

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRAO PRETO**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

**Políticas de saúde mental no município de Ribeirão Preto – SP.**

Eduardo Miguel Febronio

**Ribeirão Preto, 2008.**

**EDUARDO MIGUEL FEBRONIO**

**Políticas de Saúde Mental no município de Ribeirão  
Preto - SP**

Dissertação apresentada ao  
Departamento de Medicina Social da  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
– FMRP – USP para obtenção do título de  
Mestre.

Área de Concentração: Saúde na  
Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Amaury Lelis Dal  
Fabbro

**Ribeirão Preto**

**2008**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Febronio, Eduardo Miguel

Políticas de Saúde Mental no município de Ribeirão Preto – SP.

117. : il. ; 30cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Dal Fabbro, Amaury Lelis.

1. Políticas 2. Saúde Mental. 3. Modelos de atenção.

# FOLHA DE APROVAÇÃO

EDUARDO MIGUEL FEBRONIO

Políticas de Saúde Mental no município de Ribeirão Preto - SP

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de  
São Paulo para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Comunidade.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

**Prof. Dr.** \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Prof. Dr.** \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Prof. Dr.** \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## D EDICATÓRIA

Aos meus pais pela teimosia em me fazerem crescer e por toda sua dedicação

À minha irmã por todas as nossas brigas

Aos meus amigos queridos pelo companheirismo e por todos os momentos de descontração

Aos meus padrinhos pelo amor incondicional e todo o apoio nos momentos mais difíceis

À minha avó, que sempre soube participar de todos os momentos de nossas vidas, sempre com carinho, sabedoria e firmeza, até mesmo no dia de sua partida

## A GRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro pelo apoio nos últimos três anos

Aos amigos Eduardo Manso, Alanis, Hamilton, Marluce, Thiago Guerra, Adriana, Rochinha, Bob, Ricardo Calzzani, Jean Marc, Thiago e Lucas Abud, Alexandre (Carcaça), Henrique (Baço), Fabrício, Cristiano Chaves

À minha tia Zouraide e meu tio Fábio por me fazerem um dos seus

À minha tia Luiza, desde os Beatles até a grande força que me deu na Secretaria Municipal de Saúde

À Dona Odete pela sua dedicação nos últimos 8 anos

À Profa. Dra. Luciane Loures pela força nos vários momentos deste trabalho

À minha grande amiga Ana Carolina Zanetti pela sua participação na concepção e nos últimos momentos do trabalho, mesmo distante por dois longos anos

À minha grande amiga Carolina Menezes e seus queridos pais pela amizade que atravessa gerações

Aos meus primos Ricardo, Patrícia, Karina, Carlos Eduardo e Ricardo Sobral

A Solange Pedersoli, Carolina Cecília Bruno Batista, Mônica Elisabete Knack, Regina Helena Greggi de Alcantra,

## RESUMO

FEBRONIO, E. M. “**Políticas de Saúde Mental no município de Ribeirão Preto – SP**”. 2008. 117. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

O estudo teve como objetivo descrever as políticas públicas de saúde na área de saúde mental no município de Ribeirão Preto - SP. Para isso procederam-se duas diferentes fases de coleta de dados. A primeira foi constituída de trabalho de campo realizado junto à Secretaria Municipal de Saúde para obtenção de dados sobre instrumentos normativos, financiamento, logística operacional e questões administrativas. Num segundo momento foram realizadas entrevistas com os diferentes atores do sistema de saúde mental, incluindo profissionais que atuam na atenção básica e saúde da família, de ambulatórios especializados, CAPS, hospital de urgência e hospital psiquiátrico, contemplando os vários níveis de complexidade da atenção ao paciente com problemas mentais. A análise do conteúdo das entrevistas foi embasada no método descrito por Bardin (1995).

Como resultados obtiveram-se através do diálogo estabelecido entre as diferentes visões dos atores envolvidos, além de uma completa descrição do sistema de saúde, diferentes opiniões sobre problemas, qualidades e possibilidades de caminhos para o sistema municipal de saúde mental de Ribeirão Preto.

**Palavras-chaves:** Políticas, Saúde Mental, Modelos de Atenção

## **ABSTRACT**

FEBRONIO, E. M. “**Mental Health Policies at the city of Ribeirão Preto – SP**”. 2008. 117. Dissertation (Master Degree). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

The study had as its goals describe the public health policies specifically in the mental health area in the city of Ribeirão Preto – SP. For this, two different data gathering stages were performed. The first one was constituted in a field job performed within the Secretaria Municipal de Saúde intending to obtain data about normative instruments, budging, operational logistics and administrative questions. In the second stage interviews were performed with different actors that work in the public heath system, contemplating professionals that work in the Basic Care and Family Health System, specialized ambulatories, CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), urgency unity, and psychiatric hospital comprehending the different health complexity levels that concern the patients with mental problems. The analysis of the content of these interviews was based in the method described by Bardin (1995).

As results, were obtained throughout the dialogue established between these different visions, besides a complete description of the mental health system, different opinions about problems, qualities, and path possibilities to Ribeirão Preto’s public mental health system.

**Keywords:** Policies, Mental Health, Care Models



## **LISTA DE SIGLAS**

**ABS** – Atenção Básica à Saúde  
**CAIS** – Centro de Atenção Integral à Saúde  
**CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior  
**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial  
**CIB** – Comissão Intergestores Bipartite  
**CNS** – Conferência Nacional de Saúde  
**CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
**CONASP** – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária  
**CONASS** – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
**CONASSEMS** – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde  
**CSE-FMRP** – Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
**DIR** – Direção Regional de Saúde  
**DRS** – Divisão Regional de Saúde  
**EPIB** – Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve  
**EPQU** – Enfermaria Psiquiátrica  
**FAEC** – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação  
**FAPESP** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo  
**FMRP-USP** – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
**HC-FMRP-USP** – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
**INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
**MS** – Ministério da Saúde  
**NAPS** – Núcleo de Apoio Psicossocial  
**NOAS** – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
**NOB** – Norma Operacional Básica  
**OMS** – Organização Mundial da Saúde  
**ONG** – Organização Não Governamental  
**OPAS** – Organização Pan-americana da Saúde  
**PSF** – Programa de Saúde da Família  
**SES/SP** – Secretaria Estadual de Saúde – São Paulo  
**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde – Ribeirão Preto, SP  
**SRT** – Serviço de Residências Terapêuticas  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**UBDS** – Unidade Básica e Distrital de Saúde  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**UNIFESP** – Universidade Federal de São Paulo  
**UPHG** – Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

## **SUMÁRIO**

<b>1. Introdução</b>	<b>Pg 11</b>
<b>2. Objetivos e métodos</b>	<b>Pg 30</b>
<b>3. Análise dos dados</b>	<b>Pg 36</b>
<b>3.1. O sistema municipal de saúde mental</b>	<b>Pg 36</b>
3.1.1. Instrumentos oficiais	Pg 36
3.1.2. O Programa de Saúde Mental do Município de Ribeirão Preto – SP.	Pg 37
3.1.3. A evolução da reforma psiquiátrica no município	Pg 38
3.1.4. Novas determinações e medidas	Pg 40
3.1.5. Dados sobre o sistema	Pg 40
3.1.6. Programas e ações em andamento	Pg 40
3.1.7. Unidades que compõe o sistema de saúde mental	Pg 41
3.1.8. A rede de atendimento integrada	Pg 43
3.1.9. Espaços de relacionamento institucional entre as unidades componentes do sistema	Pg 47
3.1.10. Financiamento da saúde mental	
<b>3.2. Modalidades de atenção oferecida</b>	<b>Pg 48</b>
3.2.1. Atenção Básica à Saúde	Pg 48
3.2.2. Atenção Especializada Ambulatorial	Pg 57
3.2.3. Nível Hospitalar	Pg 66
<b>3.3. As diferentes opiniões dos atores sobre o sistema municipal</b>	<b>Pg 71</b>
3.3.1. A visão do coordenador de saúde mental do município	Pg 72
3.3.2. Problemas, soluções e as diferentes opiniões de atores do sistema municipal	Pg 83
<b>4. Discussão</b>	<b>Pg 99</b>
<b>5. Conclusão</b>	<b>Pg 106</b>
<b>6. Bibliografia</b>	<b>Pg 107</b>
<b>7. Anexos</b>	<b>Pg 111</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

### **As reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil.**

Devido à crise ocorrida no sistema público de saúde brasileiro na segunda metade do século XX e acentuada no final da década de 70, parte da sociedade civil organizada, juntamente com facções do Estado, buscaram uma revisão do modelo assistencial existente. Era necessário reformular todo o sistema, surgindo assim, uma nova forma de lidar com a saúde baseada em princípios básicos como universalidade, descentralização administrativa e participação comunitária.

Dessa forma, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, são consolidadas as diretrizes para uma reforma sanitária. Vale destacar que os principais textos que formalizam a reestruturação do sistema público de saúde são a Constituição Federal e os textos das Leis 8080/90 e 8142/90 (Lei Orgânica da Saúde), publicados respectivamente nos anos de 1988 e 1990 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Posteriormente, inúmeras outras normas, decretos, resoluções e deliberações visando a regulamentação, normatização e operacionalização do então denominado Sistema Único de Saúde – SUS – vieram a ser editadas. Em sua grande maioria, apontavam para a importância da atenção básica à saúde (Programa de Saúde da Família como estratégia central) e para a descentralização administrativa como as principais estratégias para o sucesso do processo reformista.

Um dos princípios norteadores deste processo levava o nome de Promoção de Saúde.

A definição do termo surge através do diálogo entre diversos atores no cenário internacional, e do conflito entre o paradigma biomédico e o da saúde vista por um enfoque holístico. Segundo Restrepo & Málaga (2001), a idéia surge (não como a concebemos atualmente) durante o período clássico, e apresenta diferentes desenhos no decorrer da História. Passa pela noção de educação como promotora da saúde com o filósofo Rousseau e ganha relevância durante o século XIX através das legislações sanitárias (principalmente na Inglaterra devido às piores condições de saúde). Segundo os autores, é Virchow o nome mais importante nessa época.

Após a II Guerra Mundial, a idéia que hoje nomeamos como Promoção de Saúde ganha força em terrenos de modernidade e é finalmente definida oficialmente através da Carta de Ottawa.

O texto publicado no relatório final da I Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde (OMS, 1986) define Promoção de Saúde da seguinte forma:

O nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objeto de viver. Nesse sentido a saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

A definição desta nova idéia não é algo pronto ou imutável, trata-se de um construto a ser desenvolvido com o passar do tempo, uma definição que se inicia dentro do processo de revisão conceitual do próprio termo saúde. Assim, conforme um novo paradigma se desenvolve ao longo do mundo, o termo Promoção de Saúde também se modifica, agregando a si novos valores (RESTREPO & MÁLAGA, 2001).

No decorrer dos anos posteriores, inúmeros documentos acompanhando essa tendência são publicados em conferências internacionais, e, por se tratar de um termo ainda em construção, de abrangência multidisciplinar e ilimitada, ocorrem muitos conflitos e confusões ao tentar estabelecer uma definição universal de Promoção de Saúde (RESTREPO & MÁLAGA, 2001). Basicamente essas definições apresentam alguns pontos em comum, como se dirigir fundamentalmente a modificar os determinantes de saúde entendida como bem-estar e ótima qualidade de vida, e ao fato de apresentarem duas dimensões conectadas no campo conceitual e prático: Individual (ação em práticas de saúde individuais) e Coletiva (ação no campo político-social).

Ressalta-se aqui o conceito da “intersectorialidade” (mais amplo que multidisciplinaridade), fundamental para a Promoção de Saúde, e tão discutido nos últimos anos. Não se trata apenas de promover a atenção por equipes multidisciplinares, mas de envolver todos os setores da sociedade no processo de cuidado em saúde, seja na prevenção ou na reabilitação, ampliando inclusive esses conceitos para a idéia bem mais abrangente de Promoção de Saúde.

Promoção de Saúde consiste ainda na reunião de múltiplas disciplinas e setores da sociedade com o intuito de criar teorias e práticas inovadoras de saúde pública, fazendo com que o trabalho de saúde se realize em novos cenários sociais, cada vez mais amplos e contemplando a sociedade de forma universal.

Promoção de Saúde, por se tratar de um termo extremamente abrangente, engloba em si o que chamamos de Saúde Mental nos dias de hoje. Saúde Mental, objeto de estudo do presente trabalho, é um termo que supera a psiquiatria, o cuidado médico

aos portadores de transtornos mentais, misturando-se inclusive com a própria definição de Promoção de Saúde.

A definição de saúde oferecida pela OMS, (2001) mesmo sendo muito mais restrita do que aquilo que o autor entende por Promoção de Saúde – “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou doença” – deixa clara a importância dada pela OMS à Saúde Mental como componente principal da saúde global.

Saúde Mental, segundo o informe compilado, publicado pela OMS (2004) é “Um estado de bem-estar no qual o indivíduo se dá conta de suas próprias aptidões, pode afrontar as pressões normais da vida, pode trabalhar produtiva e frutiferamente e é capaz de fazer uma contribuição a sua comunidade”.

O mesmo documento deixa claro que a Saúde Mental está determinada por fatores socioeconômicos e ambientais; depende de políticas e práticas saudáveis que podem afetá-la; é carente de um ambiente que respeite e proteja os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais; e onde os vínculos intersetoriais são a chave para a sua promoção. Saúde Mental, desta forma, é assunto de todos.

Voltando ao cenário brasileiro e ao contexto de reformas que vivia o país, paralelamente à reforma sanitária, contemporâneo, mas com uma história própria, emerge um movimento que buscava a revisão do modelo de atenção aos pacientes portadores de transtornos mentais, com vistas à progressiva substituição do modelo asilar predominante para uma forma de atenção comunitária e ambulatorial, reduzindo progressivamente o número de leitos de internação psiquiátrica, e atendendo às necessidades dos usuários dentro de seus territórios. Isso tudo sempre vinculado com a idéia já ressaltada de Promoção de Saúde (TENÓRIO, 2002).

As discussões nesse sentido, que já ocorriam desde o final da década de 60, se acentuaram durante os anos 70, quando houve uma proliferação importante de leitos hospitalares, mais proeminente no setor privado. Ao mesmo tempo, se observa uma piora dos cuidados oferecidos aos pacientes, pois como ressaltam Paulin e Turato (2004), o lucro no setor privado possuía três alicerces: tempo de internação, número de pacientes internados e diminuição dos custos com os pacientes. Pode-se inferir que, muitos interesses existiam para que os doentes mentais fossem tratados com a hospitalização, e que os maus-tratos fossem rotina (a pesar de não haver uma interação automática entre essas duas idéias – não necessariamente o setor privado é gerador de maus tratos por visar o lucro).

Do ponto de vista histórico, identifica-se o ano de 1978 como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país com o I Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental. A experiência italiana de desinstitucionalização – Franco Basaglia – no campo da psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é a inspiradora nesse primeiro momento, revelando a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, ou seja, o modelo biomédico centrado na figura do psiquiatra e dos asilos, tendo a farmacoterapia como única ou a mais importante forma de tratamento.

É nessa época que começam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado em Bauru em 1987 adota o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, iniciando assim o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Vale lembrar que esse ano é também um marco, já que é quando se realiza a I Conferência Nacional de Saúde Mental (MS, 1988).

No cenário internacional, mais especificamente na América Latina, publica-se no ano de 1990 a Declaração de Caracas após inúmeros debates sobre o futuro da atenção psiquiátrica, exprimindo: “a incapacidade da assistência psiquiátrica convencional em alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, integral, contínuo e preventivo”. O mesmo documento determina ainda diretrizes básicas para os sistemas de saúde em geral, visando reverter essa situação, e contemplando especialmente a importância e o papel da atenção primária à saúde nesse cuidado – estratégia essa adotada inclusive pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pela OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) como prioritária para a melhoria dos cuidados aos usuários do sistema de saúde portadores de transtornos mentais (MS, 2004).

Essa importante reestruturação permitiria a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade, mais especificamente, dentro de suas redes sociais. Como se pôde observar, esses princípios se adequavam com a mentalidade do movimento sanitário, incluindo também a idéia de territorialização da atenção e de integralidade e equidade no acesso aos recursos existentes.

Da mesma forma, a Declaração de Caracas deixa clara a necessidade de cumprimento dos direitos dos portadores de transtornos mentais e a necessidade da criação e implementação de programas específicos para a reinserção dos deficientes no ambiente comunitário de sua origem (OMS, 1990).

Cambraia (2004) expressa a necessidade e avalia as políticas públicas do Estado de São Paulo com vistas a promover um intercâmbio da saúde mental com a atenção básica à saúde, principalmente com o Programa de Saúde da Família (PSF), uma vez que, como se pode observar, os objetivos das duas estratégias são convergentes e se misturam dentro dos ideais e metas tanto do SUS como da reforma psiquiátrica.

Em outro foco, prioriza-se que, assim como para todos os outros usuários do sistema, as internações destinadas a esses pacientes devam ser realizadas em hospitais gerais e que para tal, deveria haver uma reformulação do sistema hospitalar vigente e capacitação de recursos humanos, apontando para esse novo modelo. Pode-se imaginar o impacto dessa declaração em todos os setores envolvidos com as questões da saúde mental e como os setores mais conservadores atuaram em sentido oposto a esse processo (PAULIN & TURATO, 2004).

Paralelamente ao processo político central, que caminhava de forma lenta, algumas iniciativas pontuais, em algumas cidades brasileiras, passam a ser implementadas assumindo os ideais reformistas e visando o esvaziamento progressivo dos sanatórios.

Como exemplo dessas iniciativas, cabe citar os CAPS na cidade de São Paulo, os NAPS em Santos e o modelo de co-gestão implantado na cidade de Campinas.

A experiência santista surgiu inspirada no modelo da psiquiatria democrática italiana (Franco Basaglia), em decorrência da intervenção da Prefeitura Municipal na Casa de Saúde Anchieta (um manicômio privado cujos leitos eram contratados pelo INAMPS) após diversas denúncias comprovadas de maus-tratos, abusos e mortes por negligência.

Dessa maneira, como havia a premissa da retirada dos doentes do manicômio, tentando diminuir sua alienação, era preciso que novos instrumentos fossem criados para substituir o asilo. Surgem então os NAPS, unidades que cumpriam este papel substitutivo, dentro do novo “Plano de Saúde Municipal” (LUZIO & LÁBBATE, 2006; TENÓRIO, 2002).

Tratava-se de estruturas abertas, regionalizadas, responsáveis pela cobertura de toda a demanda de saúde mental de sua região, não dependendo de gravidade. Funcionavam 24 horas por dia, sete dias por semana. Cada unidade dispunha ainda de mais ou menos seis leitos para internações breves, e, por princípio, deveriam oferecer o maior número e diversidade possível de alternativas para os cuidados aos pacientes (TENÓRIO, 2002).

Essas unidades passaram a funcionar ininterruptamente, realizando ações de hospitalidade integral, diurna ou noturna; atendimentos às situações de crises, atendimentos ambulatoriais, atendimentos domiciliares, atendimentos grupais, intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossocial (LUZIO & LÁBBATE, 2006). Segundo Capistrano Filho (1991 apud TENÓRIO, 2002, p. 81):

Para tornar realmente imprescindível a figura do manicômio, a experiência de Santos inspirou-se em um questionamento radical dos pressupostos da psiquiatria no plano conceitual, operando segundo um programa muito objetivo no plano prático, com duas grandes linhas de trabalho: a criação de uma rede de serviços alternativos ao manicômio (unidades de reabilitação psicossocial – NAPS) e a construção de uma atitude nova da sociedade em relação aos doentes mentais.

A unidade de Reabilitação Psicossocial era encarregada de coordenar e acompanhar os projetos de trabalho dos usuários visando sua participação social e autonomia, com diferentes modalidades de atenção aos pacientes. Os serviços de urgência nos Prontos Socorros Municipais davam retaguarda ao sistema como um todo (LUZIO & LÁBBATE, 2006).

Com relação ao destino desse projeto, cabe citarmos que em sua grande parte foi desarticulado no início do presente século por outros gestores, e que em todo o caminho percorrido desde a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, a prefeitura recebeu fortes oposições de setores específicos da sociedade e dos donos do manicômio, os maiores interessados na manutenção da hospitalização (TENÓRIO, 2002; LUZIO & LÁBBATE, 2006).

Já no caso da experiência paulistana, a reforma partiu de dentro da própria clínica, inspirada na psiquiatria institucional francesa, sendo que o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira (unidade onde se inicia todo o percurso) se constituía de uma unidade específica da rede pública estadual (CAMBRAIA, 2004; TENÓRIO, 2002).

Trata-se basicamente de um atendimento-dia, no qual o paciente volta para casa à noite. Nessa nova modalidade, segundo Tenório, (2002) assume-se a idéia de que:

A especificidade clínica da clientela alvo, sobretudo no que diz respeito às dificuldades de vida geradas pela doença e as possibilidades de expressão subjetiva do psicótico grave, requer muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou mesmo semanal.

Parte-se dos pressupostos de que: “a alienação psicótica implica uma dificuldade específica de expressão subjetiva, refratária a ser apreendida por instituições massificadas ou pouco aparelhadas para captar e entrar em relação com o singular de cada paciente” (TENÓRIO, 2002); e de que as dificuldades da vida cotidiana dos



doentes devem ser incondicionalmente apreendidas e trabalhadas (inclui-se aqui as relações sociais desses indivíduos), para que se obtenha o sucesso terapêutico. Assim, os CAPS se constroem como uma alternativa ampliada de atenção, seja em intensidade, ou em diversidade, recusando-se a praticar uma abordagem sintomatológica sem dispensar o saber tradicional da clínica.

Constitui assim um serviço que se constrói através da utilização de equipes multiprofissionais, com o intuito de oferecer ao paciente a maior heterogeneidade possível, “tanto no que diz respeito às pessoas com quem ele possa se vincular, quanto no que diz respeito às atividades em que possa se engajar” (TENÓRIO, 2002).

Assim, os CAPS e NAPS podiam configurar-se ainda como porta de entrada da rede serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Contemplavam também o atendimento a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internações hospitalares (LUZIO & LÁBBATE, 2006).

Segundo informe do MS (2005):

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

Posteriormente, muitas outras unidades de saúde no estado de São Paulo e por todo o território brasileiro apreenderam e se utilizaram dessas duas modalidades de atenção, sendo que o governo federal normatiza essa estratégia como política para a criação de serviços substitutivos de atenção psiquiátrica no ano de 1992 através da portaria SNAS 224/92 (MS, 2004). Mais tarde essa estratégia é assumida como a política federal específica para a criação de serviços ambulatoriais destinados aos pacientes psiquiátricos.

O CAPS pretendia ser o eixo central da assistência territorial, uma vez que oferecia garantia de acesso e integralidade da oferta, seguindo os princípios do SUS e contemplando também a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica do seu território (CAMBRAIA, 2004).

Por esse percurso, cerca de 20 anos se passaram para que a primeira lei assumindo as tendências e os ideais de uma reforma na área de saúde mental fosse

aprovada pelo congresso brasileiro, sendo publicada no dia 10 de Novembro de 1999, (dois anos antes da publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica em si). Era a Lei nº. 9.867, a qual dispunha da criação e do funcionamento das Cooperativas Sociais, visando a reintegração social dos cidadãos de alguma forma excluídos (MS, 2004).

Embora não fosse específica para a área de saúde mental, essa lei estabelecia que a reinserção social, de quaisquer indivíduos excluídos, deveria ser realizada por meio de empregos, permitindo o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para pacientes psiquiátricos em acompanhamento dentro dos serviços comunitários, contemplando ainda a criação de programas sócio-sanitários e educativos. Tais cooperativas deveriam “levar em conta e minimizar as dificuldades de cada um dos deficientes, assim como, desenvolver e executar programas especiais de treinamento com o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social” (MS, 2004).

