do público em geral.

PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DE PESSOAS COM PROBLEMAS MENTAIS E PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

APLICAÇÃO

Estes Princípios serão aplicados sem discriminação de qualquer tipo, tais como as baseadas em distinção de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, *status* legal ou social, idade, propriedade ou nascimento.

DEFINIÇÕES

Nestes princípios:

“Advogado” significa um representante legal ou outro representante qualificado;

“Autoridade independente” significa uma autoridade competente e independente prescrita pela legislação nacional;

“Assistência à Saúde Mental” inclui análise e diagnóstico do estado psíquico de uma pessoa e tratamento, cuidado e reabilitação para problemas mentais ou suspeita de problema mental;

“Estabelecimento de Saúde Mental” significa qualquer estabelecimento, ou qualquer unidade de um estabelecimento que, como função principal, ofereça assistência à saúde mental;

“Profissional de Saúde Mental” significa um médico, psicólogo clínico, enfermeiro, assistente social ou outra pessoa adequadamente treinada e qualificada, com habilidades específicas relevantes para a assistência à saúde mental;

“Usuário” significa uma pessoa recebendo assistência à saúde mental, e inclui todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental;

“Representante pessoal” significa uma pessoa legalmente incumbida do dever de representar os interesses de um usuário em qualquer matéria especificada, ou de exercer direitos específicos em nome do usuário, incluindo os pais ou o guardião legal de um menor, a menos que seja estabelecido de outro modo pela legislação nacional;

“Corpo de revisão” significa o órgão estabelecido de acordo com o Princípio/17 para rever a admissão involuntária ou a retenção de um usuário em um estabelecimento de saúde mental.

CLÁUSULA GERAL DE LIMITAÇÃO

O exercício dos direitos expressos nestes Princípios poderá apenas estar sujeito às limitações prescritas por lei, e necessárias à proteção da saúde ou segurança da pessoa interessada ou de outras, ou ainda para proteger a segurança pública, a ordem, a saúde, a moral ou os direitos e liberdade fundamentais de outros.

PRINCÍPIO 1

LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS

1. Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados sociais e de saúde.
2. Todas as pessoas com problemas mentais, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.
3. Todas as pessoas com problemas mentais, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual, ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e contra tratamento degradante.

4. Não haverá discriminação sob alegação de transtorno mental. “Discriminação” significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas mentais não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa com problemas mentais ou de outros indivíduos.
5. Toda pessoa com problemas mentais terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/ pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84/ e ou outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada, 98/ e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento, 99/.
6. Qualquer decisão em que, em razão de problema mental, a pessoa perca sua capacidade legal, e qualquer decisão em que, em consequência de tal incapacidade, um representante pessoal tenha que ser designado, somente poderão ser tomadas após uma audiência legítima a cargo de um tribunal independente e imparcial estabelecido pela legislação nacional. A pessoa cuja capacidade esteja em pauta terá o direito de ser representada por um advogado. Se esta pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, não puder garantir por meios próprios seu representante legal, tal representação deverá estar disponível, sem pagamento, enquanto ela não puder dispor de meios para pagá-la. O advogado não deverá, no mesmo processo, representar um estabelecimento de saúde mental ou seus funcionários, e não deverá também representar um membro da família da pessoa cuja capacidade esteja em pauta, a menos que o tribunal esteja seguro de que não há conflito de interesses. As decisões com respeito à capacidade civil e à necessidade de um representante pessoal deverão ser revistas a intervalos razoáveis, previstos pela legislação nacional. A pessoa cuja capacidade estiver em pauta, seu representante pessoal, se houver, e qualquer outra pessoa interessada terá o direito de apelar a um tribunal superior contra essas decisões.
7. Nos casos em que uma corte ou outro tribunal competente julgar que uma pessoa com problemas mentais esteja incapacitada para gerir seus próprios assuntos, deve-se tomar medidas no sentido de garantir a proteção dos interesses da pessoa, adequadas às suas condições e necessidades.

PRINCÍPIO 2

PROTEÇÃO DE MENORES

Deve-se tomar cuidados especiais, dentro dos propósitos destes Princípios e dentro do contexto das leis nacionais, de proteção aos menores, que venham garantir seus direitos, incluindo, se necessário, a designação de outro representante pessoal que não seja um familiar.

PRINCÍPIO 3

VIDA EM COMUNIDADE

Toda pessoa com problemas mentais deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade.

PRINCÍPIO 4

DETERMINAÇÃO DE

TRANSTORNO MENTAL

1. A determinação de que uma pessoa apresenta transtorno mental deverá ser feita de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente.
2. A determinação de um transtorno mental nunca deverá ser feita com base no *status* econômico, político ou social, ou na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.
3. Nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico de transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não-conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa.
4. Uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação presente ou futura de quadro de transtorno mental.
5. Nenhuma pessoa ou autoridade de qualquer instituição classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de qualquer outro modo que uma pessoa apresenta transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema mental ou suas conseqüências.

PRINCÍPIO 5

EXAME MÉDICO

Nenhuma pessoa será compelida a submeter-se a exame médico com o objetivo de determinar se apresenta ou não transtorno mental, que não esteja de acordo com procedimentos autorizados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 6

CONFIDENCIALIDADE

Deve-se respeitar o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes Princípios à confidencialidade das informações que lhes concernem.

PRINCÍPIO 7

O PAPEL DA COMUNIDADE E DA CULTURA

1. Todo usuário terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive.
2. Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo à sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível.
3. Todo usuário terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural.

PRINCÍPIO 8

PADRÃO DE ASSISTÊNCIA

1. Todo usuário terá o direito de receber cuidados sociais e de saúde apropriados às suas necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas com problemas de saúde.
2. Todo usuário será protegido de danos, inclusive medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.

PRINCÍPIO 9

TRATAMENTO

1. Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.
2. O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com o usuário, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.
3. A assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde mental, inclusive padrões

internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerão abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.

4. O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal.

PRINCÍPIO 10

MEDICAÇÃO

1. A medicação deverá atender da melhor maneira possível as necessidades de saúde do usuário, sendo administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca deverá ser administrada como punição ou para a convivência de outros. Sujeitos às determinações do parágrafo / 15 do Princípio / 11, os profissionais de saúde mental deverão administrar somente as medicações de eficácia comprovada ou demonstrada.
2. Toda medicação deverá ser prescrita por um profissional de saúde mental autorizado pela legislação e ser registrada no prontuário do usuário.

PRINCÍPIO 11

CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO

1. Nenhum tratamento será administrado a um usuário sem seu consentimento informado, exceto nas situações previstas nos parágrafos / 6, 7, 8, 13 e / 15 abaixo.
2. Consentimento informado é o consentimento obtido livremente, sem ameaças ou persuasão indevida, após esclarecimento apropriado com as informações adequadas e inteligíveis, na forma e linguagem compreensíveis ao usuário sobre:
 - (a) A avaliação diagnóstica;
 - (b) O propósito, método, duração estimada e benefício esperado do tratamento proposto;
 - (c) Os modos alternativos de tratamento, inclusive aqueles menos invasivos; e
 - (d) Possíveis dores ou desconforto, riscos e efeitos colaterais do tratamento proposto.
3. O usuário pode requerer a presença de uma pessoa ou pessoas de sua escolha durante o procedimento de obtenção do consentimento.
4. O usuário tem o direito de recusa ou interrupção de um tratamento, exceto nos casos previstos nos parágrafos / 6, 7, 8, 13 e / 15 abaixo. As consequências de recusar ou interromper o tratamento devem ser explicadas ao paciente.
5. O usuário nunca deverá ser convidado ou induzido a abrir mão do direito ao consentimento informado. Se o usuário quiser fazê-lo deverá se explicar a ele que o tratamento não poderá ser administrado sem o consentimento informado.
6. Excetuando-se os casos previstos nos parágrafos / 7, 8, 12, 13, 14 e / 15 abaixo, um plano de tratamento poderá ser administrado a um usuário sem seu consentimento informado, se as seguintes condições forem satisfeitas:
 - (a) O usuário for, no momento relevante, mantido como paciente involuntário;
 - (b) Uma autoridade independente, estando de posse de todas as informações relevantes, inclusive da informação especificada no parágrafo / 2 acima, estiver convencida de que, no momento relevante, o usuário esteja incapacitado para dar ou recusar o consentimento informado ao plano de tratamento proposto ou, se a legislação nacional assim determinar, que, considerando a segurança do próprio usuário ou a segurança de outros, o usuário tenha irracionalmente recusado tal consentimento; e
 - (c) A autoridade independente estiver convencida de que o plano de tratamento proposto atende ao maior interesse das necessidades de saúde do usuário.