Em contracorrente, parte da sociedade, constituída pela fatia de indivíduos que possuía interesses financeiros com o modelo asilar, a exemplo do que ocorrera na cidade de Santos, ainda mantinha oposição às tendências reformistas (TENÓRIO, 2002; PAULIN & TURATO, 2004), atrasando mais ainda o caminhar das mudanças.

Machado e Lavrador (2001 apud ALVARENGA & DIMENSTEIN, 2006) descrevem esse movimento como “Desejos de Manicômio”, referindo que não apenas aqueles que possuem interesses financeiros os têm, e os conceituam da seguinte maneira:

Se expressam através de um desejo em nós de dominar, subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir esteriótipos para a figura do louco e para se lidar com ele.

Segundo esses mesmos autores, a sociedade moderna capitalista, desde o seu advento, exclui aquilo que não lhe serve, que não tem papel definido nas suas engrenagens, sendo que esses processos se intensificam com a mundialização do capital e da economia.

Foucault (1972) em seu livro “A História da Loucura” afirma que a loucura assume o papel da exclusão ocupado anteriormente pela hanseníase, e coloca essa exclusão como fator necessário às sociedades européias, dando nome à mesma: “Nau dos Loucos”. Trata-se de embarcações que carregavam aquilo que as cidades européias

do renascimento não desejavam, repudiavam, ou seja, a insanidade, a falta de racionalidade.

Se pensarmos que para a sociedade moderna ainda é fato comum excluir, porém internando os doentes mentais ao invés de despachá-los, o asilamento não passaria de um ato de controle e de manutenção do *status quo*, e, aliado a isso o fato de que parcelas dessa mesma sociedade obtinham lucros interessantes com a hospitalização de doentes mentais, pode-se inferir que não seria fácil promover a tão aclamada revisão de conceitos pregada pelo movimento reformista.

Assim sendo, devido ao grande impasse e à luta de forças ocorridas durante a década de 1990, somente em 6 de Abril de 2001, após doze anos tramitando na casa, o Congresso Nacional aprova e publica a Lei nº. 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, ou Lei sobre a Reforma Psiquiátrica.

É certo que após tanto tempo em discussão e de tantos interesses opostos em jogo, o texto publicado estava bem longe daquele levado aos legisladores em 1992. Apresentava-se mais brando e contido, havia sofrido inúmeros recortes e revisões e, no entanto, se apresentava ainda como um dos maiores avanços políticos na área de saúde mental.

O texto aprovado traz em seus pontos centrais:

- O Direito de acesso ao melhor tratamento no sistema para as necessidades dos usuários;
- Princípios de humanização no atendimento;
- Garantias éticas para todo e qualquer doente;
- Direito ao tratamento em meios terapêuticos de forma menos invasiva possível;
- Direito ao tratamento preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental;
- Previsão de punições para os responsáveis por internações involuntárias por tempo desnecessário, ou de cunho arbitrário.

Vale citar aqui o seguinte trecho:

“É de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família” (MS, 2004). O tratamento tem como objetivo a reinserção desses doentes em seu ambiente de origem, e é proibida a

internação em instituições asilares que não possuam as características definidas como adequadas na mesma lei.

Vale lembrar da III Conferencia Nacional de Saúde Mental, que se caracteriza talvez como o instrumento mais importante no contexto da reforma. Realizada em Brasília, no ano de 2001 logo após a publicação da lei da reforma, e que consolida a reforma psiquiátrica como política de governo, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência. É ela, com ampla participação de movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (MS, 2005).

### **Atenção Básica à Saúde: seu papel na reforma psiquiátrica.**

Em 1978, a OMS formulou um dos conceitos mais conhecidos de Atenção Primária à Saúde, sendo o texto oficial publicado no ano de 1979 como segue:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades possam suportar, independentemente do seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Assim, no relatório da Relatório da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata (OMS, 1978), ficaram definidos como elementos essenciais da atenção primária à saúde: A educação sanitária; o saneamento básico; o programa materno-infantil (incluindo imunização e planejamento familiar); a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável; e a valorização da medicina tradicional. Complementando, segundo Starfield (2002), a atenção primária deve otimizar a saúde das pessoas na constelação de outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de se focar apenas a sua enfermidade individual.

A atenção primária representa ainda um grande esforço para que o sistema de saúde torne-se mais eficiente, consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a universalização do acesso e à garantia da integralidade da assistência. Da mesma forma, pode-se afirmar que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde.

Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (MS, 2005).

Dentro desta idéia, cabe destacar que das estratégias propostas para a estruturação da atenção primária, o Programa de Saúde da Família (PSF) é talvez a mais importante. Baseado em estruturas de trabalho interdisciplinar e multiprofissional e constituído por equipes de saúde que estabeleçam vínculos de responsabilização com a população, assim como pelo estabelecimento de relações produtivas com todos os setores da sociedade (BRASIL, 2006a) se constitui de equipes de saúde com médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (equipe mínima), além de outros profissionais como dentistas e psicólogos, que podem participar dessas equipes. São equipes com área de abrangência territorializada, atuação intersetorial e que contemplam a participação dos usuários como uma de suas principais diretrizes operacionais.

Uma das questões-chave, que faz desta estratégia relevante e fundamental, está no que se refere à territorialização como princípio básico dessas equipes.

O mesmo informe anteriormente citado, publicado pelo MS (2005) fala sobre território da seguinte forma:

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas de pessoa, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõe soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos.

Mais recentemente, no ano de 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, o MS, juntamente com o CONASS e com o CONASSEMS, estabelecem diretrizes para promover um avanço na regionalização e descentralização do SUS a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. Reforça-se a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (BRASIL, 2006a). Isso vem ao encontro do PSF, e das idéias de reforma do setor da saúde mental.

O mesmo texto, no parágrafo referente ao fortalecimento da atenção básica, estabelece alguns objetivos para este nível de atenção:

Impõe-se a necessidade de assumir a estratégia de saúde da família como prioritária para o fortalecimento da atenção básica, seja nos grandes centros urbanos ou nos pequenos municípios; assim como a necessidade de capacitação das equipes de atenção básica através de estratégias de educação permanente.

Em outro ponto estabelece ainda a necessidade do aprimoramento e da inserção dos profissionais de atenção básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.

No mesmo ano, publica-se no mês de março a portaria nº. 648/06 (BRASIL, 2006b), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Segundo textos publicados no diário oficial da união, referentes às portarias ministeriais 399/06 e 648/06 (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b), define-se atenção básica da seguinte forma:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem as suas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural, e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Da mesma forma, definem-se áreas estratégicas dentro desse contexto, sendo essas: O combate à hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Fica a critério das CIB's (Comissões Intergestores Bipartites) a assunção de outras estratégias de interesse regional.

Como se pode perceber, não há a inserção da saúde mental nas áreas estratégicas definidas pela esfera federal para políticas da atenção básica, a pesar de os princípios

serem praticamente os mesmos nos dois casos. Fica a critério do município ou da CIB (estadual) a resolução de agregar a saúde mental como área estratégica na atenção básica, ou a critério dos próprios gerentes das unidades de saúde.

Assim, mesmo não havendo a contemplação da saúde mental como área estratégica da atenção básica, percebe-se que um sistema converge com o outro, e que a primeira tem se aproximado cada vez mais da última para poder fazer valer os seus ideais de reforma.

### **Os caminhos da reforma psiquiátrica no estado de São Paulo nos últimos anos e suas relações com as redes de atenção básica à saúde.**

Cita-se aqui, trabalho realizado por Cambraia (2004). Este estudo, altamente relevante, traça um panorama referente os anos de 1990 a 2004 no que diz respeito às políticas federais e estaduais no estado de São Paulo. O texto produzido pelo Ministério da Saúde que compila todos os textos referentes à legislação nesse período se encontra resumido nos anexos desta dissertação – Anexo II.

O período descrito se divide em três com relação às políticas públicas estaduais: O primeiro período se caracteriza pela ambulatorização da assistência, sem, no entanto, deslocar o eixo hospitalar do modelo. Já no segundo momento, são criados os mecanismos de enfrentamento a esse modelo, sendo adotadas novas proposições para modificar os cuidados e os dispositivos terapêuticos. No último período, a premissa se concentra em desinternar os pacientes moradores, incorporando varias experiências de práticas psicossociais em uma única modalidade de serviços: o CAPS.

A década de 80 é considerada, para o estado de São Paulo como “o auge da ambulatorização e o início efetivo de implantação de equipes de saúde mental na atenção básica”. Inúmeros documentos e deliberações divulgados na mesma época provenientes de diversos órgãos como o CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, e outros apontavam para a necessidade de um trabalho multiprofissional para lidar com a saúde mental, devido à complexidade da demanda. Cita-se ainda a necessidade de ampliar os leitos psiquiátricos em hospitais gerais como alternativa técnica aos hospitais psiquiátricos.

Outro ponto muito importante constando desses documentos aponta para a necessidade da criação das centrais de vagas e de regulação às quais seriam de responsabilidade das equipes dos CAPS, sendo essa estratégia essencial para a reorganização da demanda. (CAMBRAIA, 2004; apud BRASIL, 1987:31).

No entanto, a questão da ambulatorização representou um discurso racionalizador, que não interferiu na ênfase do modelo de hospitalização, sendo que os ambulatórios, no início do período estudado, eram vistos por alguns atores como “portas de entrada” para a internação psiquiátrica.

De outro lado, ao mesmo tempo em que a rede de ambulatórios aumenta, ocorre um aumento importante da demanda desses serviços. Surge então o seguinte questionamento: Ocorreu um aumento real da incidência de doenças mentais, ou a modificação das práticas assistenciais estimulou um aumento na procura pelos serviços devido a idéias como humanização, universalidade e mudança da visão da sociedade para com os transtornos psiquiátricos?

Em outro momento, discorre-se sobre a necessidade da priorização da atenção básica para assistência à doença mental, sendo que a mesma constava da maior parte dos documentos e resoluções publicados. De forma contraditória, uma década mais tarde, a lei número 10.216 (Paulo Delgado) não discorria de forma incisiva sobre ações de saúde mental na atenção básica. O que fica estabelecido, segundo os textos oficiais, é que os CAPS deveriam se responsabilizar tanto pela instrumentalização como pela capacitação dessas equipes.

A década de 90 (segundo momento em São Paulo) assiste a uma redução importante no número de leitos de internação psiquiátrica, chegando a 25% (de redução) no Estado, assim como à criação de inúmeras portarias, leis e diretrizes, tanto para oficializar o que vinha sendo praticado, como para poder levar o debate da construção do novo modelo para a sociedade.

Paralelamente, com o advento da NOB 01/91, muda-se o local político de debate, delegando aos municípios a função de gestão da saúde. O município é obrigado a se organizar, enquanto que a identidade do estado no processo, questionada, entra em crise com o transcorrer da década de 90.

Observa-se uma manutenção das políticas do primeiro momento, ocorrendo efetivamente a chamada desospitalização, sem ocorrer, no entanto, um avanço no processo de desinstitucionalização propriamente dito. Isso se acentua a partir de 2002, com um esvaziamento ainda maior da figura do Coordenador Estadual de Saúde Mental.

Ocorre que, com o desmonte dos hospitais, o Estado de São Paulo, que era responsável pelas vitorias, passa a praticar cada vez menos esse papel, se ausentando progressivamente da reforma psiquiátrica. Ressalta-se que algumas iniciativas isoladas



ainda são tomadas, mas que no geral, o que aconteceu foi o esvaziamento progressivo das funções estaduais.

No ano de 2004, o MS apresentou um conjunto de dez diretrizes do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no SUS, expressando áreas e estratégias para aprofundar o processo de reforma (Anexo IV). Para o presente investigador, esse conjunto de diretrizes não traz nada de novo, apenas reforça aquilo que já vinha sendo realizado nos últimos 13 anos.

No entanto, o mesmo texto se concentra na idéia, antes deixada de lado, da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, sendo considerando que essa área temática é pouco discutida nos documentos oficiais. Isso se deve possivelmente ao fato de as experiências assentadas nas equipes de saúde da família ainda serem incipientes em nosso país.

Reforça-se então, como linha geral de atuação do Estado, a condução da transição do modelo hospitalar para o comunitário, o que leva a concluir que os CAPS acabam tendo que assumir uma importância central. Isso se deve ao fato de que essas unidades assumem uma nova modalidade tecnológica, aberta a ser desenvolvida junto com todos os setores da sociedade, com capacidade para dinamizar as mudanças nos níveis ambulatorial e básico. O FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação), instituído em 2002, tende a animar essa tendência.

Passando para outro problema, levanta-se a dificuldade em lidar com a grande população moradora dos hospitais psiquiátricos e que não tinha como ser reabrigada. Isso é, em parte, solucionado com o Programa de Volta para Casa e com a norma que regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos. Esse movimento vai de encontro ao fato de que o aumento da importância e da quantidade dos centros comunitários é bem mais lento e moroso.

Quanto à inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (diretrizes de 2004), espera-se que esse processo seja realizado através de equipes de PSF, contando com a participação dos CAPS na instrumentalização e supervisão das equipes, como acontece em algumas unidades de saúde da rede de Ribeirão Preto (descrita mais à frente neste trabalho), ficando em aberto qual seria a responsabilidade dos ambulatórios que funcionam nos moldes antigos dentro desse contexto.

Assim, concebendo a necessidade de um processo de capacitação diferenciado, remete-se à idéia de equipes de apoio matricial às unidades de atenção básica, fornecida pelas unidades de nível ambulatorial especializado.

Na opinião de Cambraia (2004), até o ano de 1995, a SES foi crucial no redirecionamento das políticas, se retraindo progressivamente a partir daí, conforme o processo de municipalização avançava, assumindo o papel pela supervisão dos hospitais psiquiátricos e a execução de portarias e normas federais.

Interessante é que o avanço ocorrido em alguns hospitais não se deu através de uma iniciativa dos gestores estaduais, mas sim de seus próprios dirigentes, na tentativa de evitar o fechamento. Nesse contexto, o Hospital Santa Tereza em Ribeirão Preto é pioneiro na implantação do CAIS (Centros de Atenção Integral à Saúde), estabelecendo parcerias com ONG's (Organizações Não Governamentais) e outros setores, criando as primeiras pensões protegidas, além de redimensionar o número de leitos de 1.500 na década de 70 para 90 (excluídos os moradores) no ano de 2004.

Outro papel do Estado se situa no fornecimento de medicações de alto custo para os municípios, que por sua vez realizam a distribuição. Cria-se assim o programa Dose Certa de Saúde Mental, para racionalizar o uso, a prescrição e a dispensa desses medicamentos.

Partindo-se então da idéia de que restou aos municípios realizarem as suas próprias ações, como andaria essa reforma no município de Ribeirão Preto? De que forma esse município se ocupou e atuou pra fazer com que seu processo continuasse a ocorrer?

São essas questões que se pretende elucidar com o presente trabalho.

### **Uma realidade: A pequena quantidade de trabalhos científicos em Saúde Mental e Saúde Pública no Brasil**

Em estudo publicado por Mari et al (2006) descreve-se o seguinte quadro:

É clara a importância e a necessidade da pesquisa científica na área de saúde mental com enfoques em questões de saúde coletiva.

Entretanto, em reunião realizada pela OMS no ano de 2002, fica evidente que os países em desenvolvimento, assim como o Brasil, apresentam morosidade e dificuldade para a realização desse tipo de pesquisa, sendo que a tentativa desse estudo (MARI ET AL, 2006) é de descrever o panorama da pesquisa científica, especificamente nesta área, no Brasil.

Através do acesso a inúmeros bancos de dados de pesquisa e do contato direto com instituições financiadoras (CAPES, FAPESP, CNPq, além de outras), foi diagnosticado que, no Brasil, não existe uma agenda específica para pesquisa na área de

saúde mental, explicitando a falta de prioridades e de políticas para esse tipo de investigação.

O próprio Ministério da Saúde (2005) realça essa crítica da seguinte forma:

A produção científica brasileira, na abordagem dos temas da psiquiatria/saúde mental no campo da saúde pública ainda é muito restrita. Aos poucos, entretanto, a dimensão de política pública começa a agregar valor ao ensino e à pesquisa, no campo da saúde mental.

Não é sem tensão que as críticas aos novos serviços aparecem no ambiente acadêmico, frequentemente na forma de duros ataques à qualidade do trabalho realizado na rede pública de atenção.

Além disso, as poucas pesquisas realizadas não são financiadas de forma criteriosa, havendo uma enorme desigualdade entre os projetos realizados sem respeitar sua importância em termos de saúde pública e priorizando estudos voltados para o mercado, sendo que, como possível causa, levanta-se principalmente a baixa relação custo/benefício desses estudos (interesses de indústrias de medicamentos acabam superando as iniciativas de cunho social).

Outro importante motivo se concentraria na falta de treinamento adequado das equipes da atenção básica à saúde para o cuidado em saúde mental, gerando uma impossibilidade de esses profissionais realizarem estudos criteriosos. Isso poderia ser corrigido através de um forte programa de capacitação, supervisão e formação de multiplicadores, porém esse distanciamento entre as instituições de formação e pesquisa, e a saúde pública no Brasil, agrava as carências de formação e qualificação de profissionais (MS, 2005).

Isso tudo se configura em uma grande falha, uma vez que, como consequência da mudança dos padrões epidemiológicos da população brasileira, especialmente no que se refere ao grande aumento da incidência e prevalência de transtornos mentais, seria de praxe que o Estado, através de suas instituições de financiamento, dedicasse uma atenção especial para tais questões – como se pôde perceber no decorrer das últimas décadas, os transtornos mentais, mesmo considerados leves, acarretam enormes custos para o sistema de saúde, além de perdas inestimáveis para a economia de uma nação.

Segundo informe publicado pela OMS (2004), as enfermidades mentais são comuns e universais, e, em nível mundial, os transtornos mentais e de conduta representavam em 1990 11% da carga total de enfermidade, expressos em termos de anos de vida ajustados por incapacidade (DALY). Para o ano de 2020 é previsto um aumento para 15%.

Nessa linha, ressalta-se a necessidade de investimento em uma política de pesquisa mais equânime, com critérios bem estabelecidos, e a importância da capacitação dos gestores de saúde para lidarem com a área de saúde mental, reiterando a importância de se investir de forma mais adequada em questões de saúde pública.

Vale citar a criação em 2002 do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica e, um ano mais tarde, da Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SGESTES), iniciativas da esfera federal para enfrentar as necessidades qualitativas e quantitativas dos recursos humanos para o SUS, especificamente na área de saúde mental.

Outro dado importante aponta para a seguinte questão: Faltam periódicos que sejam especializados nesse contexto; e, dos estudos que são realizados em território brasileiro, somente uma pequena parcela é publicada em periódicos nacionais, demonstrando um interesse seletivo dos editores de periódicos nacionais para os artigos de “maior relevância”, além da maior importância dada pelos pesquisadores à sua promoção no cenário internacional (interesses pessoais superando os coletivos) (MARI ET AL, 2006).

Quando se coloca tal questão em números, nota-se que, do financiamento destinado a pesquisas em saúde, apenas 3,37% é destinado à área da saúde mental e que, dos 53 programas de pós-graduação, apenas 9 se dedicam a pesquisas nesta área.

Um dado interessante para o município de Ribeirão Preto, contrapondo tal tendência, mostra que é nesta cidade que se concentra a maior parte desse tipo de pesquisa, e mesmo assim, desse contingente, apenas uma pequena parcela tem enfoques em questões de saúde coletiva.

Entretanto, a perspectiva dos autores (MARI ET AL, 2006) ainda é otimista, já que, entre 1998 e 2002, a quantidade desse tipo de publicação dobrou, seja pelo aumento do número de programas de pós-graduação, ou pelo aumento de pós-graduandos com interesses afins.

Fica evidente, desta forma, a necessidade de ampliar esses números e de promover pesquisas que apontem para melhorias do sistema público de atenção em saúde mental, posto que, como se pôde salientar, todo o sistema jurídico e normativo brasileiro aponta para essa tendência, além do enorme interesse da sociedade brasileira de promover uma atenção a doentes mentais mais ampla, humanizada e reintegradora.

**A necessidade de estudos que descrevam o sistema público de saúde mental em Ribeirão Preto.**

Após revisão de bancos de dados, assim como de bancos de teses publicadas nas principais universidades do estado de São Paulo, chegou-se à conclusão de que ainda não existem estudos científicos publicados que descrevam as políticas de saúde mental, especificamente na cidade de Ribeirão Preto.

Sabe-se ainda, que os casos de transtornos mentais, referenciados para os ambulatórios secundários, não fazem parte do recém instituído “Complexo Regulador” de vagas ambulatoriais da Secretaria Municipal de Saúde, o que prejudica ainda mais a obtenção de informações sobre demanda e oferta de serviços e incidência/prevalência de transtornos mentais em nossa população e etc.

O complexo regulador funciona centralizando toda a demanda de pacientes que é encaminhada da atenção básica para o nível secundário, distribui essa demanda conforme a oferta de vagas de consulta e realiza estudos de cunho epidemiológico com fins de planejamento e controle de consultas no nível especializado.

Portanto, busca-se com este trabalho, descrever alguns pontos do sistema municipal de saúde, especificamente na área de saúde mental, na cidade de Ribeirão Preto SP.

## **2. OBJETIVO E MÉTODOS**

### **OBJETIVO**

Examinar e descrever as políticas de saúde na área de saúde mental no município de Ribeirão Preto, SP.

### **MÉTODOS**

#### *Tipo de pesquisa*

Foi realizado um estudo descritivo, visando caracterizar as políticas de saúde mental do município de Ribeirão nos anos de 2007 e 2008.

#### *Quanto à abordagem*

O presente estudo teve como base a abordagem qualitativa.

A razão conceitual principal para utilizar a investigação qualitativa, segundo Debus (1994), é a de que proporciona uma maior profundidade de resposta e, portanto, maior compreensão que as que se pode obter mediante técnicas quantitativas.

Minayo (1994) entende as metodologias de pesquisa qualitativas como “capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. Para a autora, o conceito de Metodologia Qualitativa, em uma visão crítica, induz a pensá-la não só como uma alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas também como uma forma de aprofundar o caráter social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada. Para VÍctora, Knauth e Hassen (2000), a metodologia qualitativa, pelo fato de trabalhar em profundidade, possibilita que se compreenda a forma de vida das pessoas, não sendo apenas um inventário sobre a vida de um grupo. As técnicas utilizadas permitem, entre outras coisas, o registro do comportamento não verbal e o recebimento de informações não esperadas, porque não seguem necessariamente um roteiro fechado, percebendo como bem-vindos os dados novos, não previstos anteriormente.

Para Bogdan e Biklen (1997) a pesquisa qualitativa é descritiva, ou seja, os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não em números. Os resultados escritos da investigação contêm citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação.

No presente estudo, os dados obtidos incluem transcrições de entrevistas, documentos oficiais, notas de campo e levantamentos estatísticos obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

### *Local de estudo.*

Como referido no texto, o município de Ribeirão Preto foi o alvo do presente estudo.

A cidade, localizada na região nordeste do Estado de São Paulo, ou região da Alta Mogiana, possui população estimada para o ano de 2008 de 558.136 habitantes (BRASIL, 2008). É habilitada na forma de Gestão Plena do Sistema de Saúde (NOAS/01) e central da DRS XIII.

Tem seu espaço geográfico dividido em cinco distritos sanitários, cada um com uma unidade central ou, como são chamadas, Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), que oferecem atendimentos em nível básico, especializado ambulatorial e pronto-atendimento para urgências e emergências 24 horas por dia, todos os dias da semana (SMS, 2007).

Possui ainda 30 unidades de atenção básica à saúde (SMS, 2007) e onze equipes de PSF (MS, 2007). O Programa de Saúde da Família foi implantado no ano de 2001, com apenas 2,6% de população coberta pelo programa, e no ano de 2004 já se contava com uma cobertura de 9,3% - outros 24,2% da população eram cobertos por 17 unidades tipo PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) (MS, 2007). Das onze unidades de PSF, cinco são administradas pela FMRP-USP, sendo que quatro dessas recebem visitas semanais de um médico psiquiatra e de uma enfermeira especializada, bem como de residentes em saúde da família.