7. O parágrafo / 6 acima não se aplicará quando o usuário tiver um representante pessoal designado por lei para dar consentimento ao tratamento pelo usuário, mas, exceto nos casos previstos nos parágrafos / 12, 13, 14 e / 15 abaixo, o tratamento poderá ser administrado a tal usuário sem o seu consentimento informado se o representante pessoal, tendo recebido as informações descritas no parágrafo / 2 acima, assim o consinta, em nome do usuário.
8. Exceto nas situações previstas nos parágrafos 12, 13, 14 e / 15 abaixo, o tratamento também poderá ser administrado a qualquer usuário sem o seu consentimento informado, se um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei determinar que é urgentemente necessário, a fim de se evitar dano imediato ou iminente ao usuário ou a outras pessoas. Tal tratamento não será prolongado além do período estritamente necessário a esse propósito.
9. Nos casos em que algum tratamento foi autorizado sem o consentimento informado do usuário, serão feitos todos os esforços para informá-lo acerca da natureza do tratamento e de todas as alternativas possíveis, buscando envolvê-lo, tanto quanto seja possível, como participante no desenvolvimento do plano de tratamento.
10. Todos os tratamentos serão imediatamente registrados nos prontuários médicos dos usuários, com a indicação de terem sido administrados voluntária ou involuntariamente.
11. Não deverá ser empregado a restrição física ou o isolamento involuntário de um paciente, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e a outros. Mesmo assim, não deverá ser prolongado além do período necessário a este propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e a supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado.
12. A esterilização nunca deverá ser realizada como tratamento para problemas mentais.
13. Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa com problemas mentais quando permitido pela legislação nacional, quando se considerar que atende melhor às necessidades de saúde do usuário e quando receber seu consentimento informado, salvo os casos em que o usuário estiver incapacitado para dar esse consentimento e o procedimento será autorizado somente após o exame independente.
14. A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para problemas mentais jamais serão realizados em paciente que esteja involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental e, á medida em que a legislação nacional permita a sua realização, somente poderão ser realizados em qualquer outro

tipo de usuário quando este tiver dado o consentimento informado e um corpo externo de profissionais estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento informado, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

15. Ensaios clínicos e tratamentos experimentais nunca serão realizados em qualquer usuário sem seu consentimento informado. Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente, especificamente constituído para este fim, poderá ser aplicado um ensaio clínico ou um tratamento experimental a um usuário que esteja capacitado a dar seu consentimento informado.
16. Nos casos especificados nos parágrafos / 6, 7, 8, 13, 14 e / 15 acima, o usuário ou o seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada, terá o direito de apelar a uma autoridade independente, judiciária ou outra, acerca de qualquer tratamento administrado ao usuário.

PRINCÍPIO 12

INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS

1. O usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível após sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com estes Princípios e as leis nacionais, na forma e linguagem que possa compreender, o que deverá incluir uma explicação sobre esses direitos e o modo de exercê-los.
2. Caso o usuário esteja incapacitado para compreender tais informações, e pelo tempo que assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e à pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do usuário e dispostas a fazê-lo.
3. O usuário com a capacidade necessária terá o direito de nomear a pessoa que deverá ser informada em seu nome, bem como a pessoa para representar seus interesses junto às autoridades do estabelecimento.

PRINCÍPIO 13

DIREITOS E CONDIÇÕES DE VIDA

EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1. Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu (sua):
 - (a) Reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei;
 - (b) Privacidade;
 - (c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber,

privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais e telefônicos, e aos jornais, rádio e televisão;

- (d) Liberdade de religião ou crença.
2. O ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idades semelhantes, e deverão incluir, particularmente:
 - (a) Instalações para atividades recreacionais e de lazer;
 - (b) Instalações educacionais;
 - (c) Instalações para aquisição ou recepção de artigos para a vida diária, recreação e comunicação;
 - (d) Instalações e estímulo para sua utilização, para o engajamento do usuário em ocupação ativa adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação vocacional que promovam sua reintegração na comunidade. Estas medidas devem incluir orientação vocacional, treinamento profissional e serviços de encaminhamento a postos de trabalho, para garantir que os usuários consigam e mantenham os vínculos de trabalho na comunidade.
 3. Em nenhuma circunstância o usuário será submetido a trabalhos forçados. O usuário terá o direito de escolher o tipo de trabalho que quiser realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições administrativas da instituição.
 4. O trabalho dos usuários em estabelecimentos de saúde mental não será objeto de exploração. Tais usuários deverão ter o direito de receber, por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não-usuário de acordo com a legislação ou o costume nacional. Tais usuários deverão, em todas as circunstâncias, ter o direito de receber sua participação equitativa em qualquer remuneração que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.

PRINCÍPIO 14

RECURSOS DISPONÍVEIS NOS

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1. Um estabelecimento de saúde mental deverá dispor do mesmo nível de recursos que qualquer outro estabelecimento de saúde, e em particular:
 - (a) Equipe profissional apropriada, de médicos e outros profissionais qualificados em número suficiente, com espaço adequado para oferecer

a cada usuário privacidade e um programa terapêutico apropriado e ativo;

(b) Assistência profissional adequada; e

(c) Tratamento adequado, regular e abrangente, incluindo fornecimento de medicação.

2. Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado pelas autoridades competentes, com frequência suficiente para garantir as condições, o tratamento e o cuidado aos usuários, de acordo com estes Princípios.

PRINCÍPIO 15

PRINCÍPIOS PARA A ADMISSÃO

1. Nos casos em que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço será feito para se evitar uma admissão involuntária.
2. O acesso a um estabelecimento de saúde mental será oferecido da mesma forma que em qualquer outro estabelecimento de saúde frente a outro problema de saúde qualquer.
3. Todo usuário que não tenha sido admitido involuntariamente terá o direito de deixar o estabelecimento a qualquer momento, a menos que se aplique o critério para sua retenção como paciente involuntário, conforme o Princípio/16, devendo-se informar este direito ao usuário.

PRINCÍPIO 16

ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

1. Uma pessoa pode (a)/ ser admitida involuntariamente como usuário em um estabelecimento de saúde mental; ou (b)/ tendo sido admitida voluntariamente como usuário, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o princípio/4, que a pessoa apresenta transtorno mental e considerar:

- (a) Que, devido ao problema mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à pessoa ou a outros;
- (b) Que, no caso de uma pessoa cujo quadro mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva.

No caso referido no subparágrafo /b, um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntárias não se darão, a não ser com a concordância do segundo profissional.

2 A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente a revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. Os motivos da admissão deverão ser comunicados prontamente ao usuário e a admissão e seu motivo também deverão ser comunicados prontamente e em detalhes ao corpo de revisão, ao representante pessoal do usuário, se houver e, a menos que haja objeção do usuário, à sua família.

3 Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designado para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 17

CORPO DE REVISÃO

1. O corpo de revisão deverá ser um corpo independente e imparcial, judicial ou outro, estabelecido pela legislação nacional, e funcionar de acordo com procedimentos prescritos pela mesma. Deverá, ao formular suas decisões, ter a assistência de um ou mais profissionais de saúde mental qualificados e independentes e levar em consideração suas recomendações.

2. O primeiro exame do corpo de revisão, conforme requerido no parágrafo/2 do Princípio/16, a respeito de uma decisão de admitir ou reter uma pessoa como paciente involuntário, deverá ocorrer tão logo quanto possível após aquela decisão, e deverá ser conduzido de acordo com procedimentos simples e rápidos conforme especificado pela legislação nacional.

3. O corpo de revisão deverá rever periodicamente os casos de pacientes involuntários, a intervalos razoáveis, conforme especificado pela legislação nacional.

4. Um paciente involuntário poderá requisitar ao corpo de revisão sua alta, ou a conversão de sua condição ao estado de usuário voluntário, a intervalos razoáveis prescritos pela legislação nacional.