Com relação ao nível especializado, possui uma unidade de CAPS II, uma unidade de CAPS II-AD e três ambulatorios de saúde mental: Ambulatório Regional de Saúde Mental (responsável pela demanda dos distritos sul, leste e norte, bem como de dois municípios da DRS que não possuem serviços próprios - Dumont e Serra Azul), Ambulatório de Saúde Mental do Distrito Central e Ambulatório de Saúde Mental do Distrito Oeste (SMS, 2007) – também conhecido como Núcleo de Saúde Mental do CSE-FMRP-USP (Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo) por ser administrado por essa faculdade.

Existe ainda o ambulatório de psiquiatria do HC-FMRP (Hospital das Clínicas da FMRP-USP), o qual atende também a demanda de toda a regional.

A partir de setembro de 2008 o município passou a contar com uma unidade de CAPS-III, não sendo a mesma avaliada pelo presente trabalho devido à sua recente implantação. No entanto, pretende-se mais adiante descrever o conteúdo do documento enviado pelo coordenador de saúde mental do município (Anexo II).

Hospital-Dia – primeiro a ser criado no Brasil. Funciona nas dependências do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, contando com 16 vagas. Também atende à demanda proveniente de todos os municípios da DRS XIII.

Oferece ainda um serviço de emergências psiquiátricas, localizado na Unidade de Emergência do HC-FMRP-USP, contando com seis leitos para permanência máxima de 72 horas. Esse mesmo serviço funciona como suporte para a central de regulação no controle das vagas de internação hospitalar, referenciando pacientes também para os níveis ambulatorial e básico conforme a necessidade de cada caso (DEL BEN, 2004).

Com relação ao nível hospitalar, existem três possibilidades de internação integral para o doente. Duas delas localizadas no HC-FMRP-USP sendo uma enfermaria psiquiátrica de adultos para longa duração (EPQU) e uma enfermaria menor para internações breves, também localizada no mesmo hospital (EPIB – Enfermaria Psiquiátrica para Internações Breves), contando com oito leitos para internações de adultos, com duração máxima das internações de sete a dez dias (DEL BEM, 2004). No total, esse hospital oferece 28 leitos para internações psiquiátricas do tipo SUS e dois leitos para internações particulares.

Além disso, conta-se com os leitos localizados no Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (Hospital Santa Tereza) – 90 vagas.

Todos esses serviços hospitalares atendem à demanda da DRS-XIII, e, segundo dados do portal da saúde (MS, 2007), o município conta com um total de 310 leitos para internação. (Desses, 308 SUS e dois não SUS).

Nos últimos anos a cidade tem observado uma proliferação dos serviços de residências terapêuticas em seus diferentes distritos e segundo informações contidas na carta recebida pelo autor em dezembro de 2008 (a qual tem como remetente o Coordenador de Saúde Mental do município), conta-se atualmente com 20 residências terapêuticas (Anexo II).

#### *Coleta de dados*

Foi realizada em duas fases, da seguinte forma:

Em uma primeira etapa, realizou-se análise documental do período em estudo.

Nesse ponto foram avaliadas publicações oficiais, documentos produzidos por equipes de serviços de saúde ou por entidades/profissionais dentro da SMS, assim como foi realizado um levantamento sobre as unidades de saúde que integram a rede de assistência em saúde mental no município de Ribeirão Preto.



Já na segunda etapa, obtiveram-se as entrevistas propriamente ditas com a escolha dos sujeitos descrita no item a seguir. A entrevista aplicada foi realizada de forma semi-estruturada, seguindo algumas linhas básicas de orientação, porém respeitando as diferenças e peculiaridades de cada unidade examinada, bem como dos sujeitos entrevistados.

#### *Crêterios de Sele o dos Sujeitos*

A amostra neste trabalho foi do tipo intencional e por variedade de tipos, sendo realizada através da escolha deliberada dos sujeitos. Segundo Turato (2003) a amostragem por variedade de tipos se baseia no critério da homogeneidade fundamental; amostra fechada ou número de tipos de informantes, segundo características eleitas pelo autor.

Foram entrevistados os seguintes sujeitos, seguindo a ordem respectivamente:

- Coordenador de saúde mental da SMS de Ribeirão Preto;
- Coordenadores de duas unidades de Aten o Básica   Saúde (tipo PSF com supervisão pela Universidade de São Paulo, e tipo Unidade Básica de Saúde (UBS) sem supervisão psiquiátrica);
- Coordenador do Ambulatório Regional de Saúde Mental, que também é quem coordena o programa de Residências Terapêuticas no município;
- Coordenador do CAPS-II;
- Coordenador do CAPS-II-AD;
- Diretor do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto;
- Coordenador da Unidade de Emergências Psiquiátricas – HC-FMRP-USP.

Pretendeu-se, com essa amostragem abranger o máximo de modalidades de aten o   saúde mental distintas.

A escolha da figura do coordenador dessas unidades se deve ao fato de que para haver uma amostra não exagerada, optou-se por escolher os gerentes das mesmas no momento em que o estudo foi realizado.

Dessa forma, as informa es obtidas com as entrevistas puderam ser cruzadas a fim de se formalizar um diálogo, primeiramente entre as unidades de mesmo nível assistencial, mas que apresentam modelos assistenciais diferentes (com rela o às unidades de aten o básica e nível especializado ambulatorial); e em um outro momento, estender esse diálogo entre os diferentes níveis assistenciais, na tentativa de cobrir a maior parte possível da rede de serviços.

### *Entrevista*

Neste estudo, a entrevista é a estratégia dominante para a recolha de dados. Ela foi utilizada para obter dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao pesquisador desenvolver intuitivamente uma idéia sobre a maneira como os coordenadores das unidades de saúde enxergam as políticas de saúde municipais e a rede assistencial em que os seus serviços estão inseridos, assim como os rumos que essas políticas devem tomar, com vistas a cumprir e a superar as diretrizes e resoluções federais/estaduais.

A entrevista na pesquisa qualitativa é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo segundo Minayo (1994). Elas podem ser de vários tipos, constituindo um espectro que vai desde uma conversa informal até um questionário padronizado.

Como já citado, este trabalho fez uso da entrevista semi-estruturada. Segundo Triviños (1987), este tipo de entrevista, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. O mesmo autor entende a entrevista semi-estruturada, em geral, como aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha do seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

### *Questões Éticas*

Para a realização desse trabalho foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido para cada um dos entrevistados.

O projeto do trabalho foi apreciado pelo Comitê de ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP e aprovado no dia 12 de junho de 2007.

### *Análise dos dados*

Para a interpretação dos dados, o presente estudo foi embasado na análise de conteúdo preconizada por Bardin (1995). Foi realizada uma pré-análise através da leitura flutuante das entrevistas transcritas na íntegra, uma a uma, para estabelecer um contato com os documentos e deixar-se invadir por impressões e orientações.

Em seguida às leituras, procedeu-se com a etapa de categorização e subcategorização das unidades temáticas obtidas através dos sentidos das falas e significados individualmente.

Os conteúdos, assim analisados, foram reagrupados conforme os seguintes critérios:

- Conteúdo descritivo obtido somado aos dados de campo;
- Conteúdo convergente dos diferentes entrevistados da atenção básica;
- Conteúdo convergente dos diferentes entrevistados do nível especializado;
- Conteúdos convergentes dos diferentes entrevistados do nível hospitalar;
- Conteúdos divergentes, contemplando o mesmo esquema acima descrito;
- Busca por pontos de intersecção onde o conteúdo seja convergente ou divergente nos discursos dos diferentes entrevistados, interagindo os níveis assistenciais.

### **3. ANÁLISE DOS DADOS**

#### **3.1. O sistema municipal de Saúde Mental**

##### **3.1.1. Instrumentos oficiais**

No que se refere aos instrumentos legais que normatizam o sistema de saúde mental no município de Ribeirão Preto, cita-se primeiramente a Lei nº 6820 de 07/06/1994. Ela embasa a reforma psiquiátrica no município, bem como fornece substrato para os planos e ações a serem efetuados.

Esta lei foi posteriormente complementada pelas Leis 8621/1999, 096/1995.

Em termos resumidos, a Lei 6820:

- Proíbe a criação de novos hospitais psiquiátricos no município de Ribeirão Preto, bem como a contratação de novos leitos junto à iniciativa privada;
- Estabelece que os leitos psiquiátricos próprios, conveniados ou contratados pelo serviço público existentes no Município de Ribeirão Preto à época da criação da lei deveriam, no prazo máximo de 5 (cinco) anos, ser gradativamente substituídos por serviços comunitários de atenção à Saúde Mental, tais como: Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, Pensões Protegidas, Centros de Convivência, Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral, sem características manicomial e segregadoras. Para que isso pudesse ocorrer, ficava permitido o estabelecimento de convênios com o Estado visando a cooperação técnica e financeira para execução e criação desses serviços;
- No prazo máximo de seis meses da promulgação da lei, o município deveria compor um Conselho Municipal da Reforma Psiquiátrica;
- Estabelece como responsabilidade do Município, a criação do Serviço de Emergências Psiquiátricas, com funcionamento 24 horas, integrado ao serviço de emergência geral, completando desta forma, a rede de assistência à Saúde Mental.
- A administração municipal deveria garantir a existência de no mínimo, um serviço de atenção à saúde mental por distrito sanitário, que se responsabilizaria pela demanda do seu território de abrangência;
- Deveria ser assegurada a continuidade do atendimento a todo cidadão acometido de sofrimento mental, inclusive depois de cessada a crise

aguda, em equipamentos que promovessem a saúde, propiciando atividades de reintegração à sua comunidade;

- A internação psiquiátrica deveria ser utilizada como último recurso terapêutico, após esgotadas todas as outras formas e possibilidades terapêuticas prévias, e deveria objetivar a mais breve recuperação, suficiente para determinar a imediata ressocialização da pessoa acometida do transtorno mental, realizando-se sob o regime institucional e terapêutico menos restrito possível.

Um ano depois, a Lei de número 096, de 24/05/1995 complementa a lei ao homologar o regimento interno do Conselho Municipal da Reforma Psiquiátrica, cumprindo a exigência de um dos artigos da lei inicial.

### **3.1.2. O Programa de Saúde Mental do Município de Ribeirão Preto – SP.**

O Programa de Saúde Mental vigente (gestão 2005 – 2008) orienta-se pelos seguintes princípios básicos (SMS-2008):

- Desospitalização e desinstitucionalização do paciente psiquiátrico;
- Prioridade para as ações extra-hospitalares e multiprofissionais;
- Inserção das ações de Saúde Mental nos serviços gerais de Saúde;
- Resgate e preservação dos direitos e da cidadania dos doentes mentais.

Segue as diretrizes federais, sendo que a Política de Saúde Mental tem como objetivos: Reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar (Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais); incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; implementar o programa "De Volta Para Casa"; promover os direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; bem como garantir tratamento digno e de qualidade a todos os usuários.

Assim, as seguintes diretrizes são expressas de forma mais clara:

- Tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária;
- Entendimento das questões de álcool e outras drogas como problema de saúde pública e como prioridade no atual governo;
- Ratificação das diretrizes do SUS pela Lei Federal 10.216/01 e III Conferência Nacional de Saúde Mental;

- Fortalecer políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial;
- Consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial promotora da reintegração social e da cidadania;
- Implementar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego;
- Aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental.

Segundo o informe obtido na página da SMS (SMS, 2008): “Passados dez anos, ocorreram avanços significativos em Ribeirão Preto. Eram em 1990, 685 leitos para as internações agudas em nossa região. Atualmente conta-se com 90 leitos” e, segundo texto proveniente da mesma fonte (SMS, 2007):

Em 1994 a média mensal de internações psiquiátricas de moradores de Ribeirão Preto girava em torno de 150 a 200. Atualmente gira em torno de 40 a 50, mesmo com aumento populacional. Os serviços de atenção aos portadores de sofrimento mental, hoje, funcionam numa rede integrada e hierarquizada que conta, além dos serviços municipais, com parcerias do Hospital das Clínicas, do Sanatório Espírita Vicente de Paula (atualmente CAPS II-AD) e do Hospital Estadual Santa Tereza.

No entanto, para ser atendido nos serviços de saúde mental do município, é preciso encaminhamento de um médico de qualquer unidade de saúde, contrariando a idéia de que os CAPS e serviços ambulatoriais de saúde mental deveriam ter as portas abertas para a demanda em saúde mental de sua região, funcionando como reguladores das vagas e das necessidades de cada doente em particular (SMS, 2007).

Cabe ressaltar que os serviços se organizam e se relacionam, basicamente, de três maneiras diferentes, conforme a clientela atendida:

- Atendimento para adultos;
- Atendimento para crianças e adolescentes;
- Atendimento para dependentes químicos.

### **3.1.3. A evolução da reforma psiquiátrica no município**

Seguindo esses princípios normativos, procurou-se examinar no presente estudo quais deles e de que forma foram cumpridos, além de se detectar novas determinações, informais, que estabelecessem o funcionamento do sistema.

Junto à Secretaria Municipal de Saúde, bem como através das entrevistas realizadas nas diferentes unidades de saúde e com o coordenador do programa de saúde mental, obteve-se os seguintes resultados:

- Nenhum hospital ou mesmo leito psiquiátrico foi criado no município após a promulgação dessa lei, pelo contrário, houve uma gradativa redução do número de leitos psiquiátricos disponíveis no Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, chegando a 135 vagas para moradores e 90 leitos para internações agudas (divididos em masculinos, femininos e farmacodependentes). Cita-se ainda o fechamento de outras duas instituições não públicas que antes realizavam internações.
- Com relação à criação de novos serviços substitutivos, ressalta-se a criação de 20 serviços de residências terapêuticas. Desses, oito são administrados e financiados por um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e a instituição beneficente São Vicente de Paulo (a qual administrava um manicômio beneficente antes da reforma); e os outros 12, por uma OnG denominada SECAL juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde (representada pelo Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto). Todos esses serviços recebem supervisão do Ambulatório Regional de Saúde Mental.
- Quando se analisa a imposição da criação de um serviço de saúde mental por distrito sanitário, percebe-se que isso não ocorreu (SMS, 2008), sendo que são mantidas apenas 3 unidades de saúde para 5 distritos existentes. Dessas unidades, apenas uma opera com modelo CAPS, sendo que as outras atuam com modelo tradicional de atenção. Além disso, o Ambulatório Regional de Saúde Mental atende à demanda de dois outros municípios da região que ainda não criaram seus serviços próprios.
- O município dispõe de um Serviço de Emergências Psiquiátricas, porém não de responsabilidade própria. A unidade faz parte do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, sendo administrado por esta instituição e prestando atenção à demanda municipal por meio de convênio com a prefeitura.
- Quanto à questão das indicações de internação e o tempo de duração, o que foi obtido através das diversas entrevistas realizadas neste trabalho mostrou que as unidades de nível secundário têm evitado ao máximo a internação de seus pacientes, e que, o tempo de duração das internações psiquiátricas no Hospital tem sido o mais curto possível. Já com relação às internações realizadas no Hospital das Clínicas, o presente estudo não

será capaz de revelar informações, uma vez que esta unidade não foi contemplada.

- Todo paciente possui, através do Sistema Único de Saúde municipal acesso a todas as modalidades de atenção disponíveis (SMS, 2008), havendo assim, universalidade e integralidade de acesso dos usuários municipais.
- Quanto à criação de novos leitos em hospitais gerais, pode-se aferir que isso não ocorreu no período entre a promulgação da lei 6820 e o momento que os dados foram coletados (SMS, 2008).

#### **3.1.4. Novas determinações e medidas**

Por determinação da Coordenadoria de Saúde Mental, as unidades de atendimento ambulatorial devem reencaminhar à atenção básica à saúde os casos de menor complexidade ou aqueles que apresentem condições de alta, oferecendo suporte de retorno agendado para não haver perda de seguimento abrupta, bem como auxílio às equipes de atenção básica nas dificuldades inerentes a cada caso.

#### **3.1.5. Dados sobre o sistema**

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, disponíveis no Programa Municipal de Saúde de 2005 – 2008, a prevalência de transtornos mentais na população geral era de 507,2/100.000 habitantes (SMS, 2008 – Plano municipal de saúde).

O número de unidades de saúde continua o mesmo desde a publicação do plano de saúde. No entanto, o número de psicólogos da rede caiu de 26 no ano de 2005 para 21 em 2005 e o número de assistentes sociais manteve-se o mesmo (18) no mesmo período.

Estatísticas semelhantes não podem ser aferidas para o número de médicos psiquiatras engajados com o sistema de saúde mental, uma vez que se conta apenas com o número geral de médicos de toda a rede (o qual caiu de 574 para 541).

Quanto ao número de Terapeutas Ocupacionais, a queda foi ainda maior, de 9 para 4 profissionais.

#### **3.1.6. Programas e ações em andamento**

Os agentes comunitários de saúde receberam um treinamento para capacitação no cuidado a pacientes com transtornos relacionados ao uso ou abuso de álcool – PAI-PAD, programa implementado em Ribeirão Preto, pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, utilizando-se do AUDITT (Furtado et al, 2005).



Como se observa na própria página da Faculdade (FMRP, 2008):

O PAI-PAD é um programa iniciado em 1999 no Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O principal objetivo do programa é o desenvolvimento de estratégias e ações voltadas para a prevenção e atenção aos problemas causados pelo uso de álcool e drogas. Entre as principais atividades do PAI-PAD estão a elaboração de materiais didáticos e o treinamento de profissionais de saúde, além do desenvolvimento de projetos de pesquisa em áreas correlatas ao tema álcool e drogas.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) escolheu o PAI-PAD para conduzir a implantação e disseminação das EDIB's - Estratégias de Diagnóstico e Intervenção Breve para problemas relacionados ao álcool. O projeto da OMS, que será um modelo para países em desenvolvimento, está sendo aplicado no Brasil e na África do Sul.

Na região de Ribeirão Preto, o PAI-PAD promove a disseminação das EDIB's principalmente através de treinamento de equipes da Atenção Básica de Saúde.

Atualmente a Coordenadoria de Saúde Mental tem se empenhado em realizar o levantamento dos moradores de rua do município, juntamente com a Secretaria de Assistência Social, procurando ativamente a presença de transtornos mentais nessa parcela da população, bem como de outros agravos à saúde.

O município continua investindo na criação e aprimoramento dos serviços de residências terapêuticas e a realização de um curso para capacitação dos cuidadores que atuam nessas unidades estava ocorrendo na época em que as entrevistas foram realizadas, não sendo possível aferir informações e repercussão dessa medida.

Com relação aos atendimentos de urgência e emergência, a SMS padronizou e aplicou os protocolos de atendimento a transtornos mentais nos serviços de Pronto-Atendimento existentes nas Unidades Distritais de Saúde. Dessa forma procurou-se reduzir o número de encaminhamentos impróprios para o serviço de urgências psiquiátricas, além de proporcionar um melhor atendimento aos pacientes nessas unidades.

Seguindo essa linha, um psiquiatra da rede municipal de saúde realizava eventualmente atendimentos nessas unidades, estando autorizado a realizar internações diretas no Hospital Psiquiátrico sem a passagem pela unidade de emergência. Com isso buscou-se também reduzir o tempo de espera por vagas de emergência nas Unidades Distritais.

Recentemente, com a criação do CAPS-III, espera-se uma redução estimada de 80% no volume de pacientes que aguardavam diariamente atendimento de urgência nas unidades distritais de saúde (Anexo II).

### **3.1.7. Unidades que compõe o sistema de saúde mental**

Após a implementação da reforma psiquiátrica no município, todos os níveis de atenção estão engajados no cuidado a esse tipo de demanda.

Podem-se dividir as unidades em próprias do município e aquelas conveniadas ou contratadas (SMS, 2008).

#### Unidades Próprias do Município

A cidade dispõe de ampla rede de atenção básica à saúde, que por sua vez, apresenta três tipos de unidades: unidades básicas de saúde de modelo tradicional de atenção, unidades básicas de saúde com PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e unidades de saúde com modelo PSF (Programa de Saúde da Família).

Já com relação à atenção especializada, o município dispõe de duas unidades ambulatoriais para o atendimento da demanda de saúde mental: O CAPS-II, que cobre a demanda do distrito central e o ARSM, responsável pela demanda dos distritos Leste, Norte e Sul.

Conta-se ainda com uma unidade de CAPS-III recentemente implantada, porém sem dados aprofundados disponíveis devido ao pouco tempo de funcionamento.

Todas essas unidades prestam serviços de psicoterapia.

Para crianças e adolescentes (de 0 a 18 anos incompletos) sem problemas relacionados ao uso de drogas e/ou álcool é oferecido atendimento psiquiátrico e/ou psicológico nas unidades básicas de saúde.

Existe ainda o PAM (ambulatório de especialidades pediátricas), que consiste em uma unidade de atendimento para crianças contando com 2 neurologistas infantis, 2 psiquiatras infantis, assistente social e fonoaudiólogo.

Ainda para o cuidado infantil, as unidades distritais oferecem atendimento em psicologia, pelo trabalho de três profissionais que prestam serviço nessas distritais de saúde. Funciona então como uma forma de complemento ao atendimento prestado nas unidades básicas de saúde.

Para as situações de emergências psiquiátricas, o município não oferece serviço próprio. Existe, para tal, a Unidade de Emergências Psiquiátricas do HC-FMRP-USP, que centraliza toda a demanda de emergência da região.

#### Unidades Contratadas/Conveniadas

Com relação à atenção básica, o município possui convênio com o Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, oferecendo unidades básicas de saúde no distrito oeste da cidade que atuam com modelo PSF. Essas unidades são administradas pela FMRP-USP e recebem recursos da prefeitura municipal

conforme os procedimentos realizados, além de recursos próprios provenientes da faculdade.

No nível especializado, os ambulatórios do HC-FMRP-USP prestam atendimento aos usuários do município e da região de Ribeirão Preto, contemplando também atendimento à demanda infantil.

A mesma Faculdade de Medicina, também através de seu Centro de Saúde Escola, administra o Núcleo de Saúde Mental, unidade ambulatorial de saúde mental responsável pela demanda do distrito oeste da cidade, bem como um serviço de Hospital-Dia para usuários da região e de Ribeirão Preto.

A unidade de CAPS-AD, específica para o cuidado de usuários com problemas relacionados a farmacodependência (álcool e drogas), é gerida por uma OnG, recebendo recursos da Prefeitura e de outras fontes – Sanatório Espírita São Vicente de Paulo.

Para atendimento de psicologia, o município possui convênios com duas universidades instaladas na cidade: USP e UNAERP. Profissionais e alunos dessas unidades prestam atenção a uma parcela da demanda que necessita de abordagem psicoterapêutica.