5. Em cada revisão, o corpo de revisão deverá avaliar se os critérios para a admissão involuntária, expressos no parágrafo/1 do Princípio/16, ainda estão satisfeitos, e, se não estiverem, o usuário sairá da condição de paciente involuntário.

6. Se, a qualquer momento, o profissional de saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que as condições para a retenção de uma pessoa como paciente involuntário não são mais aplicáveis, este deverá determinar a alta dessa pessoa da condição de paciente involuntário.

7. Um usuário ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada, terão o direito de apelar a um tribunal superior contra a decisão de admitir ou reter o usuário em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 18

SALVAGUARDA PROCESSUAIS

1. O usuário terá o direito de escolher e nomear um advogado para representá-lo como tal, incluindo a representação em qualquer procedimento de queixa e apelação. Se o usuário não puder garantir tais serviços, colocará-se um advogado à sua disposição, gratuitamente, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.

2. O usuário também terá direito, se necessário, aos serviços de um intérprete. Quando tais serviços forem necessários e o usuário não puder garanti-los, estes deverão estar disponíveis, sem pagamento, enquanto perdurar a carência dos meios de pagamento.

3. O usuário e seu advogado podem requerer e produzir, em qualquer audiência, um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros relatórios e provas orais, escritas e outras evidências que sejam relevantes e admissíveis.

4. Cópias dos registros do usuário e quaisquer relatórios e documentos a serem apresentados deverão ser fornecidos ao usuário e a seu advogado, exceto em casos especiais quando for determinado que a revelação de uma informação específica ao usuário poderá causar dano grave à sua saúde ou pôr em risco a segurança de outros. Conforme prescrição da legislação nacional, qualquer documento não fornecido ao usuário deverá, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecido ao seu representante pessoal e ao seu advogado. Quando qualquer parte de um documento for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para tanto, e o fato será sujeito à revisão judicial.

5. O usuário, seu representante pessoal e o advogado terão o direito de comparecer, de participar e de ser ouvidos em qualquer audiência.

6. Se o usuário ou seu representante pessoal ou advogado solicitarem a presença de uma determinada pessoa em uma audiência, essa pessoa será admitida, a menos que se considere que sua presença poderá causar dano sério à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

7. Qualquer decisão a respeito do caráter público ou privado de uma audiência ou parte dela, e da possibilidade de uso público de seus atos e relatórios, deverá levar em plena consideração o desejo do usuário, a necessidade de respeito à sua privacidade e de outras pessoas, e a necessidade de evitar danos sérios à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

PRINCÍPIO 19

ACESSO À INFORMAÇÃO

1. O usuário (este termo, neste Princípio, inclui um ex-usuário) deverá ter direito de acesso à informação concernente a ele, à sua saúde e aos registros pessoais mantidos por um estabelecimento de saúde mental. Este direito poderá estar sujeito a restrições com o fim de evitar danos sérios à saúde do usuário e colocar em risco a segurança de outros. Conforme a legislação nacional, quaisquer informações não fornecidas ao usuário deverão, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecidas ao representante pessoal e ao advogado do usuário. Quando qualquer informação for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para isso, e tais determinações estarão sujeitas a revisão judicial.
2. Qualquer comentário feito por escrito pelo usuário, seu representante pessoal ou advogado, deverá, se assim for requerido, ser inserido no prontuário do usuário.

PRINCÍPIO 20

DOS INFRATORES DA LEI

1. Este Princípio se aplica a pessoas cumprindo sentenças de prisão por crimes, ou que estejam detidas no curso de investigações ou processos penais contra elas, e às quais tenha sido determinada a presença de transtorno mental, ou a possibilidade de sua existência.
2. Todas estas pessoas devem receber a melhor assistência à saúde mental disponível, como determinado no Princípio/1. Estes Princípios serão aplicados a elas na maior extensão possível, com modificações e exceções limitadas apenas por necessidades circunstanciais. Nenhuma dessas modificações e exceções deverá prejudicar os direitos da pessoa no que diz respeito aos instrumentos mencionados no parágrafo/5 do Princípio/1.
3. A legislação nacional poderá autorizar um tribunal ou outra autoridade competente a determinar, baseando-se em opinião médica competente e independente, que tais pessoas sejam admitidas em um estabelecimento de saúde mental.
4. O tratamento de pessoas nas quais se tenha determinado a presença de transtorno mental deverá, em todas as circunstâncias, ser consciente com o Princípio/11.