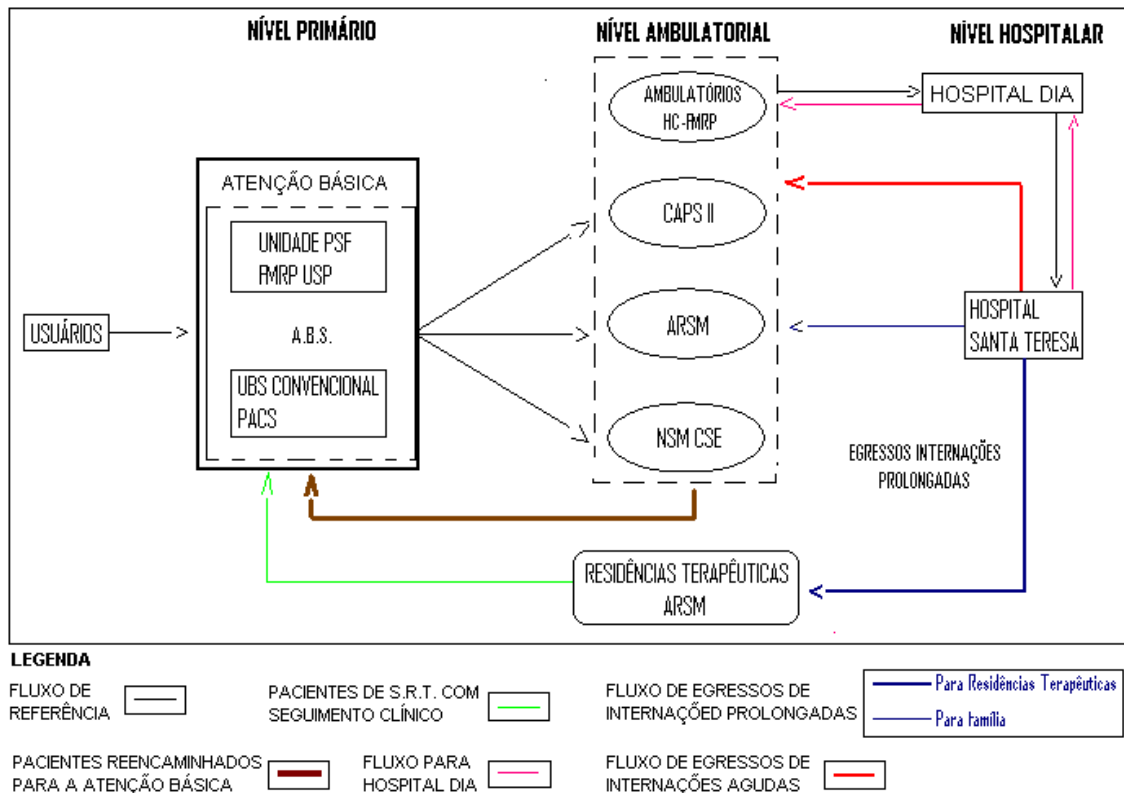
No nível hospitalar, existem convênios para internações psiquiátricas de casos agudos, em duas unidades diferentes: Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (Santa Teresa) e HC-FMRP-USP.

### **3.1.8. A rede de atendimento integrada**

De forma a proporcionar melhor entendimento do sistema de saúde mental de Ribeirão Preto, dividiu-se o mesmo em três organogramas diferentes:

Fluxo de atendimento ambulatorial, fluxo de urgências e fluxo de usuários com problemas relacionados ao uso ou abuso de substâncias.

Esquema I: Fluxo de atendimento ambulatorial:



Nos blocos que compreendem a atenção básica, foram inseridas as duas unidades contempladas neste estudo de forma mais específica, mas vale lembrar que todas as outras unidades desse nível também se articulam da mesma maneira.

O usuário apresentando necessidades de atenção em saúde mental procura primeiramente a unidade básica de saúde de sua área de abrangência. Nessa unidade, seu atendimento é feito por um clínico geral no caso de pacientes adultos, ou, em algumas unidades, por um pediatra, no caso de crianças.

A partir daí, esse paciente pode ser encaminhado para o nível ambulatorial ou pode ser seguido na própria unidade básica de saúde, com atendimentos esporádicos realizados pelo clínico geral ou pediatra.

Caso haja necessidade de encaminhamento, é realizada uma carta de referência e o paciente procura diretamente a unidade de saúde especializada para agendar sua consulta. Diferentemente das outras especialidades médicas, não existe central de agendamentos para casos psiquiátricos no município.

Cada unidade especializada possui uma forma diferente de lidar com a sua demanda, o que será descrito mais à frente neste trabalho.

Já na unidade especializada, o usuário recebe atendimento conforme as necessidades específicas de seu caso, dentro do que é oferecido pela unidade.

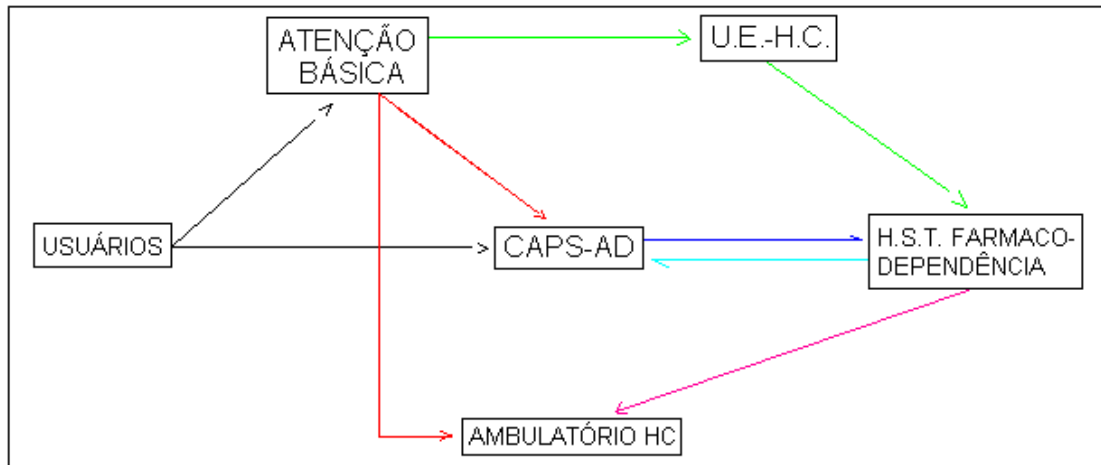
Em outro sentido de fluxo, existem os pacientes que estiveram internados no Hospital Psiquiátrico, sejam eles egressos de internações agudas após episódios de surto, ou ex-moradores do manicômio que receberam alta para a sociedade.

No primeiro caso, os pacientes são encaminhados para a unidade especializada de sua área de abrangência. Esses podem ter seu primeiro contato com a unidade neste momento, ou já serem pacientes seguidos por essa unidade, sendo que, de qualquer forma, por convenção entre as diferentes unidades de saúde mental, a “consulta de egresso” é agendada em um prazo menor que 10 dias para início ou reinício do seguimento.

No segundo caso, os ex-moradores possuem duas opções: retornarem para as suas famílias, sendo seguidos nas unidades respectivas como acima descrito, ou incorporarem-se em um dos serviços de residência terapêutica oferecidos pelo município. No caso das residências terapêuticas, o seguimento é feito no Ambulatório Regional de Saúde Mental, como definido desde a criação desses serviços. Vale lembrar que esses moradores recebem atendimentos clínicos nas unidades básicas de saúde da área onde essas residências estão instaladas.

Pacientes que vinham sendo seguidos no nível especializado de atenção, em casos de melhora, ou após uma consulta onde não se observa a necessidade de manutenção nesse nível, por determinação da Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2006, devem ser reencaminhados para as unidades básicas de saúde, realizando seu seguimento nessas unidades.

Esquema II: Fluxo para usuários relacionados a problemas com substâncias químicas:



Os usuários do sistema que possuam problemas relacionados ao uso ou abuso de substâncias químicas têm duas alternativas para entrarem no sistema:

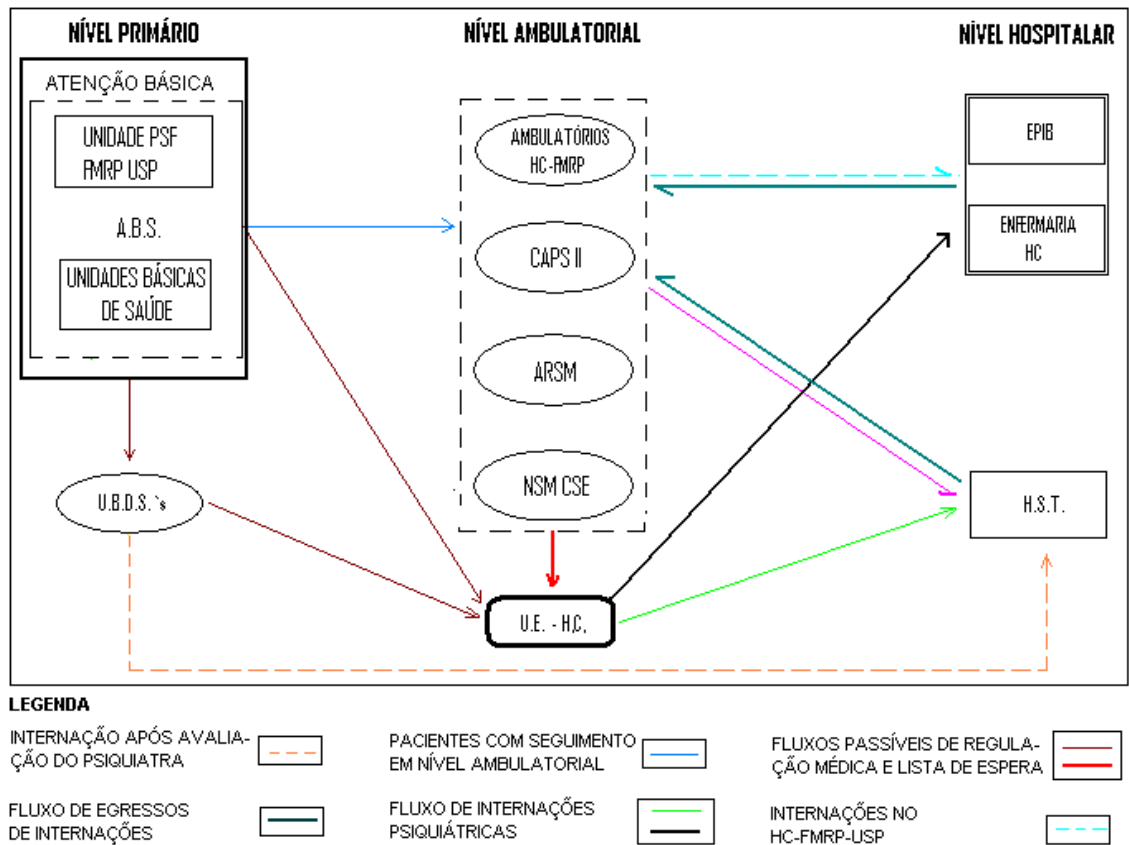
No primeiro caso, podem procurar unidades básicas de saúde, sendo então referenciados para as unidades de álcool e drogas que realizam esse tipo de atendimento no município – CAPS-AD e Ambulatórios do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Na segunda opção, o paciente pode, por demanda espontânea, procurar o CAPS-AD, não necessitando de encaminhamento. Já com relação aos ambulatórios do HC-FMRP-USP, isso não é possível.

Em outro caso, pacientes que passaram por internações no hospital psiquiátrico com fins de abstinência forçada, são encaminhados para uma das duas unidades citadas anteriormente.

Após a alta, o indivíduo pode simplesmente ser liberado, ou ser reencaminhado para as unidades de Atenção Básica à Saúde.

Esquema III: Fluxo de urgências e emergências:



Especificamente para casos que necessitem de atendimentos de urgência e emergência, o fluxo é o seguinte:

O paciente, ou seu familiar podem procurar as unidades básicas de saúde em horário comercial, ou uma das unidades distritais, nos serviços de pronto-atendimento.

Depois de realizada a avaliação pelo clínico-geral responsável, caso seja detectado um caso de emergência psiquiátrica, o médico entra em contato com a central de regulação de vagas de urgência/emergência do município, que por sua vez analisa a necessidade de internação do caso encaminhado e entra em contato com a Unidade de Emergências Psiquiátricas do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Caso haja uma vaga disponível para internação, o paciente é encaminhado no mesmo momento. Não havendo a vaga, o paciente deve aguardar a liberação da mesma nas unidades distritais de saúde, onde fica sob cuidado intensivo até a sua transferência.

Em outro caso, o paciente que já é seguido em nível especializado pode procurar a unidade onde faz seu acompanhamento. Não havendo possibilidade de contenção da urgência nessa unidade, o paciente tem duas alternativas: ser encaminhado diretamente para o hospital psiquiátrico, o que é feito pelo psiquiatra da unidade especializada; ou ser encaminhado para a unidade de emergências, se, por exemplo, houver suspeita de uma co-morbidade clínica.

Uma vez na unidade de emergências, o paciente é avaliado por uma equipe que é composta por médicos assistentes, residentes de psiquiatria e docentes da FMRP-USP. Há um prazo máximo de 72 horas de permanência nessa unidade, sendo que o paciente pode ser liberado de alta, em casos de melhora; ou pode ser encaminhado para uma das unidades de internação disponíveis – Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, EPIB (HC-FMRP-USP) ou EPQU (HC-FMRP-USP).

Recentemente, uma outra opção passou a ficar disponível para alguns casos. Como já citado, um psiquiatra vinculado à Secretaria Municipal de Saúde realiza um atendimento aos pacientes que se encontram esperando por vagas nas unidades distritais de saúde. Isso somente ocorre se existe demora muito grande por uma vaga na Unidade de Emergências do HC-FMRP-USP.

Após essa avaliação, esse médico, que se encontra autorizado a realizar internações diretas no hospital psiquiátrico, pode fazê-la se achar necessário, sem o paciente ter que passar pela unidade de emergência do HC.

Com a implantação da nova unidade de CAPS-III, essa lógica sofreu discreta mudança, a qual não pode ser aferida neste trabalho.

### **3.1.9. Espaços de relacionamento institucional entre as unidades componentes do sistema**

Semanalmente, os atores das diferentes unidades de saúde mental do município se reúnem para discutir questões relacionadas a pacientes que receberam alta de serviços de internação, ou mesmo para discutirem questões gerais sobre políticas, sobre problemas das unidades e/ou do sistema. Além disso, o espaço serve para proporcionar solução para problemas específicos de alguns pacientes ou do sistema como um todo.

Diferentes opiniões sobre esse espaço puderam ser colhidas durante o percurso do presente trabalho, e serão discutidas mais adiante.

### **3.1.10. Financiamento da saúde mental**

Os recursos para os serviços próprios municipais são provenientes do Fundo de Saúde Municipal, conforme orçamento estipulado. Como já sabido, os recursos que abastecem esse fundo são provenientes das três esferas de administração pública.

Para unidades de atenção básica, segue-se o protocolo de financiamento dessa modalidade de atenção, sem haver dinheiro extra para ações em saúde mental.

Para as unidades de atenção à saúde mental, os recursos Federais são enviados conforme o preenchimento das APAC's. No entanto, esses recursos não são suficientes



para o custeio das unidades. É preciso que o município adicione recursos próprios para completá-los. Mais adiante será discutido como as unidades lidam com esses recursos.

Já o CAPS-AD recebe recursos como as outras unidades, através de APAC's, complemento do município, e recursos da OnG que o administra, de caráter beneficente, conforme a necessidade da unidade.

Unidades conveniadas do Estado (HC-FMRP-USP e Hospital Psiquiátrico) recebem recursos de forma própria, fora do orçamento municipal.

### **3.2. Modalidades de atenção oferecidas**

Neste tópico pretende-se descrever de forma sucinta o que cada unidade pode oferecer aos usuários do sistema.

#### **3.2.1. Atenção Básica à Saúde**

Como descrito na metodologia, houve contato do pesquisador com duas diferentes unidades de atenção básica. Uma delas funcionando com modelo tradicional e equipe de PACS e outra que atua com modelo PSF. No segundo caso, trata-se de uma unidade vinculada à FMRP-USP, sendo administrada pela faculdade.

Dividiu-se então este tópico em cinco subunidades: atividades oferecidas; atendimento a portadores de transtornos mentais; papel dos agentes comunitários de saúde; educação continuada e capacitação da equipe; e ações intersetoriais.

#### **Unidade Básica de Saúde – Modelo tradicional com equipe PACS**

Possui uma demanda populacional estimada em janeiro de 2007 de 11.500 habitantes e atua com modelo PACS, realizando visitas domiciliares através dos agentes comunitários de saúde diariamente e por médicos e enfermeiros conforme a demanda.

##### *Atividades oferecidas:*

- Atendimento de consultas em clínica geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria e odontologia.
- Realiza ainda pequenos procedimentos e medicações, para alguns casos mais simples.
- Possui farmácia própria que dispensa medicamentos à população de sua área de abrangência.
- Grupos para hipertensos, gestantes e diabéticos, os quais são oferecidos a toda população, porém, segundo a coordenadora, a participação de doentes mentais nessas atividades é incomum e dificultada pela própria doença.
- Não oferece grupos específicos para portadores de transtornos mentais.

##### *Atendimento a portadores de transtornos mentais*

O paciente procura a unidade onde passa por consulta com clínico geral ou pediatra, porém não recebe suporte nesta unidade, sendo daí encaminhado para o nível secundário (ARSM é o local de referência).

Em casos considerados mais leves, onde não se detecta a necessidade de encaminhamento a níveis de maior complexidade, o paciente passa por consulta eventual na unidade básica, para avaliação da estabilidade de seu quadro.

Nessa consulta eventual, realiza-se a troca das receitas ou o ajuste da dose de alguns medicamentos de controle menos complexo.

Por outro lado, se houverem sinais de risco, esses pacientes são encaminhados ao nível secundário.

O coordenador acredita que a unidade não possui preparo técnico, suporte ou estrutura física para lidar com esses casos, o que justifica o modelo de atendimento descrito, e que, mesmo que muitos pacientes prefiram permanecer em seguimento na unidade básica, não querendo ser encaminhados para o nível especializado, a referência é a melhor alternativa para esses usuários, devido ao fato de não haver estrutura apropriada.

Mas pra gente é uma situação estressante, porque a gente não tem, se o paciente chega numa situação agressiva, ou numa situação de risco, a gente não tem suporte pra estar lidando com esse paciente, primeiro porque a gente não tem preparo técnico pra isso, tá certo? E segundo que a gente não tem estrutura física na Unidade.

É um paciente, assim, que deixa toda a equipe estressada.

Seguindo essa linha, o paciente, ou seu familiar, recebe uma guia de referência em mãos e deve procurar a unidade de saúde mental para agendar a consulta em nível especializado. Esse agendamento de consulta é feito somente na unidade de saúde mental, ficando o usuário submetido à rotina do ambulatório a partir de então.

No outro sentido de fluxo, seguindo determinação da SMS, alguns pacientes têm sido reencaminhados para a atenção básica, devendo realizar o acompanhamento de suas necessidades nesse nível. São pacientes que foram avaliados e reencaminhados devido a menor complexidade de suas doenças, ou pacientes que receberam alta do tratamento em nível ambulatorial.

Esses deveriam retornar com orientações para o seguimento no nível básico, porém, segundo o coordenador, as cartas de contra-referência, quando realizadas, não ajudam muito no acompanhamento dos pacientes readmitidos, deixando a equipe com dificuldades para administrar os medicamentos e acompanhar esses pacientes.

Quando o paciente retorna pra nós, muitos vêm muitas vezes com uma carta de contra-referência mínima, minimamente descrita, porque tem alguns medicamentos que o paciente tá em uso crônico que às vezes a gente não tá familiarizado. Então, ele vem pra você estar renovando aquela receita ou pra você estar reavaliando e reencaminhar no caso de piora do quadro e às vezes a gente não sabe lidar com essa receita, com esse medicamento, quais as contra-indicações, quais os efeitos colaterais, né.

Por conta disso, o mesmo acredita ainda que a equipe deveria receber uma melhor capacitação para lidar com esses casos, o que não havia ocorrido até o momento em que a entrevista foi realizada.

Quando questionado, afirmou que, paralelamente, não houve tampouco iniciativas da equipe em buscar maior capacitação para esse problema, sendo que alguns cursos pontuais chegaram a serem oferecidos anos atrás, mas o desinteresse dos profissionais da equipe foi importante.

É, às vezes, a gente recebe folder de alguns cursos e os profissionais vão se tiver interesse, tá certo? Mas a maior parte das vezes a gente vê que em relação à saúde mental tem um desinteresse muito grande, né. Talvez, porque é os profissionais não estejam familiarizados a tar tratando com o assunto, ou mesmo porque não seja do seu interesse tar tratando o assunto saúde mental. Então, eu vejo que existe um desinteresse, vamos colocar assim da própria equipe, né nesse sentido.

Especificamente para questões de dependência química, foi realizado o PAI-PAD, havendo participação da equipe e maior capacitação para esse tipo de problemas.

Assim, os agentes comunitários de saúde se encontram mais capacitados para detectarem problemas relacionados ao álcool na comunidade, trazendo de forma ativa essa demanda específica para a unidade de saúde.

#### *Papel dos agentes comunitários de saúde*

Ocorre participação dos agentes comunitários em diversas atividades existentes na comunidade, sendo que esses profissionais trazem consigo informações importantes tanto em termos de saúde mental, como acerca de questões sociais e familiares para a equipe durante as reuniões e os grupos realizados na unidade em questão.

Para pacientes que se encontram em atendimento no ambulatório de saúde mental, essas informações não chegam à unidade especializada pela falta de comunicação institucional entre os dois níveis.

#### *Educação continuada e capacitação da equipe*

No passado, existiram cursos oferecidos para questões de saúde mental, com o intuito de capacitar melhor a equipe nessa área, porém, como citado anteriormente, o desinteresse dos profissionais foi importante, tanto pelo fato de não estarem familiarizados com o assunto, como pelo fato de não haver interesse real.

Exceção está no PAI-PAD, oferecido aos auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos. Esse curso capacitou praticamente todas as equipes de atenção básica para aplicação do AUDIT, promovendo uma busca ativa de usuários do sistema com problemas relacionados ao uso/abuso de álcool.

No entanto não existia nenhum outro espaço formal de capacitação da equipe para lidar com transtornos mentais.

Segundo o entrevistado, esse aprendizado ocorre no dia-a-dia, de maneira informal, conforme as demandas às quais o serviço é exposto.

Porém a necessidade de capacitar essa equipe em questões de saúde mental é inerente, principalmente depois que houve a imposição da SMS para a contra-referência de pacientes para a atenção básica. No entanto, critica-se o fato de que mesmo com essa imposição, a SMS não ofereceu nenhum espaço ou iniciativa de educação em saúde.

Um trabalho mais específico no sentido de nos capacitar ou de capacitar a equipe pra tar recebendo esses pacientes de volta, mesmo com orientações simples, orientações gerais a respeito do que a gente vai ta recebendo, isso não foi feito.

#### *Ações intersetoriais*

A unidade conta com o auxílio da Secretaria da Cidadania do município que contribui com o fornecimento de materiais para realização de atividades e oficinas, e segundo o entrevistado, essa relação poderia ser aprimorada, uma vez que considera a mesma ainda muito superficial.

Eu diria que poderia ser melhor, tá.  
Aqui a relação eu acho que ainda é um pouco tênue, isso pode ser mais incrementado, isso precisa ser mais aprofundado né. Eu acho que ainda é muito, é muito superficial.

Eventualmente ocorrem iniciativas conjuntas com a Secretaria de Educação, para atuação nas escolas, promovendo atividades de educação em saúde para os alunos da rede pública de ensino. Essas atividades ocorrem de forma eventual, sem a existência de um convênio formal, conforme as necessidades levantadas.

Outras ações conjuntas com setores diversos também ocorrem eventualmente, tais como igrejas e associação de bairro, porém seguem o exemplo da Educação.

Quando questionado sobre a participação da comunidade, o coordenador levanta a necessidade de uma maior participação dos usuários na construção da unidade de saúde, e das atividades oferecidas, inclusive na tomada de decisões.

É, tá sendo muito difícil no sentido da própria comunidade querer participar, porque gera, acho que trabalho gera responsabilização pra todos, né, e a

comunidade é que tem que assumir a maior responsabilização em tudo isso, né.

### Unidade de Saúde PSF – vinculada a FMRP-USP

Fica localizada no distrito oeste da cidade e cobre uma demanda aproximada de 4.000 usuários.

Além de possuir a equipe básica de atenção à saúde da família, conta com cinco residentes do programa de Medicina de Família e Comunidade do HC-FMRRP-USP, e serve de campo para estágios de alunos da FMRP-USP no quinto e sexto ano de medicina, alunos de odontologia, farmácia, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrição e enfermagem; bem como para alunos de programas de pós-graduação, e aprimorandos de psicologia.

#### *Atividades oferecidas*

- Consultas clínicas realizadas por médicos generalistas (residentes, alunos, médico de família) nas três áreas básicas: Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia;
- Consulta de enfermagem e consultas odontológicas;
- Atividades de terapia ocupacional e orientação nutricional;
- Um profissional educador físico que realiza atividades com os usuários na própria unidade;
- Grupos: surgimento com o início da unidade, primeiramente com o grupo de acolhimento para caracterizar a demanda e o perfil dos usuários do serviço. Atualmente os grupos surgem conforme a necessidade. Exemplos são o grupo de artesanato, o PIC, grupo de convivência, grupo de Tai-Shi-Shuan, grupos para diabéticos e hipertensos.
- Não há dispensa de medicamentos na unidade, sendo que os pacientes os recebem na unidade distrital de referência (distrito oeste). O entrevistado enxerga isso como uma dificuldade.
- Mesmo não havendo serviços de residência terapêutica nessa área, o coordenador acredita que não haveria problemas para a participação dos moradores de residências terapêuticas de outros bairros nos grupos oferecidos pela unidade.

#### *Atividades oferecidas a portadores de transtornos mentais*

Esses pacientes entram na unidade e recebem o mesmo tipo de atenção oferecido aos outros usuários.

Devido à interface com a universidade e à ocorrência de uma reunião semanal de assessoria com um docente de psiquiatria, uma enfermeira psiquiátrica, e um médico residente em psiquiatria, a equipe encontra-se capacitada para lidar com a grande parte dessa demanda na opinião do coordenador.

Eu não queria ficar “ai a gente é muito bom”, não é isso, mas eu acho que a gente tem uma assistência de qualidade, a gente fecha diagnóstico, a gente trata, acompanha.

Trata-se de discussões semanais de casos que envolvam saúde mental ou doenças psiquiátricas, desde aqueles que são recém-chegados à unidade e que haja dúvidas sobre diagnóstico, terapêutica ou seguimento; até casos que não apresentem melhora satisfatória para o programa terapêutico implementado inicialmente. Da mesma forma, pacientes com maior complexidade que não conseguiram atendimento em nível secundário, podem ser conduzidos até a consulta em nível especializado na unidade básica.

Desde o início das reuniões de consultoria, o coordenador acredita que a equipe adquiriu capacitação para lidar com casos envolvendo saúde mental, levando diretamente a uma maior autonomia da equipe. Isso se reflete inclusive em uma necessidade de frequência menor de reuniões com os supervisores.

Eu agora acho, né, que essa supervisão podia ser espaçada, porque essa supervisão é semanal.  
A equipe já tem perna pra andar sozinha, né, então, talvez, não semanal, mas mensal, pra aqueles casos mais complicados que a gente pudesse encaminhar.

Mais especificamente, acredita que os agentes comunitários de saúde estejam mais capazes atualmente sendo possível lidar com casos de maior complexidade na atenção básica à saúde, diminuindo a demanda referenciada para o nível ambulatorial secundário.

A equipe ela tem muito mais autonomia pra lidar com os casos, os agentes comunitários têm um olhar muito aguçado, e percebem muito bem isso, quando tem alguma coisa de diferente.

Soma-se a isso, o fato de que essas iniciativas continuam sendo interessantes para a formação dos alunos dos cursos que participam da unidade, bem como para os médicos residentes do programa de Medicina de Família e Comunidade.

Já grupos específicos para portadores de transtornos mentais não existem nessa unidade, sendo que esse tipo de usuário é estimulado a participar dos grupos oferecidos à toda a população, funcionando como forma de evitar os rótulos ou estigmas.

A gente não tem assim, um grupo de deprimido, pra não rotular, né. A gente teve um grupo, há pouco tempo atrás, que agora acabou, que era um grupo de

perda, né, que a terapia ocupacional tava junto com a gente, a enfermeira, os agentes comunitários, e a população alvo eram pessoas que tinham perdido alguma coisa, um emprego, algum ente querido, alguma coisa que tivesse mudado a rotina, né, então, assim, esse era o grupo com nome mais próximo de um rótulo.

#### *Papel dos agentes comunitários de saúde*

- Trazer ativamente novos usuários que possam usufruir da unidade, o que o entrevistado chama de “busca ativa”;
- Assistência mais intensiva quando isso se fizer necessário, o que se reflete em um número maior de visitas com enfoque específico para o problema que está sendo enfrentado (sempre após elaboração de plano de ação discutido em equipe);
- Atenção fornecida por integrantes da comunidade, o que tende a reduzir os estigmas: importante característica para a adesão do paciente com transtorno mental à unidade e ao acompanhamento;
- É o elo mais importante entre a unidade e sua clientela, mais uma vez ressaltando que o profissional faz parte dessa comunidade, sendo dono de uma percepção que os outros profissionais, que não fazem parte desse contexto sócio-cultural da não possuem.
- Incentivam os usuários a participarem das atividades da unidade, de debates políticos, da tomada de decisões da comunidade e muitas outras atividades sociais, identificando lideranças que possam se engajar na promoção de melhores condições sociais (promoção de saúde).

O agente comunitário, que é alguém da comunidade, hoje em dia fala-se: “ah ele é o elo com a comunidade!”. Ele é muito mais que isso, né, ele não é só um elo, ele não é um profissional de saúde, não executa atividades de saúde, mas ele conhece aquela comunidade como ninguém, ele tem “feeling”, ele percebe, ele é muito atuante, e a gente tem pouco papel, hoje, da participação popular e o agente comunitário ajuda a fazer isso, a incentivar as pessoas, identificar líderes na comunidade, pra fazer parceria com a comunidade e melhorar aquele espaço.

#### *Educação Continuada e capacitação da equipe*

Há dois anos, houve um curso promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, não havendo outras iniciativas promovidas pela mesma, ou por outras entidades da esfera governamental desde então.

No entanto, na opinião do entrevistado, a unidade se baseia na mais importante de todas as formas de capacitação: o aprendizado no dia-a-dia, de acordo com as reais demandas da equipe. Isso ocorre na medida em que as necessidades são discutidas em

equipe e, a partir daí, pode-se realizar seminários com os alunos, discussão de casos nas consultorias com docentes, bem como conversas informais no ambiente da unidade.

Nessas discussões de equipe todos são estimulados a participar com aquilo que sabem.

O que eu mais acredito, o que eu acho que mais dá crescimento, é aprender no trabalho, né, de acordo com aquele caso que eu tô com dúvida, eu discuto e eu aprendo, isso não vale só pra aquilo, né, vale mais que uma aula teórica. A gente tem seminários, né, no nosso Núcleo, e a gente tem todo dia uma reunião que, muitas vezes, onde a gente discute as famílias, né, os agentes comunitários, os alunos residentes, qualquer membro da equipe traz os casos pra discutir e a gente discute não só a questão do quadro social, mas a patologia e de um jeito que todo mundo entenda. E isso é muito rico, né, não tem uma aula que faça com que você capte isso tudo, então, esse aprendizado no dia-a-dia eu acho que é muito importante.

Uma vez que a equipe tenha adquirido um determinado conhecimento através desses espaços, isso é levado até os usuários e compartilhado com a comunidade da melhor forma possível.

Com relação às iniciativas verticais, ou seja, originadas nas maiores esferas da administração pública o entrevistado acredita que na maior parte das vezes, essas iniciativas acabam não sendo boas, uma vez que podem não condizer com as reais necessidades daquela equipe e daquela comunidade no momento em que são aplicadas.

É claro que cursos de capacitação, de treinamento, eles são importantes, eles são importantes pra sedimentar um conhecimento. Mais, uma coisa que me incomoda é quando vêm de cima pra baixo. Então, quando vem essa demanda da própria equipe, a gente discute, acho que isso é o que mais capacita. Pra mim esse é o grande “Tchan”.

Esse fato, segundo o investigador, demonstra a importância e a adequação da descentralização das tomadas de decisão, bem como da participação da comunidade nesse processo.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, mais especificamente com relação à saúde mental, o entrevistado acredita ainda que a falta de capacitação de médicos e demais profissionais que atuam na atenção básica, assim como uma falta de interesse desses personagens em lidar com esse tipo de demanda seja uma das causas mais relevantes de encaminhamentos desnecessários para o nível secundário e do conseqüente esgotamento que tem ocorrido nesse nível, manifestado pela falta de vagas e pela demora muito grande para consultas.

Acho que falta, vou falar dos meus colegas, capacitação não só pros médicos de família, que tão atuando em outras unidades de saúde da família, mas profissionais que tão atuando como clínicos, né, que uma unidade básica de saúde você tem um clínico, um G.O. e um pediatra; e o clínico, muitas vezes,



ele pode até identificar, mas ele não pode prescrever, então eu acho que falta capacitação, e a capacitação possibilita a prescrição de medicamentos, porque se o médico de família pode prescrever, e assim, ele resolve tantos casos, ele diminui o número de encaminhamentos pro secundário, a gente percebe que o clínico, muitas vezes, não sabe, né.

Primeiro, precisaria capacitar os profissionais que tão na ponta, pra diagnosticar e tratar os transtornos mentais, e uma coisa básica, quando encaminhar. Quando ele tem que ser encaminhado pro secundário? Quando ele não tem que ser encaminhado? Mas, pra isso, o profissional tem que ser capacitado, pra isso ele tem que ser treinado.

### *Iniciativas intersetoriais*

Existem grupos de integração como o PIC – juntamente com a prefeitura – além dos grupos de convivência oferecidos pela unidade, onde os usuários realizam atividades de integração social, discussões sobre temas de política, sendo esse último considerado pelo entrevistado como um grupo de promoção de saúde.

Além disso, a unidade conta com o apoio de empresas da cidade e da comunidade para uma série de atividades sociais realizadas no núcleo (“café-da-manhã” em locais públicos, almoços coletivos e oficinas de trabalho, por exemplo). Essas iniciativas ocorrem conforme a necessidade e disponibilidade das empresas e da unidade de saúde, sem algo pré-definido ou qualquer convênio formal firmado.

Outra instituição citada onde há uma boa relação, apesar de informal, é o Conselho Tutelar, especificamente em caso de famílias com problemas. Da mesma forma, nada de formal existe entre as duas instituições, ficando na dependência das demandas eventuais.

A principal parceria, no entanto, é com a Universidade de São Paulo, uma vez que leva a um aporte de recursos humanos, de informações, e de uma gama possibilidades, sendo um ponto diferencial desta unidade em relação às outras unidades de atenção básica na opinião do entrevistado, justamente pela disponibilidade de espaços de educação continuada, como já citado.

### **3.2.2. Atenção Especializada Ambulatorial**

Essa descrição se fará em três tópicos: descrição da unidade; espaços institucionais de diálogo com outros níveis de atenção; e iniciativas intersetoriais.

### CAPS-AD – Unidade de atenção para transtornos relacionados ao uso de substâncias químicas

#### *Descrição da unidade*

A unidade, localizada no Distrito de Saúde Oeste da cidade é referência para os casos relacionados com uso de substâncias de todo o município. Conta com 3 médicos psiquiatras, 1 médico clínico geral, 4 psicólogas, 2 enfermeiras, 3 profissionais de

terapia ocupacional, 2 auxiliares de enfermagem, 2 assistentes sociais, 1 professor de capoeira, 1 nutricionista e 2 recepcionistas.

A equipe é praticamente a mesma que já trabalhava no antigo Sanatório Espírita São Vicente de Paulo, tendo sido submetida a um treinamento realizado pela UNIFESP há 11 anos (PROAD), com enfoque nas questões de álcool e drogas.

Na opinião do entrevistado, o que existe em termos de recursos humanos é suficiente para função à qual a unidade se presta.

Possui espaço físico grande e privilegiado, tratando-se do antigo sanatório espírita, sendo essa uma boa característica da unidade. No entanto, devido ao grande espaço, e restrição de recursos financeiros, existem alguns problemas relacionados com a manutenção da unidade.

Somos uma equipe, a gente tem um número suficiente pro atendimento que nós realizamos. E com relação ao espaço físico, nós temos um espaço excelente, a gente tem um espaço enorme, nós fomos privilegiados com essa instituição, né.

Dos problemas que a gente tem é a manutenção, né, o Sanatório Espírita Santo Vicente Paulo é uma instituição filantrópica, que também vive de doações e de recursos vindos do município, do Ministério da Saúde e que e acaba tendo dificuldade financeira, esse é um dos entraves que a gente requer.

A unidade funciona de segundas a quintas-feiras das 8 às 21 horas e às sextas-feiras das 8 às 17 horas.

Possui a seguinte divisão operacional:

Semi-internação – Onde os usuários permanecem por quatro ou oito horas, sendo realizado um programa terapêutico individualizado, no qual o próprio paciente participa da elaboração. Esses usuários participam de todas as atividades oferecidas pela unidade.

Ambulatório – Realiza consultas, atendimentos individuais, psicoterapia (individual e em grupo), terapia de família, grupos e oficinas, atendimento nutricional, atividades esportivas e visitas domiciliares (realizadas por assistente social e auxiliar de enfermagem duas vezes por semana).

Oferecem as seguintes oficinas terapêuticas: jornal vivo, papel reciclado, mosaico, tapeçaria, bijuteria, capoeira, “Tai-Chi-Chuan”, terapia ocupacional, consciência corporal, DST/AIDS, escrita livre, vídeo, culinária e expressão artística; além de grupos de atividade esportiva (academia de ginástica faz parte do espaço da unidade onde se realizam jogos coletivos também), adolescentes, de famílias, de mulheres e de psicoterapia.

Não existe demanda reprimida nesta unidade, uma vez que a clientela é muito peculiar: O paciente, que muitas vezes não quer se tratar e vem por uma demanda da família ou de seu trabalho, acaba não aderindo bem ao tratamento, além do que, em muitos casos, o paciente recebe alta quando se encontra bem.

Outro problema que complica a adesão ao tratamento, na opinião do entrevistado, está na necessidade da abstinência às substâncias. Isso leva a um aumento da angústia psíquica e conseqüentemente ao abandono do tratamento e à recaída no uso.

Essas pessoas abandonam o tratamento, não dão seguimento. Ou mesmo aqueles que têm uma demanda própria de se tratarem, né, muitas vezes acontecem as recaídas e faz com que ele abandone. Então, é um tratamento, assim, não tem uma continuidade. É um tratamento aonde ele vem, fica um tempo, vai embora, aí ele piora, ele retorna, então, né, volta dali um ano. Então, não tem, se a gente fosse dizer assim, uma adesão em massa, de todas as pessoas que chegam pra se tratar.

Nesse ponto as visitas domiciliares se fazem importantes na tentativa de aumentar essa adesão.

Eles retornam ao tratamento, né, a gente tenta fazer uma visita domiciliar, tenta fazer uma busca ativa desse sujeito, mas o que a gente percebe é que cada um tem um tempo, né.

#### *Espaços institucionais de diálogo com outros níveis em saúde mental*

Ressalta não haver esse tipo de espaço para relações com a atenção básica, sendo que esse relacionamento fica limitado às cartas de referência e contra-referência, ou a contatos telefônicos eventuais.

A pesar do fato de não existirem iniciativas e políticas de apoio à atenção básica, o entrevistado demonstra disponibilidade de sua parte e do serviço para realizar esse tipo de atividade, caso haja necessidade da formação de um convênio ou interesse das unidades básicas para tal.

Já houve uma proposta da coordenação de saúde mental do município, pra fazer um treinamento, pros médicos da rede básica, e os médicos novos também participariam desse treinamento. É, atualmente não tem nada institucionalizado, formalizado em relação a isso, mas nós temos essa disponibilidade de estabelecer parcerias, de manter o contato dessa via, ela é aberta.

#### *Iniciativas intersetoriais*

Cita novamente a presença do professor de capoeira, sendo que esse profissional é vinculado à Secretaria de Esportes e disponibilizado pela mesma para a realização de atividades físicas dentro da unidade do CAPS.

Além disso, alunos das diferentes universidades passam por estágios voluntários, por exemplo: psicologia USP, COPI – USP, Psicologia UNIP e Medicina UNAERP.

Fora isso, outras iniciativas de ação intersetorial não foram citadas pelo entrevistado.

### Ambulatório Regional de Saúde Mental

#### *Descrição da unidade*

Trata-se de uma unidade ambulatorial de atenção à saúde mental, ou seja, não opera segundo o modelo CAPS. Inicialmente era um ambulatório próprio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sendo referência para toda a região de Ribeirão Preto, sendo municipalizado no início da década de 1990 com a reforma psiquiátrica.

É responsável pela demanda de três distritos sanitários da cidade: Norte, Sul e Leste, além de outros dois municípios da região que ainda não montaram seus serviços próprios de saúde mental, o que leva a uma demanda populacional coberta estimada em aproximadamente 330.000 habitantes.

Essa demanda pode ser dividida em aproximadamente um terço de psicóticos, um terço de transtornos afetivos mais severos e um terço de transtornos mais leves como, por exemplo, ansiedade e depressão, segundo informações do próprio entrevistado. Esses últimos poderiam ser encaminhados para a atenção básica após avaliação e estabilização dos quadros, não configurando casos com necessidade de seguimento em nível secundário em sua opinião.

Além disso, realiza supervisão, acompanhamento social, acompanhamento psiquiátrico e tratamento dos moradores dos serviços de residência terapêutica municipais.

Conta com a seguinte equipe: 8 psiquiatras com carga horária de 20 horas semanais, 2 assistentes sociais, 3 psicólogos (2 de 20 horas semanais e 1 de 30 horas semanais); além de 2 farmacêuticos, 1 terapeuta ocupacional e 2 enfermeiras (cada uma 20 horas por semana).

Na opinião do entrevistado, esses recursos humanos são escassos, sendo, no entanto, utilizados de forma otimizada. Nesse sentido, considera a equipe muito boa, com profissionais que estão há muito tempo no serviço, o que proporcionou um ótimo vínculo entre os integrantes dessa equipe.

Isso se reflete em um trabalho de boa qualidade.

O que eu penso é assim, a gente tem que ir trabalhando com aquilo que tem, né, sempre, você vai usando o recurso que você tem, porque a perfeição ela é distante.

É uma equipe que muitos profissionais tão aqui há bastante tempo, e isso é bom, é uma equipe, eu considero uma equipe muito boa.

Eu já trabalhei com os mais diferentes tipos de equipe, nos mais diferentes lugares, e eu acho essa equipe aqui uma equipe boa, assim, um pessoal bom caráter e que se identifica, né, então, alguns problemas de relacionamento de falta de respeito, de hostilidade, de perseguição, de um com outro, isso aí a gente não tem.

Como não existe uma central de agendamento de vagas, os pacientes chegam diretamente ao serviço, com a guia de referência em mãos.

Ao chegarem é realizada uma consulta por um dos assistentes sociais juntamente com um enfermeiro, chamada de “acolhimento”, onde se faz uma aferição do grau de necessidade do paciente.

Após o acolhimento, é marcada a consulta conforme a gravidade e urgência de cada caso, procurando evitar perdas de tempo além de promover o “primeiro contato especializado do paciente”.

Como a demanda é grande e os recursos humanos restritos, existem muitos encaixes, sendo que os médicos, assim como todos os outros profissionais, não ficam ociosos em momento algum. Dessa forma é possível otimizar o funcionamento da unidade.

Se um paciente falta, encaixa-se outro.

Dentre as atividades oferecidas pode-se citar: o acolhimento, psicoterapia individual e em grupo, consulta médica, acompanhamento clínico psiquiátrico, seguimento em terapia ocupacional individual ou em grupo, farmácia com dispensa de medicamentos, bem como atividades do serviço social (grupos de família e visitas domiciliares).

A unidade não oferece oficinas terapêuticas.

As visitas domiciliares são realizadas por dois profissionais (do serviço social, da enfermagem ou da terapia ocupacional) em média de oito vezes por semana. Possuem como objetivos trazer para o ambulatório os pacientes faltosos, melhorando a adesão ao tratamento; avaliar condições de moradia, de vida e relacionamentos familiares /sociais; promover orientações familiares; realizar aplicação de medicação de depósito; assim como avaliar necessidade de tratamento mais intensivo.

Os dados obtidos durante essas visitas podem ser discutidos diretamente com os médicos e psicólogos nas reuniões do ambulatório que são realizadas uma vez por semana com participação de toda a equipe, sendo que também são discutidos casos clínicos e outras demandas do serviço em geral.

Outra característica da unidade levantada pelo gerente é o prontuário único, citado como uma qualidade do serviço, onde, segundo o mesmo, “tudo é anotado”. Dessa forma, todas as informações que dizem respeito a um determinado paciente estão disponíveis para todos os profissionais que necessitem realizar algum tipo de intervenção.

#### *Espaços institucionais de diálogo com outros níveis em saúde mental*

Tais espaços não existem, a pesar de ser o Ambulatório a unidade de saúde responsável pelos serviços de residências terapêuticas, e dessas unidades se utilizarem das unidades básicas de saúde para o cuidado clínico de seus moradores.

Segundo o entrevistado, existe uma sobrecarga da equipe, o que dificulta a implementação de tais espaços de forma institucional:

Olha! Não existe um disque dúvida ou uma pessoa que fica de plantão, ele vai tar lá dando informação na hora que o clínico precisa.

O que existe na prática, é que todas as vezes que um clínico ligou pra unidade sempre foi atendido ou por mim, que sou gerente, ou pelo próprio médico daquele paciente.

No entanto, em alguns casos, conforme necessidades especiais, a equipe oferece apoio a dificuldades surgidas na atenção básica, seja com relação a pacientes que já foram tratados no ambulatório, ou pacientes que precisam ser encaminhados. Isso ocorre de maneira informal, na maior parte das vezes, por contato telefônico.

Assim, a unidade não se faz uso das informações obtidas no nível primário e vice-versa.

#### *Iniciativas intersetoriais*

Não existem espaços firmados de reuniões ou trabalho conjunto entre a unidade e outros setores. Existe sim uma relação direta com as ONG's que administram os serviços de residências terapêuticas, ficando restritas a esse contato.

Outras relações eventuais com outros setores da sociedade são estabelecidas apenas conforme as demandas surgidas no dia-a-dia, sendo que desses, o Conselho Tutelar é o que melhor relacionamento possui com a unidade.

### CAPS-II

#### *Descrição da unidade*

Trata-se de uma unidade tipo CAPS, segundo as normas do Ministério da Saúde já explicitadas na introdução deste trabalho. Em seu início era unidade tipo NAPS, fundada em 1995.

Operacionalmente é dividida em duas unidades distintas: ambulatório e semi-internação, cada uma com recursos humanos específicos (alguns funcionários fazem parte das duas unidades):

Semi-internação (modelo CAPS): Conta com 1 assistente social (o mesmo do ambulatório), 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo (20 horas semanais), 2 auxiliares de limpeza, 2 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiros (20 horas semanais cada uma), 1 porteiro, 1 auxiliar administrativo (para as duas unidades), 1 “oficineiro” e 2 médicos psiquiatras (20 horas semanais cada um).

Ambulatório (modelo convencional de atenção): Conta com 2 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiros (20 horas semanais cada uma), o mesmo assistente social da unidade de semi-internação, 1 auxiliar de limpeza e 3 psiquiatras (20 horas semanais cada um).

Pouco tempo antes da entrevista, o serviço havia perdido um de seus assistentes sociais, restando apenas um para as duas unidades.

O serviço oferece oficinas de música, terapia ocupacional e cerâmica; psicoterapia de grupo ou individual; consultas clínicas psiquiátricas; administração de medicamentos; farmácia com dispensa de medicamentos diariamente; atividades de educação física; e algumas atividades de cunho intersetorial, como o “café com cultura”, realizado juntamente com a Secretaria da Cultura.

O paciente é atendido primeiramente em um acolhimento realizado por profissional de enfermagem, sendo que esse profissional de referência leva o caso para discussão em equipe. A partir dessa discussão elabora-se um plano terapêutico individualizado.

Os pacientes são chamados a participar dessa elaboração, mas na visão do entrevistado, essa participação ainda é pequena. Ressalta ainda que a unidade poderia ser mais aberta, com maior participação da comunidade nas atividades oferecidas, uma vez que as considera interessantes para qualquer tipo de indivíduo.