PRINCÍPIO 21

QUEIXAS

Todo paciente ou ex-paciente terá o direito de apresentar queixas conforme os procedimentos especificados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 22

MONITORAMENTO E MECANISMOS DE INTERVENÇÃO

Os Estados devem assegurar que mecanismos adequados entrem em vigor para promover a aceitação destes Princípios, a inspeção de estabelecimentos de saúde mental, para a apreciação, investigação e resolução das queixas, e para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados para casos de má conduta profissional ou violação dos direitos de um usuário.

PRINCÍPIO 23

IMPLEMENTAÇÃO

1. Os Estados devem implementar estes Princípios por meios de medidas apropriadas de caráter legislativo, judicial, administrativo, educacional e outras, que deverão ser revistas periodicamente.
2. Os Estados devem tornar estes Princípios amplamente conhecidos, por meios apropriados e dinâmicos.

PRINCÍPIO 24

ALCANCE DOS PRINCÍPIOS RELACIONADOS AOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

Estes Princípios se aplicam a todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 25

PROTEÇÃO DOS DIREITOS EXISTENTES

Não haverá restrição ou diminuição de qualquer direito já existente dos usuários, incluindo direitos reconhecidos em legislação internacional ou nacional aplicável, sob o pretexto de que estes Princípios não os reconhecem ou que os reconhecem parcialmente.

CARTA DE DIREITOS DO USUÁRIO

Apresentamos a carta de direito dos usuários, produto do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da luta Antimanicomial, realizado em Santos, em dezembro de 1993. Consideramos a necessidade de todos estarem discutindo, debatendo este documento de forma que possamos salientar a relevância da luta Antimanicomial e em particular da luta dos usuários e familiares PELA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA.

Utilizamos a expressão “Usuário”, assim como se utiliza a expressão “Técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental.

QUEREMOS SER AUTORES DO NOSSO

PRÓPRIO DESTINO.

DESEJAMOS A VERDADEIRA INTEGRAÇÃO

NA SOCIEDADE.

Entretanto, as pessoas neste Movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas de companheiros, participantes e amigos.

DIREITOS SOCIAIS

A todos os usuários deve ser garantido o direito a uma vida plena em sua realidade psicológica, existencial, social e política.

A assistência à Saúde Mental é um direito de todo cidadão, independentemente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá em hipótese alguma justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania.

Todos os usuários têm direitos à liberdade, dignidade de serem tratados e ouvidos como seres humanos com direitos civis, políticos e sociais garantidos pela Constituição de seu país.

Não deverá haver discriminação e preconceito para com o usuário no mercado de trabalho, em seus direitos trabalhistas e em Instituições Sociais em geral.

Todo usuário tem o direito de expressão; de ser respeitado em seus credos religiosos, manifestações culturais e sexualidade.

Nenhum usuário pode ser submetido à exploração econômica e sexual; ao abuso físico e moral; ou a qualquer comportamento humilhante.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E COMPLEMENTARES

A assistência em Saúde Mental abrange não só a Psiquiatria, mas também, assistência médica, odontológica, social, jurídica, reabilitação, educação e garantia de trabalho protegido ou não.

A atenção em Saúde Mental não deve ser realizada em manicômios (instituição fechada), mas em serviços abertos o menos restrito possível, tais como: Hospital Geral, Centro e Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência, Cooperativas, Grupos de Trabalho, Micro-Empresas, Hospitais-Dia e Noite, Lares e Pensões Abridados, Associações Comunitárias, Grupos de Auto-ajuda, Oficinas Abridadas, etc.

Todo serviço de Saúde Mental deverá ter um representante jurídico de caráter reconhecidamente público e legal capaz de assegurar a escuta e a implementação de Direitos de Cidadania de seus usuários.

Os serviços de Saúde devem permitir e incentivar os usuários a se organizarem em grupos, Conselhos Populares, Associações de Usuários, Familiares, Trabalhadores de Saúde Mental e Comunidade, que objetivem a transformação do preconceito sobre a loucura, na sociedade em geral, nas leis, na organização e na fiscalização dos serviços em geral.