Eu acho que talvez faltaria também até com esse paciente que participasse mais. Ele também tá participando dessa discussão, mas por falta de, por pouco funcionário não dá pra fazer isso. Mas, assim, fazer um programa pra esse paciente, implicaria ele também, é lógico, um convite é feito pra ele, ele poderia, mas fala “oh, disso eu não quero participar de jeito nenhum”, mas seria legal se ele pudesse ta junto nessa discussão.

Após esse primeiro atendimento é marcada a consulta de triagem (espera de quatro meses). Durante esse período os pacientes recebem os medicamentos na atenção

básica enquanto aguardam a consulta, podendo esperar se estiverem com quadros mais estáveis e menos graves.

Nos casos de pacientes menos estáveis, o gerente da unidade acaba os conduzindo em consultas mensais, quinzenais ou até mesmo semanais até o dia da consulta de triagem, e conforme o paciente vai melhorando, essas consultas podem ser mais espaçadas.

Também em casos mais graves, o paciente pode ainda ser encaminhado para internações psiquiátricas, caso isso se faça necessário.

Assim como no ARSM, o entrevistado nomeia a consulta de acolhimento de “o primeiro contato especializado do paciente com a unidade de saúde”.

Como já citado, o acesso do CAPS para internações psiquiátricas pode ser feito de maneira direta, sem passar pela Unidade de Emergências do HC-FMRP-USP. Mesmo com a possibilidade de internação direta, poucos casos são efetivamente internados e, segundo sua opinião, grande parte dessas internações é solicitada por insegurança dos médicos em lidar com transtornos mentais, sendo que esse quadro ocorre principalmente nos contextos das unidades de pronto-atendimento.

Casos que são considerados mais leves são contra-referenciados para a atenção básica à saúde, com orientações para seguimento.

#### *Espaços institucionais de diálogo com outros níveis de saúde mental*

Diferentemente das outras unidades, o CAPS-II é a única unidade ambulatorial de saúde mental que realiza reuniões mensais com as unidades de atenção básica do seu distrito sendo essa uma iniciativa recente da unidade.

Mesmo com a existência desse espaço, o entrevistado ainda considera que a relação com a atenção básica tem que ser melhorada, sendo fraca em sua opinião. Isso pode ser consequência do fato de que, na visão dos médicos da atenção básica, esses pacientes são de responsabilidade da saúde mental, e, por medo, insegurança, ou mesmo por falta de interesse, há uma dificuldade em assumir esses pacientes.

Não dá pra mudar tudo de uma vez, então tem sido aberta uma proposta de conversação mesmo, ainda é incipiente, ainda é difícil, mas eu acho que é uma proposta legal, né, de tar abrindo essa conversação com as áreas básicas. O médico sabe medicar no consultório, bem organizadinho até, até sabe, até faz coisas que você fala “não, eu faria assim também”, mas, assim, o da área básica não sabe, não quer, não mexe. Então, assim, tem muito do “não quero mesmo”, não é uma coisa que eu quero, no meu consultório eu até seguro. Então, é complexo, né.

No entanto relata ainda que as suas experiências com equipes de Saúde da Família se mostraram mais produtivas nesse sentido.



Eu tenho algumas experiências com o PSF assim, a gente fez um trabalho dentro de uma Unidade de PSF que foi muito bom, e, assim, a minha vivência que eu tive lá o pessoal segura, o pessoal conversa, o pessoal fica curioso, o pessoal fica querendo trabalhar de forma integral.

Um espaço que eu peguei de um lugar muito legal de trabalhar que eu vi as pessoas, por exemplo, e eu via pacientes mesmo que começaram a ser atendidos no PSF e bem adequados, de uma maneira adequada.

Capacitação dos profissionais e sua adequação seriam então pontos dos mais importantes para a melhoria do sistema, no sentido de que unidades capacitadas, tendem a acolher melhor essa demanda.

Isso se encaixa principalmente no que se refere às iniciativas de apoio matricial ou supervisão às unidades básicas de saúde. O serviço não dispõe de uma equipe específica para esse tipo de atividade, mas, em sua opinião, essa modalidade deveria acontecer, principalmente no que se refere aos agentes comunitários de saúde, sendo que esses profissionais podem acabar agindo até mesmo de forma errada ou antiética, piorando a situação dos doentes. Trata-se de um choque de culturas, onde o agente pode inclusive assumir vícios de atuação e cometer erros importantes.

É preciso cuidar bem de quem cuida.

Eu não sei, isso eu não posso dizer, da parte da gente não. Eu já fiz isso com outras equipes, com outros contextos, mas que é muito necessário, né, porque o agente comunitário, por exemplo, fica muito angustiado, eu imagino.

É muito sério, né, é muito sério porque o outro não tá preparado pra isso, ele entra sem ter um preparo nenhum, então ele faz coisas muito legais, nesse ponto toca muita coisa, mas faz coisas também que ele não tem noção

### *Iniciativas intersetoriais*

Usuários do CAPS freqüentam a Casa da Cultura com a participação de membros da equipe os supervisionando (assistente social ou terapeuta ocupacional).

Oficinas e atividades esporádicas recebem ainda auxílio de entidades privadas e de outras esferas da administração pública municipal. Essas oficinas não são geradoras de renda, o que deveria ser mudado em sua opinião. Aponta algumas iniciativas como quando os pacientes venderam os produtos da oficina de cerâmica e de tear no centro da cidade – uma vez gerando renda para os pacientes, aumenta-se o prazer em produzir, a socialização e a auto-estima desses indivíduos.

No entanto, em sua visão, essas iniciativas ainda são precárias, destacando que os usuários deveriam participar das atividades sociais existentes em seus bairros junto com as programações das unidades de saúde respectivas, e que, por outro lado, o CAPS deveria ter suas portas abertas.

Então, eu acho que isso ainda é muito precário. Eu acho que tem que ser, minha intenção, e a minha vontade, é que isso seja muito mais intenso, tá, então, assim, são poucas em que ter uma coisa, assim, surgindo, incipiente, né, mas eu acho que teria que ser muito mais, que se pudesse tar participando inclusive nos bairros deles, junto com o programa de saúde, por exemplo, que eles pudessem ter outros tipos de atividades, não só aqui dentro da Unidade.

Impõe-se assim uma maior participação da sociedade como um todo nas atividades e na construção da unidade, sendo que, mesmo indivíduos que não possuam doenças mentais estejam envolvidos nesse processo. Parte-se então do pressuposto de que saúde mental não seja apenas ausência de doença.

A intenção, quando teve a reforma, não era abrir os portões? Então, não tem sentido eles ficarem aqui dentro, e você continuar funcionando com a mesma mentalidade de manicômio.

Nesse ponto relata sobre uma tentativa de interação com uma escola para deficientes existente no município. Essa iniciativa não ocorreu por uma resistência da escola em aceitar os doentes mentais. “São os imperativos de exclusão”. Exclusão que está presente em nossas raízes culturais, faz parte de nossa cultura, não somente exclusão relacionada a portadores de transtornos mentais, mas todo e qualquer tipo.

Então, eles tentaram que os nossos pacientes freqüentassem essas oficinas e não conseguiram, né, você sabe como é saúde mental, como é essa história de excluir, de separar, né, ela é uma coisa que ainda é muito forte na nossa cultura, né.

### **3.2.3. Nível Hospitalar**

Nesta parte pretende-se descrever de forma um pouco mais detalhada as duas unidades examinadas: Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto e Unidade de Emergências Psiquiátricas do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

#### Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto – Santa Teresa

##### *Descrição da unidade*

A criação do hospital data do ano de 1944 como tentativa de desafogar o Hospital do Juqueri em São Paulo. Inicialmente foram criadas 500 vagas para pacientes masculinos, sem existir estrutura hospitalar adequada.

Em seus anos de maior lotação, o manicômio contava com uma população máxima de 1500 a 1600 moradores contrapondo-se com um efetivo de apenas 300 funcionários. Foi nessa época que enfrentou o pior período de sua existência, chegando a uma situação caótica, com pavilhões enormes, cada um em média com 100 pacientes.

Com a reforma psiquiátrica, sofreu importante reestruturação sendo que atualmente possui 135 moradores, que recebem um atendimento mais individualizado e melhores condições de moradia. Nesse sentido, o hospital tem realizado iniciativas de

buscar a identidade dos moradores sem registro ao invés de fazer o registro tardio – a idéia é buscar as famílias desses indivíduos e resgatar sua história, não apenas inventando um nome.

Dos antigos moradores, muitos faleceram nos últimos anos, e os que continuaram na instituição o fizeram por não haverem condições para a alta. Grande parte desses moradores é mais idosa, possuindo co-morbidades clínicas, o que leva a uma alta mortalidade dentro da instituição.

Atualmente não existem enfermarias coletivas, sendo que os quartos possuem no máximo quatro leitos. Alguns desses quartos são individuais, além de casas e outros tipos de moradia coletiva.

Como um dos principais objetivos, a instituição tem buscado uma melhora progressiva da qualidade do atendimento e dos serviços prestados, aumentando a disponibilidade para medicamentos de última geração e de alto custo, por exemplo.

Os moradores ficam divididos em diferentes prédios dependendo de suas características: grau de autonomia, co-morbidades neurológicas, problemas clínicos ou condições de alta para a sociedade.

Já a ala destinada para internações de pacientes agudos conta com 30 leitos femininos, 30 leitos masculinos e 30 leitos para farmacodependentes. Para esses pacientes, procura-se realizar uma internação o mais breve possível, com retorno agendado nos ambulatórios de referência para um prazo máximo de 10 dias após a alta.

Existe ainda um certo número de internações por ordens judiciais, o que configura um problema na opinião do entrevistado. São indivíduos que não possuem critérios para internação psiquiátrica, mas que são encaminhados para o hospital por ordens judiciais.

Existem alguns pacientes, infelizmente, que estão internados por determinação judicial e com todo o movimento que nós temos feito junto aos juizes, às vezes fica difícil a gente conseguir liberar o paciente, a pesar de que o paciente tá bem, mas o juiz quer que ele permaneça internado. Isso é uma briga nossa muito séria, porque acaba atrapalhando o atendimento da necessidade daquelas pessoas que precisam de ser internadas. Já teve momentos que nós tivemos, por exemplo, 20% dos nossos leitos ocupados por determinação judicial.

Quanto ao número de leitos oferecido, o mesmo considera suficiente para a demanda populacional coberta, uma vez que não houvesse essa interferência judicial.

Quando questionado sobre a extinção do hospital, não vislumbra o fim do hospital psiquiátrico enquanto a sociedade mantiver o olhar para a doença mental como um motivo de exclusão, mas imagina uma remodelagem dessa instituição: Seria mais

aberto, e com maior participação da sociedade como um todo, oferecendo propostas que incluam as pessoas sem doença mental em suas atividades e na sua construção diária.

A idéia seria de melhorar a forma com que as pessoas lidam com a sua vida, transformando-se assim, um espaço social de inclusão, em contraposição à exclusão à qual se presta atualmente.

Eu acho que é difícil a gente ver um fim do hospital, né. Enquanto as pessoas não se conscientizarem que a doença mental é uma doença igual a qualquer outra e que existe diferença entre as pessoas, as pessoas são diferentes umas das outras. E o doente mental faz parte desse contexto, enquanto a gente não aceitar isso, eu não vejo como que o hospital possa desaparecer.

Eu acho que o hospital poderia ser uma outra coisa, né, uma coisa muito mais aberta, que as pessoas tivessem, sei lá, mais convívio com aquilo, que pudesse, tipo ter um CAPS mesmo III, né, que pudesse ser uma coisa, assim, até poder passar uma noite, duas, sei lá, num momento de muita aflição.

Se eu pudesse trazer as famílias pra dentro do hospital, pra elas verem como é que a gente trata, né. Eu acho muito legal quando vão alunos lá, vão muitos alunos, né, e as escolas pedem pra fazer visita ao hospital e é muito interessante porque os alunos vão pra uma visita e depois saem da visita e ficam “nossa, como eu gostei daqui, eu imaginava isso daqui uma outra coisa”, eu não sei o que eles imaginavam, né.

Essa visão concebe uma maior participação das famílias, proporcionando-as um maior preparo para lidar com os doentes. Pelo mesmo raciocínio, promoveria na sociedade uma diminuição do estigma e preconceito ligados aos doentes mentais.

Com relação à sua estrutura física, a unidade passou ainda por uma série de reformas ao longo dos últimos anos, sendo que em breve, ocorrerá ainda a criação de uma ala aberta para participação de outros doentes e da comunidade, oferecendo atividades de terapia ocupacional e fisioterapia. Essa ala será vinculada à Universidade de São Paulo.

Com relação ao financiamento da unidade, citam-se suas próprias palavras: “Ótimo, não tenho do que reclamar”.

Quando indagado sobre o papel das diferentes esferas de governo nesse financiamento, afirma que todas as esferas são responsáveis pelo financiamento da saúde, em contraposição à idéia de que os recursos que antes eram destinados aos pacientes internados deveriam ser repassados para a prefeitura para auxiliar na criação e manutenção de serviços substitutivos.

Afirma ainda que cada paciente custa uma média de R\$ 4.000,00 por mês para o Estado de SP, sendo a estrutura hospitalar muito onerosa, com gastos elevados.

Compara ainda esses valores, com o que é gasto em média com pacientes morando em residências terapêuticas – R\$ 700,00 por mês – dinheiro que afirma ser

suficiente para essa segunda modalidade e, estando esses moradores muito bem com esse recurso.

Assim, os pacientes internados são responsabilidade do Estado, que gasta muito em comparação com o município, restando ao município a responsabilidade pelas demais ações de saúde mental.

### Unidade de Emergências Psiquiátricas do Hospital das Clínicas da FMRP

#### *Descrição da unidade*

Trata-se de uma unidade existente desde 1975, mas que se torna mais importante a partir de 1990, quando, por determinação da Divisão Regional de Saúde (DRS), assume os casos de urgência de toda a região de Ribeirão Preto, em regime de 24 horas, todos os dias da semana.

Até então, as urgências eram conduzidas diretamente aos hospitais psiquiátricos existentes na região, que internavam pacientes em regime de “porta aberta”.

A partir do ano de 1991, a Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo, através da DRS XIII, seguindo as normas do Ministério da Saúde, assume o papel das internações de urgência para que não mais ocorram internações diretas.

Concomitantemente, no ano de 1990, surge a central de regulação de vagas da DRS XIII, responsável pelo controle da demanda referenciada para o nível hospitalar geral, e principalmente do Hospital das Clínicas, maior e mais importante hospital vinculado ao SUS da região.

Assim, essa central de regulação de vagas hospitalares assume também a responsabilidade de regular os encaminhamentos para internações psiquiátricas, que deveriam então passar pela unidade de emergências do HC-FMRP-USP antes de se proceder a internação em hospital psiquiátrico.

Por breve período de tempo, no ano de 1994, o próprio Hospital Santa Teresa assumiu essa função, porém, mais tardiamente, a DRS reassume o papel.

Ficou expresso nessa entrevista, que em momento algum, a unidade de emergências psiquiátricas do HC-FMRP-USP foi responsável pelo controle da demanda de urgência.

A unidade possui seis leitos para internações, sendo que os casos são conduzidos por médicos residentes em psiquiatria, clínica médica e medicina de família e comunidade. A supervisão desses residentes é feita por médicos assistentes do HC-

FMRP-USP e por docentes da Disciplina de Psiquiatria do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da FMRP-USP.

Conta com um ou dois enfermeiros por turno, três ou quatro auxiliares de enfermagem, um segurança, e divide o serviço social com o restante do hospital.

Fisicamente o espaço é dividido em duas enfermarias com três leitos cada (um banheiro por enfermaria), sem diferença entre sexo para a alocação de leitos; dois consultórios e uma pequena área comum com televisão. Existe ainda a área destinada ao pessoal de enfermagem, e uma sala para discussões clínicas e prescrição médica.

Fora isso, os pacientes internados na unidade utilizam a área comum do hospital para lazer.

Essa unidade é gerenciada por um docente da faculdade conjuntamente com o médico entrevistado.

Recebe financiamento específico do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Segundo informações do entrevistado, a unidade foi de fundamental importância para a reorganização do sistema de saúde mental no município e na região, promovendo uma maior qualificação no atendimento inicial e redução do número de encaminhamentos para internações psiquiátricas devido à alta resolutividade (até 70% segundo suas informações).

Isso permitiu uma qualificação maior no atendimento inicial das pessoas com urgências psiquiátricas e uma diminuição muito grande no encaminhamento para internações.

Porque a gente consegue resolver uma parcela muito significativa dessas urgências psiquiátricas aqui e isso foi uma das coisas que possibilitou diminuição do número de internações psiquiátricas.

No entanto, existe uma elevada demanda reprimida, com listas de espera para internação de até 48 horas, dependendo do dia. A causa disso seria, além do real aumento populacional da região, a falta de criação de novos serviços substitutivos à internação psiquiátrica no município e na região, e a falta de investimentos em contratação de recursos humanos – cita a redução do número de psicólogos da rede municipal já descrita anteriormente.

Então, na realidade nós temos uma situação em que a população vem crescendo ao longo desses últimos 9, 10 anos, e a gente tem uma situação em que praticamente não houve investimentos novos ao longo desses anos na área de saúde mental. Em Ribeirão Preto, por exemplo, entre outras coisas, você teve uma diminuição muito grande, por exemplo, do número de psicólogos atendendo a população, principalmente crianças e adolescentes na cidade, sem reposição de recursos.

### *Fluxos de pacientes:*

No ano de 2000 ocorreu a abertura da central de vagas da forma como funciona até hoje, ou seja, em integração com a unidade de emergências. Desde então existem duas centrais diferentes, uma para a região (DRS/SES) e outra para o município (SMS), que funcionam no mesmo espaço físico, mas que não se integram nas atividades. Segundo o entrevistado, esse fato dificulta a discussão de prioridades de internação e de fluxos de pacientes.

Atualmente os pacientes têm aguardado vaga, quando existem filas de espera, em unidades de saúde não especializadas (pronto atendimento das distritais de saúde). Os casos são passados para a central de regulação municipal, que avalia em conjunto com a Unidade de Emergências HC-FMRP-USP a prioridade de cada caso.

Na opinião do entrevistado, essa articulação não é bem feita, devido a uma falta de capacitação dos médicos reguladores para lidarem com casos de saúde mental.

A gente repetidamente ofereceu tanto pro município, em todas as reuniões que a gente participou, como pro Governo Estadual, a gente sempre se ofereceu pra ajudar na formação dos médicos reguladores e dos profissionais telefonistas, né, que ficam na central de regulação no sentido deles terem uma formação específica pra decisão quanto aos casos de urgência psiquiátrica.

E ao longo de todos esses anos, nós nunca fomos chamados, nem pelo município e nem pelo Estado pra colaborar em qualquer formação específica nessa área.

Então, ao longo dos anos, a gente viu que, assim, tanto o município como o Estado sempre receberam verbas destinadas à Educação Continuada, inclusive verbas específicas destinadas às urgências, destinadas especificamente, inclusive pra formação do pessoal da central de regulação, a gente sabe que outras áreas dentro aqui do HC colaboraram em algumas situações com a formação desse pessoal das Centrais de Regulação, mas a gente nunca foi convidado realmente pra colaborar com absolutamente nada.

A partir da Unidade de Emergências HC-FMRP-USP, o paciente pode: Receber alta, sendo encaminhado para seguimento ambulatorial, ou, em casos mais graves, após avaliação e primeira abordagem, ser encaminhado para internações integrais em qualquer uma das unidades disponíveis para internação (EPIB-HC-FMRP, EPQU-HC-FMRP-USP ou Hospital Santa Teresa).

Com relação à EPIB, essa unidade funciona como uma continuidade do atendimento da Unidade de Emergências, disponibilizando leitos para internações mais breves (até sete dias), sendo que possui oito vagas. Assim como a Unidade de Emergências HC-FMRP-USP, essa unidade é coordenada pela equipe do HC-FMRP-USP e docentes da FMRP-USP.

Como outros entrevistados, ressalta que os ambulatórios de saúde mental possuem a facilidade de internação direta no HST pactuada desde 1990, sendo que uma média de 20% das internações sempre foi realizada de forma direta.

Além disso, cita também a existência de dois psiquiatras que atuam na rede e possuem autorização para internar pacientes que aguardam vagas nas distritais diretamente, e têm realizado esse trabalho como uma tentativa de diminuir o tempo de espera e desafogar a Unidade de Emergências HC-FMRP-USP.

Essas duas últimas medidas são de fundamental importância para não complicar ainda mais a questão da lista de espera dos pacientes que necessitam de internação psiquiátrica.

### **3.3. As diferentes opiniões dos atores sobre o sistema municipal**

Nesta parte do trabalho, pretende-se expor as diferentes opiniões obtidas nas entrevistas sobre o sistema de saúde mental, tentando inclusive gerar um diálogo entre as mesmas.

Primeiramente, buscou-se expor o conteúdo da entrevista realizada com o coordenador do programa de saúde mental do município separadamente, pela óbvia importância de sua opinião.

Mais à frente, e com embasamento nessas idéias, as opiniões dos diferentes atores do sistema foi expressa conjuntamente, com o intuito de gerar o diálogo.

#### **3.3.1. A visão do coordenador de saúde mental do município**

##### *Capacitação de equipes para atenção em saúde mental*

Com relação a esse quesito, cita as medidas de capacitação de alguns agentes comunitários de saúde da rede no PAIPAD. Seria uma forma de aumentar a capacidade de detecção de casos relacionados a uso e abuso de álcool.

No entanto, os agentes comunitários não estavam utilizando nenhum instrumento protocolado, levando a uma possibilidade de perda do treinamento por não haver tal padronização.

Sugere-se então a necessidade de se implementar um programa de educação continuada que estava sendo planejado à época do estudo. Seria baseado no papel de uma enfermeira especializada em psiquiatria, da rede municipal, a qual ofereceria subsídios para a realização da educação continuada desses profissionais, não somente em questões de álcool e drogas.

Mas, recentemente, em uma visita a esses agentes comunitários de saúde, pra quem eu fui dar aula, eu descobri que eles não tinham nenhum impresso, porque geralmente não tava mais usando, então daqui a pouco o



conhecimento que eles acumularam vão perder. Então, e eu preciso, então, de alguém que vá, fazendo naquela região, intervenção breve, então eu já arrumei uma enfermeira pra fazer isso.

### *Casos infantis*

Atualmente o atendimento à demanda infantil é realizado no PAM – unidade de atendimento para crianças, que conta com 2 neurologistas infantis, 2 psiquiatras infantis, 1 assistente social e 1 fonoaudiólogo – e nas unidades distritais de saúde por 3 psicólogos da rede. Existe ainda uma outra unidade, coordenada pela igreja que funciona como uma espécie de fazenda terapêutica, atendendo crianças com problemas relacionados à justiça e que precisam “ficar longe da sociedade” por algum tempo.

Os atendimentos psicológicos nas unidades distritais podem se iniciar por demanda espontânea ou por encaminhamento de serviços de saúde, Conselho Tutelar ou mesmo da justiça.

Na opinião do entrevistado, toda a estrutura é muito pequena para dar conta da demanda de todo o município, encontrando-se sobrecarregada atualmente.

O trabalho que esse pessoal faz é um bom trabalho, mas é um trabalho que eles também tão sobrecarregados, eles não conseguem dar conta de tudo.

Já com relação ao nível hospitalar, não existem unidades específicas para internação de crianças com transtornos mentais. Essas internações, quando necessárias acabam sendo feitas nas enfermarias de pediatria, em hospitais gerais.

### *Álcool e Drogas*

Especificamente para a questão de álcool e drogas, não existe uma integração das ações realizadas no município. A cidade conta com vários núcleos diferentes de caráter universitário ou não governamental, que atuam de maneira separada.

Agora o que não tem é uma integração na parte de álcool e drogas, isso não há. E é interessante, porque a desintegração é total em todos os níveis.

Teoricamente, o município deveria contar com o COMAD – Conselho municipal de álcool e drogas. Esse órgão, que seria responsável pela elaboração de um plano de integração das iniciativas na área de álcool e drogas no município, figura como inativo nos dados do MS (MS-2008).

Atualmente a SMS aguardava o encaminhamento de uma medida legislativa junto à Câmara Municipal para que esse Conselho pudesse voltar a funcionar visando a criação de um plano de ação específico para a área de farmacodependência.

Então o que ocorre, a cidade precisa de um plano integrado pra prevenção e assistência em álcool e drogas e que não pode ser, simplesmente, parte do plano geral de saúde mental do município, ele tem que ser aprofundado.

### *O relacionamento da Secretaria Municipal com as unidades hospitalares conveniadas*

Com o Hospital das Clínicas é intenso, porém multifacetado devido às diferentes modalidades de atenção que essa unidade oferece à prefeitura. Dentro dessa visão, a relação com algumas áreas do hospital é melhor, porém com outras, não muito boa.

Já com o Hospital Santa Teresa, o relacionamento não é muito bom, devido à existência de diferenças de opinião entre a coordenadoria de saúde mental e a diretoria do Hospital. Na opinião do entrevistado existe um movimento de fechamento do hospital psiquiátrico, o que vai contra a sua idéia de que mais leitos são necessários, e que o hospital pode ser reformulado, transformado em um CAISM, por exemplo.

Em sua opinião, existe uma falta de leitos psiquiátricos na região, mas não há uma pretensão de se aumentar o número de leitos, porém não é concebível a idéia de se reduzir o que existe.

E aí se cria um conflito e abre-se um espaço pra que se exija, por exemplo, mais leito psiquiátrico na região. É objetivo primário da gente criar mais leito psiquiátrico na região? Não, não é objetivo primário.

Mas parece-me que isso vai ser atropelado pela necessidade, porque nós não temos leitos. Hoje, nós temos seis pacientes e durante os últimos quinze dias, quase todos os dias, entre cinco a seis pacientes aguardando em distritais de saúde em condições extremamente precárias.

Soma-se ainda o fato de que a gravidade dos casos aumentou nos últimos anos, o que tornaria impossível a extinção de leitos psiquiátricos, em sua opinião.

Os quadros que estão internados dentro dos hospitais psiquiátricos estão ficando quadros cada vez mais graves. E reflexo disso é a própria postura que o próprio pessoal da enfermagem do HC tomou, de começar a aumentar o tempo de internação.

### *Iniciativas intersetoriais*

O coordenador acredita que essas medidas vêm andando bem no município e cita que ultimamente têm ocorrido juntamente com a Secretaria Municipal da Assistência Social, permitindo o levantamento dos moradores de rua. Através dessa iniciativa foi possível detectar inúmeras co-morbidades nessa parcela da população.

Outra iniciativa ocorre juntamente com o setor de esportes, incentivando a prática de atividade física pelos doentes mentais em diferentes locais.

Diferentes cursos são oferecidos pela Secretaria da Cultura através do Programa de Integração Política e Social.

Conta-se ainda com o PIC.

### *Problemas levantados*

Primeiramente o entrevistado expôs sua idéia de que existe uma falta de vagas para internações psiquiátricas no município e de que o conjunto de leis e portarias existente possui impacto modulado pelo conjunto de forças políticas, de idéias e dificuldades de uma determinada população e pelos profissionais envolvidos. Isso significa dizer que as necessidades que ocorriam no início da reforma eram diferentes das presentes.

Com o transcorrer desse processo, seguindo as necessidades expressas no início da Reforma Psiquiátrica, o município observou uma diminuição dos leitos disponíveis para internações psiquiátricas, tanto pela extinção das entidades privadas que internavam no município, como pela redução do número de leitos na única instituição pública (Hospital Santa Teresa). Mais além, cita que o último vem inclusive progressivamente decretando a sua auto-extinção, estando esse processo amparado pelo aparato legal vigente.

No início da reforma psiquiátrica, havia aquela proposta de diminuição dos leitos hospitalares em hospital psiquiátrico, de fechar principalmente as instituições privadas, né, que se prestavam à exploração da doença mental, que formam um contexto político dessa região.

Anos depois, na nossa região, falando da realidade local, nós não temos mais nenhuma instituição privada, todas foram fechadas, e a instituição que sobrou é uma instituição pública e essa instituição pública ela de alguma maneira, por causa da política de saúde mental e por causa de um outro contexto de interesses, também, ela decretou a sua auto-extinção e usa pra decretar sua auto-extinção o próprio aparelho legal.

Isso rompe com o direito dos doentes mentais de terem um tratamento protegido quando for necessário. Mais ainda, a internação não seria prejudicial, uma vez que tem como objetivo a proteção do doente. Ela se tornaria prejudicial sim, porque a estrutura existente não é boa, e por não haver um sistema fora da internação (para depois dela) que funcione de forma eficaz para ressocializar os doentes.

Veja, essa preocupação em internar pouco ela surgiu da existência de estruturas de internação ruins, que prestavam uma assistência de uma qualidade deficiente ao doente mental. Mas se você tem uma boa estrutura, se você tiver uma boa estrutura de internação, você internar pouco ou internar menos do que o paciente precisa é bom, quando o que ele pode precisar algumas questões é permanecem obscuras, por exemplo, é por uma questão de hábito, é as enfermarias de pediatria só de uns 10 anos pra cá, talvez um pouquinho mais, começaram a aceitar a mãe presente dentro das enfermarias acompanhando as crianças. Já existem projetos pra que as famílias acompanhem os pacientes no tempo das internações nos hospitais psiquiátricos, o que é ótimo, porque me parece que o problema que foi gerado pelos hospitais psiquiátricos, os hospitais psiquiátricos não têm a transparência que o hospital geral tem. Então, a questão nossa é vamos, simplesmente, bloquear a internação, ou vamos também ter internação com o máximo de qualidade possível? A internação ela é malévola ao doente? Não. Ela não é malévola ao doente, ela é feita pra proteger o doente.

Dessa forma, fica evidente a sua visão de que no município de Ribeirão Preto, faltam leitos para internação. Isso é refletido nas filas que existem nas unidades distritais, tendo os usuários que esperar vários dias para conseguirem uma vaga.

Essa idéia se opõe à do coordenador do Hospital Psiquiátrico e do coordenador da Unidade de Emergências Psiquiátricas do HC-FMRP-USP de que o problema está no afunilamento do atendimento de emergência, sendo necessárias novas unidades que possam se prestar a esse tipo de atendimento.

Recentemente, em documento enviado pelo coordenador de saúde mental, pode-se obter a informação de que após a abertura da unidade de CAPS-III teria ocorrido uma redução estimada (não aferida por dados estatísticos) de 85% aproximadamente no tempo de espera por uma vaga na unidade de emergências. Esse dado favorece a segunda opinião de que o problema estaria no afunilamento existente no nível hospitalar de urgência.

Seguindo a mesma linha, quando se observa as unidades ambulatoriais de saúde mental, pode-se dizer que essas foram progressivamente forçadas a trabalhar nos seus limites, recebendo demanda cada vez maior de casos mais graves, ou com outras doenças complexas associadas, oriundas do próprio HC, ficando isso expresso também na opinião dos diferentes atores entrevistados.

Quando questionado sobre a criação de leitos em hospitais gerais, seguindo a Portaria SNAS/MS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992, ressalta que nesse mesmo período quase nenhum leito novo foi criado em hospitais gerais, considerando ainda, o que há de disponível no Hospital das Clínicas FMRP-USP como insuficiente para as necessidades do município.

Cita-se o fato de que no município, como já descrito anteriormente, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais estão na sua totalidade em instituições universitárias. Se forem levados em conta os interesses de ensino e pesquisa envolvidos nessas instituições, haveria ainda uma falta de equidade de critérios para internação, sobrando para o município e para o Hospital Psiquiátrico todo o restante da demanda.

E aí o ensino da pesquisa às vezes se sobrepõe à necessidade da população. E nesse caso, não há qualquer tipo de crítica a um professor que mantém o paciente, por exemplo, mais perto porque tem um protocolo de pesquisa a cumprir. O que eu sinto é que não há essa equidade, e quem padece com isso é o doente mental. Então, a questão é bem essa.

Para justificar essas questões, cita-se o fato de que, apesar de se impor a necessidade da criação e ampliação de leitos em hospitais gerais, não foram estabelecidos mecanismos eficientes para a ampliação do número desses leitos.

Estamos a 11 anos da portaria, então o que é possível deduzir é que esta portaria não criou mecanismos eficazes para que os hospitais se interessassem por ter enfermarias psiquiátricas dentro deles.

Quando você tem uma oferta que é atrativa o sujeito cria a enfermaria, ele cria a estrutura, ele cria a condução e quando você não tem e você não cria, você fica como letra morta no papel. Então, na prática, o que eu entendo é que, na verdade, o Ministério tomou a iniciativa, mas não pode completá-lo, não o completou, porque o volume é agregado, o volume de valor agregado, para que isso pudesse ser criado era pequeno.

Quanto ao Ambulatório Regional de Saúde Mental ressalta o entrevistado que as condições físicas do local onde se localiza o ARSM estão péssimas, se impondo a necessidade da mudança, o que já estava sendo providenciado à época da entrevista.

Uma das necessidades de urgência é mudar o Ambulatório de uma casa que tava caindo aos pedaços. É, recentemente caiu o relógio de luz da casa onde o Ambulatório tá. É, graças a Deus a gente já tá mudando da casa e, finalmente, foi uma novela para achar uma casa daquele tamanho.

Essa unidade conta com uma demanda de aproximadamente 330.000 pessoas, o que está muito além do que se espera de uma unidade de CAPS-II (até 200.000). Dessa forma a unidade se encontraria funcionando no seu limite operacional.

Soma-se ainda o fato de ser responsável pelos serviços de residências terapêuticas, as quais, na opinião do entrevistado funcionariam como uma forma de “hospital espalhado”, com inúmeras complexidades como as de um hospital qualquer, porém sem receber o mesmo volume de recursos.

O que é essa estrutura? É na verdade a estrutura de um hospital espalhado. A complexidade de lidar com uma estrutura como essa não é semelhante à de um hospital? É outro tipo de complexidade, porque além do trabalho ambulatorial de rotina, a gerente e o responsável têm que fazer um acompanhamento das casas, dos cuidadores, da comida que os pacientes estão comendo, dos alunos que passam pelas casas para fazer estágio, tá certo, do dinheiro que eles recebem indo de volta para casa, que uma bolsa que eles recebem.

Essas estruturas têm funcionado, apesar dos problemas, razoavelmente bem, no entanto, impõem-se a capacitação dos cuidadores responsáveis por essas residências (à época da entrevista, um curso para esses profissionais estava sendo realizado). Isso se faz necessário, uma vez que os cuidadores são indivíduos que não possuem formação na área da saúde, muitas vezes cometendo erros de conduta que podem comprometer o estado dos moradores.

E é preciso lembrar, os cuidadores são, cuidadores, não são enfermeiros, não são auxiliares de enfermagem, ou seja, são pessoas sem preparação

técnica de saúde. Mas são as pessoas que acompanham esses pacientes em todas as consultas que eles vão. Então, o trabalho, é um trabalho que começa a adquirir um certo grau de complexidade. Os cuidadores, na verdade, são quem fazem a socialização dos pacientes na região, levam o paciente pra cortar cabelo, apresenta o dono da banca de jornal, apresenta pro dono da quitanda, onde o paciente compra, ta certo, e também tem que se preocupar com a casa, por exemplo, onde os pacientes sistematicamente começaram a ir, a trombar e lá e à noite voltar às 3 horas da manhã pra casa.

O cuidador que entrou lá ele precisa ser preparado. Então, nós temos que dar curso de capacitação pros cuidadores, que já está sendo feito.

Já com relação às questões de recursos financeiros e humanos, e sobre o papel da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, relata que os recursos que eram destinados às internações, seguindo as diretrizes, foram efetivamente repassados para o município. Esses recursos estão incluídos no teto financeiro que é utilizado para todas as áreas da saúde.

Essa idéia é interessante porque permite uma melhor fiscalização dos recursos por parte da comunidade envolvida. No entanto, como os recursos estão limitados ao teto financeiro, acabam sendo divididos com outras áreas da saúde pública, não sendo totalmente destinados à saúde mental como esperado.

Além disso, o recurso financeiro das internações no HST continuou com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sendo empregado pela última de outras formas.

Cita o fato de que o hospital psiquiátrico, na década de 70, possuía mais ou menos 1300 pacientes, oferecendo, atualmente, 135 vagas para moradores.

Mas, a quantia que era destinada ao Hospital Santa Teresa, ela não entrou inclusive dentro desse teto porque era um dinheiro do Estado. Em outras palavras, se o Santa Teresa, por volta de 1970, tinha cerca de 1300 doentes, se ele depois ao longo da década de 90 chegou numa fase de ter 600 pacientes, esse montante de dinheiro que deveria ser destinado pra aplicação de recursos ambulatoriais pra saúde mental, ele não foi incorporado.

Mesmo que a parte que foi incorporada, a parte que foi incorporada, ela foi incorporada dentro do bolo, e dentro do bolo ele se perde, e quando um secretário de saúde tem 1500 necessidades pra suprir ele termina fazendo uma opção de prioridade.

A maior parte desses recursos não teria sido repassada para o município, e nem mesmo sido destinada para a criação de serviços substitutivos, como preconizado.

Soma-se ainda a questão de que o gasto com os pacientes do município, que antes era de responsabilidade do Estado, com a municipalização, passa para as mãos do município.

Uma parte desses recursos, realmente estaria empregada nos serviços de residências terapêuticas. No entanto, fazendo uma comparação, o que se gastava antes

era destinado para 600 internações; atualmente, conta-se com apenas 40 pacientes vivendo em Serviços de Residências Terapêuticas (Anexo III).

Passando para a questão dos recursos humanos, afirma ainda que os funcionários que antes estavam vinculados ao Estado, empenhados na saúde mental não foram repassados para o município, sendo empregados em outras áreas dentro do funcionalismo da saúde estadual. Perdeu-se muito, dessa forma, tendo o município que lidar ainda com a contratação de novos funcionários para a saúde mental.

Se existia um número de funcionários que cuidava de 1300 pacientes e os funcionários fossem, gradativamente, com um plano sendo repassados pros serviços que trabalham com a desospitalização, mas isso não ocorreu em momento algum.

Devido a essas e outras questões, afirma que os psiquiatras que trabalham na saúde pública em toda a região são mal remunerados, refletindo-se esse fato na não permanência por muito tempo desses profissionais nos serviços.

O psiquiatra na nossa região é bem remunerado? Não!  
Nos lugares onde ele é um pouco mais remunerado ele até permanece mais, nos lugares em que ele é mal remunerado a equipe fica volátil. O que nós temos na região é muito freqüente o psiquiatra que fica 1 ano, no máximo 2 anos num serviço de saúde mental e se retira, vai pra outra região do Estado.

Em resumo, os recursos humanos disponíveis para a saúde mental não são suficientes, principalmente se for levada em consideração os efetivos de psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais.

Quanto à descentralização administrativa, afirma que a mesma ocorreu de fato, porém, em sua opinião, sem o auxílio do Estado de São Paulo como era esperado. Assim, os municípios, sem experiência para realizarem esse processo, tiveram que o fazer por sua própria conta.

Em outro ponto, também com relação ao papel do Estado, cita que este deveria auxiliar na implementação da rede regional de assistência (regionalização). Isso ocorreu, mas com pouca participação efetiva, inclusive na fiscalização da criação dessa rede (que também deveria ser papel do Estado segundo as diretrizes); tudo ocorreu sem um plano de metas.

Então, assim, o planejamento estrutural passo a passo com número de profissionais, o crescimento, estabelecimento de metas, por região da cidade, não foi feito. Isso entrega os municípios, os municípios se virassem pra conseguir fazer isso, e não houve uma política centralizadora no sentido de acompanhar município por município nesse sentido. Havia solicitações, relatório e queixas que eram feitas na reunião da DRS-XIII, mas um planejamento de metas sistematizado não existe, não existia.  
Então, basicamente, a coisa funcionou mesmo como um rolo compressor e formulado com base na pressão que os próprios doentes e que os quadros motivaram, né. O que é um pouco complicado, porque aí a coisa termina

funcionando assim começa a estourar muita bomba, aí se contrata mais um ou dois profissionais pra cuidar.

Assim, os serviços de saúde mental se viram obrigados a se espremerem no decorrer dos anos após a Reforma Psiquiátrica, aumentando muito a demanda, sem aumento correlato do efetivo de recursos humanos – Relata que só no ARSM as consultas passaram de 4000 por ano, dez anos atrás, para 9000 recentemente.

#### *Qualidades do sistema*

Com relação ao Ambulatório Regional de Saúde Mental, considera o entrevistado que essa estrutura, mesmo trabalhando no limite, consegue dar contingência aos seus casos, com poucas internações psiquiátricas anuais, realizando visitas domiciliares e diferentes atividades dentro de seus espaços todos os dias.

Da mesma forma, os outros serviços não têm apresentado altas taxas de internações, seguindo tendência a reduzi-las estipulada pela Reforma Psiquiátrica. Em sua opinião, as más condições dos hospitais psiquiátricos justificavam essa tendência, porém se essas condições fossem melhores, talvez internar um doente não fosse tão danoso a este indivíduo.

É, assim, com pessoal trabalhando no máximo, fazendo terapia, fazendo acompanhamento, fazendo visita domiciliar quando é possível e é lógico que como não dá pra fazer isso com todos os casos você faz com os casos mais complicados. É, essa estrutura que tá sendo mantida, ela interna pouquíssimo e consegue dar contenção a um número imenso de casos da cidade.

Já com relação às medidas realizadas pela atual gestão, uma delas foi a criação e aplicação de protocolos de assistência em unidades de Pronto Atendimento para pessoas com algum tipo de doença mental. Com isso, pode-se padronizar melhor as ações dos médicos generalistas responsáveis pelos atendimentos de urgência, refletindo em diminuição do número de referências de casos desnecessários para a Unidade de Emergências.

Como antes citado, para os casos mais complexos, um médico psiquiatra está disponível eventualmente para realizar um atendimento especializado nessas unidades, promovendo internação direta no hospital psiquiátrico ou mesmo contendo o caso na própria unidade de Pronto Atendimento.

Outra medida realizada foi o levantamento de moradores de rua do município juntamente com a Secretaria de Assistência Social, o qual ainda estava sendo realizado à época do estudo.

#### *Soluções sugeridas*



Com relação ao Hospital Psiquiátrico, a solução para a sugerida falta de leitos, na opinião do entrevistado, seria melhorar as suas condições em detrimento do aumento do número de leitos e internações em hospitais gerais, “abrindo as suas portas” e aumentando a sua transparência.

Em sua concepção, comunidade e famílias, participando ativamente dentro do hospital, fiscalizariam melhor as atividades e a forma de cuidado que é oferecido para os doentes, evitando abusos ou negligências.

No entanto, se houver interesse em incrementar o número de vagas nos hospitais gerais, a resposta estaria na questão financeira. Oferecendo recursos atrativos para essas instituições, elas assumiriam, sem dúvidas, as internações psiquiátricas, rapidamente se capacitando e se adaptando para atender a esse tipo de demanda.

Já com relação às unidades ambulatoriais, ressalta a necessidade de quatro medidas mais urgentes para melhorar o sistema:

Primeiramente mudar o local onde se localiza o ARSM.

Em segundo lugar propõe-se dividir o ARSM em duas unidades: Um ambulatório e uma unidade tipo CAPS. Isso desafogaria a demanda, além de proporcionar uma gama maior de possibilidades terapêuticas para os usuários.

Em terceiro lugar, a criação da unidade de CAPS-III. Essa unidade inclusive assumiria – em teoria – a administração e coordenação dos serviços de residências terapêuticas, reduzindo mais um pouco a carga sobre o ARSM.

Em quarto lugar, a criação do CAPS-i, que funcionaria com uma proposta diferente, onde a unidade seria criada e conduzida por todas as secretarias municipais que possam ter envolvimento com questões da infância e adolescência: educação, cultura, assistência social dentre outras. Seria um centro integrado para atendimento de crianças e adolescentes, com múltiplas ofertas de serviços.

Não menos importante, é a necessidade de se realizar um plano integrado para prevenção e assistência a questões relacionada a álcool e drogas, tanto para crianças como para adultos. Esse plano deveria ser específico e aprofundado, não podendo fazer parte do plano de saúde geral.

Seguindo o mesmo raciocínio, o entrevistado cita o surgimento cada dia maior de ONG's e entidades de cunho filantrópico realizando trabalhos paralelos aos da prefeitura, os quais muitas vezes são desconhecidos pelo setor público. Esses trabalhos têm chamado a atenção do coordenador, e em sua opinião deveriam ser incorporados

nas iniciativas e políticas da Secretaria Municipal de Saúde, com intuito de integrá-las e otimizá-las.

Para isso, propõe-se a elaboração de uma espécie de mapa, cartografando as ofertas por bairros ou regiões da cidade, integrando-as e disponibilizando de forma mais organizada para os pacientes com transtornos mentais, até mesmo seguindo os critérios de áreas de abrangência.

Por último, mas talvez uma das medidas de maior urgência, cita-se a necessidade de contratação de mais psicólogos ou então de contratar outros serviços que prestem esse tipo de atenção.

Não importa, para o entrevistado, qual das duas medidas seria feita, o que importa é que, em escolhendo a segunda opção, um compromisso de qualidade no atendimento prestado deve ser estabelecido, sendo que a Secretaria de Saúde deve assumir a responsabilidade pela fiscalização e regulamentação dessas unidades.

Comparando uma medida com a outra, considera, no entanto, que os serviços de administração própria sejam mais passíveis de fiscalização, já que o controle está diretamente nas mãos da Secretaria Municipal de Saúde.

A priori, assim, o que me importa é que tenha boa qualidade de assistência, então, se eu tiver garantia de qualidade de assistência não me importa a maneira. Agora, é, eu tenho a sensação de que a contratação direta é sempre melhor, porque você controla o funcionário que você tem.

Quando você lida com a entidade que presta assistência é uma rede complicada de relações que termina se traçando

Então, o que eu sinto é que a contratação direta, com todo esse questionamento que se faça, né, ainda é melhor. Gilson Carvalho tem razão, é melhor a contratação direta, sempre no SUS é melhor.

Continuando, expressa o entrevistado sua opinião sobre a existência desse tipo de convênio ocorrendo atualmente com as Universidades existentes no município. Esses convênios têm caminhado bem até o momento da entrevista, sendo muito importante para um município que dispõe de poucos psicólogos.

No entanto, ressalta também uma preocupação: as universidades não possuem compromisso explícito com demanda, ou seja, o município continua sendo o maior responsável pela mesma.

Nós temos algumas preocupações, porque uma parte desses serviços é, não tem um compromisso explícito com demanda, ou seja, o município continuou o maior responsável pela demanda. Mas nós, também, não pagamos parte dessas coisas. Elas têm sido feitas é voluntariamente, né.

Até por necessidade de estágio, dos alunos e dos cursos e tudo.

Toma-se como exemplo a relação com o CAPS-AD, que é uma unidade contratada, onde não existe uma fiscalização oficial das atividades oferecidas. A

unidade envia mensalmente os dados de faturamento para a Secretaria Municipal de Saúde e participa das reuniões gerais de serviços de saúde mental. Fora isso, a Secretaria Municipal de Saúde não possui nenhuma forma de controle sobre a unidade bem como acesso a dados epidemiológicos e estatísticas, por exemplo.

Agora, é, por exemplo, o próprio controle da assistência no CAPS-AD a gente tateia pra conseguir, entendeu? Porque a gente não tem uma noção muito clara, do volume de trabalho, de como eles fazem, a gente tem só o volume do que eles entregam por APAC, que eles entregam por questões de faturamento.