Os serviços de Saúde Mental devem ser o mais próximo possível do local de moradia dos usuários, de forma descentralizada, garantindo-se o direito de escolha do usuário pelos serviços e profissionais de sua preferência.

Todo serviço de Saúde Mental deverá garantir o bem-estar físico, mental e emocional de seus usuários e também as exigências mínimas de higiene, segurança, condições ecológicas e ambientais, conforto, privacidade e alimentação de qualidade com supervisão profissional.

Todo usuário terá direito ao meio de transporte que garanta o acesso gratuito ao serviço de Saúde Mental, como também a sua medicação, sem com isso induzir a discriminação ou preconceito.

As crianças e os adolescentes não poderão ser tratados em serviços que não garantam os direitos reconhecidos pelo Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Os serviços de Saúde Mental devem ser gratuitos e de preferência públicos. Todos os serviços e principalmente os de caráter privado, lucrativo e conveniado, devem estar sob supervisão e fiscalização, em qualquer momento, pelo poder público e entidades de usuários, familiares e profissionais.

CARACTERÍSTICAS DOS TRATAMENTOS EM SAÚDE MENTAL

Todo serviço de triagem em saúde mental deve incluir uma avaliação psiquiátrica, psicológica, médico-clínica e social que garanta uma visão ampla e integrada do usuário e respeite a sua fragilidade e dignidade de ser humano.

Deverão ser proibidas as formas de tortura e violência afirmadas como “terapêuticas”:

- Psicocirurgia (cirurgia feita no cérebro com intenção de modificar o comportamento).
- Insulinoterapia (dose maciça de insulina com efeito semelhante ao choque no cérebro)
- Esterilização involuntária (acabar com a possibilidade de procriação)
- ECT (Terapia por eletrochoque)
- Superdosagem de medicamentos do tipo DEPOT e “Sossega Leão”
- Camisa-de-Força
- Amarrar
- Cella Forte

Qualquer internação psiquiátrica efetuada deverá ser comunicada num prazo de até 48 horas ao Ministério Público e a um Ouvidor não convocado pela própria instituição, mas sim escolhido pelas entidades de usuários.

Todo programa de Saúde Mental deverá promover abordagens e serviços especializados e adequados aos diversos grupos da clientela, tais como alcoolistas, crianças e adolescentes, idosos, autistas, drogaditos, portadores de deficiência e de HIV positivo, etc.

Todo serviço de Saúde Mental deve oferecer orientação, suporte e ou terapêutica para os familiares dos usuários bem como mecanismos de participação nas decisões e fiscalização dos serviços.

DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Todo usuário tem direito à expressão responsável de sua afetividade e sexualidade nos Serviços de Saúde Mental bem como à orientação e educação sexual e acesso a meios de contracepção (métodos para evitar a gravidez).

Todo usuário deve ter garantido o direito de:

- Acesso às informações contidas no Prontuário;
- Aos meios de comunicação, tais como a tv, jornais, rádios e telefone;
- Sigilo e inviolabilidade;
- Privacidade e individualidade;
- Participar das decisões nos Serviços, nos Conselhos Populares, Conferências e Encontros de Saúde;
- A uma representação legal e gratuita em caso de Incapacidade Civil;
- Acesso às informações dos Direitos dos Usuários e Familiares.

Entidades Organizadoras do 3º Encontro de Usuários e Familiares de Saúde Mental

Associações: Cabeça Firme (RJ), Saúde Mental de Santo André (SP), Franco Basaglia (SP), Franco Rotelli (Santos-SP), Maluco Beleza (S. Vicente - SP), CRP/06 (Santos-SP), Instituto Franco Basaglia (RJ), Núcleo Antimanicomial de Campinas e do Guarujá (SP), Esc. Nac. de Saúde Pública (RJ), Sosintra (RJ), S.O.S. Saúde Mental (SP).

Comissão Executiva: Associação Franco Rotelli.

Apoio: Sind. dos Metalúrgicos (Santos – SP), Sind. Urbanitários (Santos – SP), Programa de Saúde Mental -Sehig e Prefeitura Municipal de Santos.