De alguma maneira, eu preciso de dados, se entrou, se melhorou, não melhorou, quantos foi pra lá, quem tá se tratando, quem não tá, aonde tá, como vai, né, eu preciso. E aí a gente fica até meio assim de ir lá interferir no trabalho das pessoas, mas como é que vai fazer?

### **3.3.2. Problemas, soluções e as diferentes opiniões de atores do sistema municipal**

Neste tópico, serão expressas opiniões dos diferentes atores entrevistados, agrupadas conforme o tema discutido.

#### *Atenção Básica à saúde.*

Primeiramente, quase unânime foi a opinião de que a maior parte das unidades de atenção básica à saúde não estão preparadas para o cuidado com portadores de transtornos mentais.

No entanto, divergem as opiniões entre os dois coordenadores de unidades deste nível. Na unidade básica que possui modelo PSF, e que passou por capacitação de sua equipe através de supervisão semanal de uma equipe de saúde mental da universidade, o entrevistado acredita que a equipe resolve grande parte da demanda, e que seus funcionários estão aptos a lidarem com esses problemas, incluindo os agentes comunitários de saúde.

Aí a gente tem uma vantagem, que a gente tem uma supervisão semanal, uma consultoria, né, de psiquiatria, que eu chamo, assim, de saúde mental.

Então, tem psiquiatra, que vai lá discutir.

Então, semanalmente, a gente discute casos de saúde mental. Que casos que a gente leva? Todos os casos de saúde mental que chegam na Unidade? Não. A gente só leva aqueles que a gente tem dúvida de diagnóstico.

A equipe, ela tem muito mais autonomia pra lidar com os casos, os agentes comunitários têm um olhar muito aguçado, e percebem muito bem isso, quando tem alguma coisa de diferente, e a gente acaba ficando com casos mais graves, que não deveriam ficar no nível secundário, justamente porque a gente tem consultoria e porque tem um funil pra entrar na Saúde Mental.

Eu acho que a gente tem uma assistência de qualidade, a gente fecha diagnóstico, a gente trata, acompanha, se a gente for contar nos dedos, assim, eu conto nos dedos desde 2001 até agora, quantos pacientes a gente encaminhou.

Mais ainda:

Então, o que eu acho que é diferente, de uma Unidade Básica, de uma Unidade de Saúde da Família, aqui especificamente, é justamente isso, essa educação continuada que a gente tem, de discutir, de aprender, de ter uma consultoria, né, que faz parte, que faz a equipe ter uma resolutividade maior.

Reitera-se ainda que o cuidado a esse tipo de demanda é realmente competência de equipes de atenção básica à saúde, mas que talvez, em sua unidade, esse processo tenha sido facilitado pela presença da universidade.

Eu acho, sim, que isso é papel da Atenção Primária, eu acho que isso faz parte da Atenção Primária atender, e eu só queria ressaltar que o secundário, muitas vezes, tá tão fechado que a gente não consegue encaminhar.

Uma particularidade é que ali a gente tem ensino junto com assistência e pesquisa, que é o critério da Faculdade, na USP.

Esse conteúdo se repete no discurso do coordenador da unidade CAPS-II quando interrogado sobre possíveis diferenças nos modelos de assistência básica, reforçando a necessidade de que os usuários permaneçam nesse nível de saúde o maior tempo possível, desde que ocorra uma melhor relação entre esses dois níveis de saúde.

Eu tenho algumas experiências com o PSF assim, a gente fez um trabalho dentro de uma Unidade de PSF que foi muito bom, e, assim, a minha vivência que eu tive lá o pessoal segura, o pessoal conversa, o pessoal fica curioso, o pessoal fica querendo trabalhar de forma integral.

O que mais? Eu acho que teria que ter mais integração com as áreas básicas, eu acho que esse paciente deveria ocupar mais o espaço dele no ambiente que ele mora, no local que ele mora. Assim, eu acho que o cuidador precisaria ser melhor cuidado, ele ter um espaço pra falar dessas dificuldades dele, ter espaço pra ele valorizar o trabalho dele.

Já na unidade de atenção básica que não opera com modelo de saúde da família, o entrevistado cita que esse tipo de demanda deve realmente ser encaminhado para os níveis especializados de assistência, não sendo essa, competência da atenção básica. Nesse sentido, a determinação da Secretaria Municipal em mandar de volta para a atenção básica pacientes com transtornos de baixa e média complexidade, que podem receber alta dos ambulatórios, é considerada como uma dificuldade para o trabalho de sua equipe.

A gente não tem essa familiaridade pra tá recebendo esse paciente e seguindo na unidade.

Eu acho que pra esse paciente, pra atendimento devido, como ele precisa, eu acho que teria que ser no atendimento secundário. No atendimento primário, ele acaba passando, muitas vezes, de eventual, ou quando ele agenda a consulta, ele vem simplesmente pra fazer troca de receita. Então, esse paciente não tem o atendimento que ele merecia ter, que deveria ter.

Motivo para essa divergência pode estar na falta de capacitação das equipes anteriormente citada, como o último ressalta em seu discurso:

Mas, assim, um trabalho mais específico no sentido de nos capacitar ou de capacitar a equipe pra tá recebendo esses pacientes de volta, mesmo com orientações simples, orientações gerais a respeito do que a gente vai tá recebendo, isso não foi feito.

Isso tem como consequência encaminhamentos desnecessários para o nível ambulatorial, culminando com um estrangulamento para consultas e demais modalidades assistenciais.

Acontecem casos que não haveria a necessidade de encaminhar pra cá.  
Acontecem casos de encaminhamento, totalmente equivocado, que é quadro orgânico, ou mesmo alcoolismo e uso de drogas, que a gente não atende aqui.  
Coordenador ARSM

E mesmo com a iniciativa de reencaminhar pacientes que se enquadram nessa categoria para a atenção básica, muitas dificuldades ainda são encontradas.

Quando é preciso reencaminhar para a atenção básica, assim, você liga na UBS, você conversa, mas a gente enfrenta muita dificuldade, tem muito do medo mesmo, eu acho que pela mentalidade, desse paradigma da doença mental, de uma coisa que só o psiquiatra sabe lidar. Então, assim, tem muito do “não quero mesmo”, não é uma coisa que eu quero.

Coordenador CAPS-II.

A solução seria então a criação de equipes matriciais de apoio para as unidades básicas, como o que ocorreu nos serviços vinculados à universidade de São Paulo.

Eu acho que a formação dos profissionais que estão nas equipes é o diferencial. E o clínico, muitas vezes, ele não tem nem o treinamento na sua formação pra isso, então, às vezes, dificulta mesmo, a gente não procura aquilo que a gente não conhece, né, e, às vezes, eu acho que capacitação ajudaria bastante.

Coordenador UBS-PSF

No entanto, existe resistência por parte dos trabalhadores do nível básico para buscarem mais instrumentos úteis no cuidado à demanda de saúde mental. Algumas sugestões de causas para essa resistência são inclusive citadas pelos entrevistados.

É, às vezes, a gente recebe folder de alguns cursos e os profissionais vão se tiver interesse, tá certo. Mas a maior parte das vezes a gente vê que em relação à saúde mental tem um desinteresse muito grande, né, Talvez, porque os profissionais não estejam familiarizados a tar tratando com o assunto, ou mesmo porque não seja do seu interesse tar tratando do assunto saúde mental. Então, eu vejo que existe um desinteresse, vamos colocar assim da própria equipe, nesse sentido.

Coordenador UBS-PACS

É, já houve uma proposta da coordenação de saúde mental do município, pra fazer um treinamento, pros médicos da rede básica, e um e os médicos novos também participaram desse treinamento. Atualmente não tem nada institucionalizado, formalizado em relação a isso, mas nós, né, temos essa disponibilidade de estabelecer parcerias, de manter o contato, essa via é aberta.

Coordenador CAPS-AD

E a rede, porque a gente sabe que a rede já tem bastante serviço, né, o clínico já trabalha bastante, e isso é uma demanda que tem um problema, não é todo mundo que se identifica. Ela gera mais emoções do que, por exemplo, um caso cardiológico, endocrinológico.

E eles, também já tem uma demanda grande, né. Isso aí também que tem que ser levado em consideração, e a pessoa com problema emocional, ela demanda paciência, conversa, uma atenção mais nesse sentido de perder um pouco de tempo com aquela pessoa, vamos dizer, que não é perda de tempo, né, mas você não pode fazer uma consulta rápida.

Coordenador ARSM

As unidades de saúde funcionam com uma carga máxima de atendimento.

Os clínicos, eles acabam atendendo acima do estipulado, pelo menos aqui funciona assim.

Coordenador UBS-PACS

E isso se torna ainda mais claro na opinião do coordenador da Unidade de Emergências Psiquiátricas do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Um outro problema que a gente tem é que, de modo geral, os nossos serviços extra-hospitalares de saúde mental eles, na realidade, eles têm uma porcentagem muito grande, geralmente 50, 60%, até mais dos pacientes com quadros neuróticos de gravidade leve à moderada. Que grande parte desses quadros neuróticos poderiam ser atendidos pelas equipes de assistência básica à saúde desde que elas tivessem uma formação e um suporte contínuo e periódico em termos de consultoria e educação continuada feita por profissionais das equipes especializadas de saúde mental.

Como isso não existe, então, na realidade os poucos recursos extra-hospitalares que a gente tem, pelo menos a metade deles são gastos com esse tipo de paciente. Então quando você tem alguém que tá com um problema realmente grave e precisa de um atendimento mais intensivo e freqüente, esse é mais um motivo pelo qual você não consegue dar esse atendimento intensivo e freqüente.

E como, aqui em Ribeirão Preto, realmente a Prefeitura não investe mesmo em fazer programas de saúde de família, fazer o cargo de médico de família e comunidade e investir em pagar melhor os profissionais que sejam capacitados pra fazer isso, acho que esse é um problema que nós ainda vamos enfrentar aqui no município durante muitos anos.

#### *Relacionamento entre as unidades e diferentes níveis de atenção:*

Outro ponto de concordância geral é a falta espaços e iniciativas para o relacionamento entre as unidades da rede, sejam elas do mesmo nível assistencial, ou de diferentes níveis.

O nosso contato com o ambulatório, ele é, assim, é muito distante, tá certo, a gente não tem um vínculo muito próximo. Mas quando o paciente vem aqui, eu acho que fica é bem distante do que eu gostaria, muito mais distante, eu acho que a gente teria que ter um vínculo melhor, mais próximo com o ambulatório.

Coordenador UBS-PACS

Não tem nada formal. A relação que existe é quando algum dos nossos usuários precisam de algum encaminhamento ou algum atendimento básico, que a gente não realiza aqui, né, é encaminhado pra Unidade Básica de Saúde, através do encaminhamento da referência.

Coordenador CAPS-AD

Olha! Não existe um disque dúvida. Então, a pessoa que fica de plantão, ele vai ta lá dando informação na hora que clínico precisa. Isso não existe. O que existe na prática, é que todas as vezes que um clínico ligou pra unidade sempre foi atendido.

Agora, em relação a essa questão, eu acho que tinha sim a necessidade de ter uma articulação melhor com as unidades básicas, ou os programas de saúde da família, que nós estamos tentando fazer, né.

Coordenador ARSM

Quanto ao Hospital Santa Teresa, a gente já tentou ter uma proximidade maior, há um tempo atrás, mas isso não se concretizou. E acho que e assim interessante se a gente fizesse pra fazer uma parceria, porque o trabalho é muito legal.

Coordenador UBS-PSF

De forma focal, o CAPS-II tem realizado reuniões com as unidades de atenção básica à saúde, melhorando o relacionamento entre os níveis.

Então, a gente tem uma reunião por mês, da região central, com as Unidades Básicas e com a psiquiatria. E isso foi uma coisa legal, que isso tá abrindo pelo menos um caminho de conversação, né, a gente muda o mundo com uma conversa de cada vez, né, eu costumo dizer isso, isso ainda é insipiente, ainda é difícil, mas eu acho que é uma proposta legal, mas não tem uma equipe, se você tiver que falar “tem uma equipe matricial?”, não, não tem.

Espaços dessa natureza são de grande importância para que as iniciativas e ações sejam integradas e potencializadas em sua repercussão. A falta desses espaços deixa os diferentes atores do sistema isolados, sem acesso a informações preciosas coletadas e disponíveis no serviço de outro nível.

Algo que ocorre nesse sentido e que foi elogiado por alguns dos entrevistados, é a existência de uma rede de saúde mental real que se reúne semanalmente com a participação dos diferentes atores de serviços de saúde mental, como citado anteriormente.

Ribeirão Preto tem uma grande vantagem em relação aos outros municípios, porque existe uma rede, de fato, de saúde mental, uma rede articulada, que se reúne, que discute, então isso é uma vantagem muito grande do nosso município.

Coordenador CAPS-AD

Eu acho que essas reuniões semanais são uma das coisas que ao longo dos anos facilitou você usar da melhor maneira possível os recursos que tem, porque as pessoas se encontram “face-a-face” discutem as suas dificuldades, conseguem fazer planos comuns de atendimento pros pacientes, então eu acho que, de modo geral, isso é uma coisa que ajuda bastante, é bem válido.

Coordenador Unidade de Emergências HC-FMRP-USP

No entanto, na opinião do coordenador do CAPS-II, essa reunião, a pesar de todo o benefício que traz, ainda assim, não é bem aproveitada.

Nós temos uma reunião, por semana. Essa reunião ela poderia, pessoalmente acho que ela poderia ser melhor aproveitada.

E eu acho que é um lugar que você sabe que você pode tá trocando muito mais idéia, né, eu acho que, assim, ainda nós temos uma cultura muito do especialista.

### *Falta de vagas, serviços e espaços de convivência*

Nas entrevistas realizadas com atores de todos os níveis, inclusive como se pode ver na entrevista com o coordenador de saúde mental, se impõe a criação de mais unidades especializadas em saúde mental, seguindo as normas estabelecidas por lei, de que deva existir uma unidade por distrito sanitário do município.

Nós, olha, faz desde 94, quando começou a surgir, quando teve o primeiro concurso pra psiquiatra na rede municipal, porque não tinha, é, não tinha psiquiatra na rede, que têm vários projetos, um deles você deve ter ouvido falar já, que já virou folclore, seriam 5 CAPS, um pra cada distrito. Tantos anos depois, né, de 94 pra 2007, faz 13 anos né, isso não aconteceu, aconteceu só com um distrito.

Coordenador ARSM

Com a reforma psiquiátrica, né, o que foi priorizado é que deveriam existir, com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, serviço extra-hospitalares oferecidos, né, tratamento ambulatorial pra essas pessoas. E o que a gente percebe é que, né, isso não aconteceu, ou tem acontecido, né, assim, muito lentamente.

Coordenador CAPS-AD

Então, e o que a gente percebe é, assim, um estrangulamento, né, da falta de serviços alternativos ao hospital, e o que acaba acontecendo? O que a gente tem percebido é que os casos têm sido graves, né, acho que assim, as pessoas têm adoecido de fato, e o que falta é, por exemplo, a gente vê falta de vaga na unidade de emergência.

Coordenador CAPS-AD

Por esse motivo os serviços encontram-se sobrecarregados, gerando filas de espera de vários meses.

A gente funciona no limite, porque se a gente for pensar precisaríamos de mais recursos pra, né, acho que ter uma folga, pra você trabalhar de uma maneira mais tranqüila. A gente funciona no limite, com esses recursos.

Coordenador CAPS-AD

Então, existe um sistema que deveria estar funcionando, né, agora quando você vê o Ambulatório de Saúde Mental demorando não sei quanto tempo pra atender um caso novo, ele tá bloqueado, não é?

Coordenador Hospital Psiquiátrico

Mas a gente sabe que tem muita gente aguardando, por exemplo, psicoterapia, não tem vaga pra psicoterapia, e por mais que você capacite, por mais que você treine a gente tem um limite, a gente pode colaborar e resolver aquilo que é da nossa obrigação, do nosso nível, mas a gente tem casos que precisam ser encaminhados e a gente não consegue encaminhar.

A gente tem dificuldade no acesso pra psicoterapia, por exemplo, a gente não tem esse; até tem, mas é muito difícil, os pacientes ficam na fila de espera.

Coordenador UBS-PSF



Certo é que de alguma forma, devido à integração, à competência e ao bom trabalho realizado pelas unidades especializadas, esse déficit é atenuado, seja com consultas de acolhimento, ou pelo próprio trabalho de algumas pessoas, como se pode observar no discurso do coordenador do Ambulatório Regional de Saúde Mental.

Aqui é feito o acolhimento e a marcação de consulta, triagem, ou o que for preciso, tudo, e também os encaixes e a gente trabalha, ninguém fica parado. Se alguém falta, é encaixado na mesma hora, uma outra pessoa, dessas que ficam esperando, pro profissional não ficar com tempo ocioso.

Eu quero abrir um parênteses pra equipe do ambulatório, que é uma equipe que muitos profissionais tão aqui há bastante tempo, e isso é bom, é uma equipe eu considero uma equipe muito boa.

Eu acho que nós temos uma boa equipe, uma equipe que faz vínculo e acolhe e trata bem, sabe, o não tratar bem ou perder a paciência não é rotina.

No entanto, a situação estaria longe do ideal, e segundo a opinião do coordenador do serviço de emergências psiquiátricas do HC-FMRP-USP:

Então, a maioria dos serviços extra-hospitalares, não só de Ribeirão como da região, eu acho até que ao longo dos anos eles foram, durante algum tempo, conseguindo se tornar eficientes no sentido de aproveitar o máximo possível os recursos que já tinham, mas isso, obviamente, chegou num limite. Quer dizer, 10 anos, 9, 10 anos sem investimento em serviço novo. Quer dizer, do outro lado, a população continuando a crescer e cada vez mais pessoas migrando pro SUS.

Unânime também é a questão da falta de vagas para internações de emergência na única unidade de emergências que existe no município – UE-HC-FMRP-USP. Isso ocorre, segundo as opiniões colhidas, pela existência de apenas essa unidade para o atendimento de situações emergenciais (situação passível de mudança após a abertura da unidade de CAPS-III), pelo despreparo dos médicos de unidades de pronto-atendimento, pela falta de vagas e tempo longo de espera para consultas em nível ambulatorial (maior tempo entre consultas e menor qualidade de serviços leva a um aumento da angústia dos doentes, gerando mais crises), bem como pelo déficit de vagas para internação de emergência – apenas seis para toda a DRS-XVIII.

A partir de 2004, a gente começou a ter cada vez com mais frequência problemas de demora dos pacientes chegarem aqui porque não tinha vaga.

E isso foi se agravando cada vez mais, se agravou já bastante no ano passado em 2006 e esse ano em 2007 a coisa estourou.

Então, a interpretação que a gente dá a esse dado é que aí começa a surgir essa questão, começa a surgir, realmente, o impacto do fato de não ter ocorrido o aumento no número de serviços e de profissionais de saúde mental desde 98, 99.

Então, essa questão da lista de espera grande, ela não vai se resolver, enquanto não houver, realmente, novos investimentos tanto em serviços extra-hospitalares quanto investimentos em serviços hospitalares.

Coordenador Unidade de Emergências HC-FMRP-USP

O atendimento de urgência é prejudicado, você tem um paciente que tá com ideação suicida que ele, ou tá em surto psicótico, é muito difícil da gente

encaminhar, a gente sabe que ele precisa ser encaminhado, mas ele fica esperando no Pronto Socorro na Distrital, 24, 48, 36 horas, né, então isso é uma dificuldade que a gente tem, a regulação pros pacientes que precisam em casos de urgência mesmo.

Coordenador UBS-PSF

É necessária a criação de leitos de urgência, né, não há necessidade de criação de leitos no hospital psiquiátrico, porque o que tem dá conta da demanda.

Coordenador CAPS-AD

Como foi possível observar no momento das entrevistas, existe uma iniciativa que tenta atenuar as esperas nas unidades de pronto-atendimento, realizada por um psiquiatra da rede municipal com possibilidade de internação direta no HST, sem passagem pela Unidade de Emergências HC-FMRP-USP, mas essa medida é considerada como de contenção, paliativa, sendo que, para estabelecer uma solução definitiva, primeiramente os médicos de toda a rede municipal (principalmente unidades básicas de saúde e unidades de Pronto Atendimento) deveriam receber capacitação para urgências e emergências em psiquiatria.

Da mesma forma a abertura da unidade de CAPS-III seria outro importante fator de melhora para essa situação.

Agora, tem essa proposta que tá sendo trabalhada do CAPS III, que ainda assim não é o suficiente, mas já é um serviço a mais. Teria que ter havido um aumento de equipamentos também, não só de ambulatório, de CAPS, é como de hospital dia, hospital noite, oficina terapêutica e centro de convivência, que seriam os principais que teria que ter havido, não houve.

Coordenador ARSM

Outra questão muito séria que eu vejo é que não há no município o CAPS-III, que teria que dar seguimento aos pacientes. Esse é um grande nó que nós vemos dentro da assistência no município.

Coordenador Hospital Psiquiátrico

Porém, na opinião do coordenador da Unidade de Emergências, ainda assim, apenas uma unidade de CAPS-III não seria suficiente para cobrir o déficit de vagas no município.

Eu acho que pra Ribeirão Preto, com mais de 500 mil habitantes, o adequado seriam dois CAPS-III.

Mais uma vez, deve-se ressaltar a necessidade de mais unidades ambulatoriais, como solução também para este problema. Mais unidades com equipes apropriadas gerariam um menor estrangulamento para as vagas nesse nível, reduzindo a necessidade de internações.

Outro ponto citado por alguns entrevistados se refere à necessidade de mais espaços de convivência social. Esses espaços não seriam exclusivos para usuários da

saúde mental, mas para todos os municípios, funcionando como áreas de promoção de saúde.

Nesse sentido, os espaços das próprias unidades de saúde mental poderiam ser utilizados para essa finalidade.

A gente anda pelo bairro, a gente tem praça? Tem! Mas a gente não tem quadra de esporte, a gente não tem uma associação de bairros que seja tão viva, que promova atividade, a gente tem igreja e bar, né, então isso favorece, né, os nossos pacientes. A gente tem um índice de alcoolismo importante.

Coordenador UBS-PSF

Nos meus sonhos, tá, isso foge né, eu acho que o CAPS tinha que ser uma Unidade mais aberta, né, de ta mais a sociedade aqui dentro, participar, mais integral, que as oficinas fossem abertas não só pros pacientes, mas que estivesse integrado com outras pessoas também, que não precisasse usar só o recurso daqui de dentro, mas o recurso, por exemplo, é territorial, que local que ele tá, pra ele poder aproveitar mais.

Coordenador CAPS-II

Ah sim, eu acho que o hospital poderia ser uma outra coisa, né, uma coisa muito mais aberta, que as pessoas tivessem, sei lá, mais convívio com aquilo que as pessoas convivessem e tivessem outros tipos de atividade, de preparo das pessoas pra elas se desenvolverem e poderem levar uma vida diferente na sociedade, se adaptando, criando coisas, eu acho que tinha que tar pensando em outras alternativas.

Coordenador Hospital Psiquiátrico

Segundo a opinião do coordenador de saúde mental do município anteriormente citada, isso se faz eminente principalmente para as questões de saúde mental infantil e transtornos relacionados a substâncias químicas.

#### *Vagas para internações em hospitais gerais*

Não há consenso neste ponto, nem mesmo opiniões firmes.

Segundo a opinião do coordenador de saúde mental do município, não é necessário abrir vagas necessariamente em hospitais gerais, isso poderia ser feito em hospitais psiquiátricos com a reformulação do paradigma e da assistência prestada pelos últimos.

Já na opinião do Diretor do hospital psiquiátrico, o município não necessita de mais vagas para internações, sendo que o número oferecido atualmente é suficiente.

Olha, do meu ponto de vista, eu não sou psiquiatra, mas nesse tempo que eu estou dirigindo o hospital, o que dá pra perceber é que esse número é suficiente, pra atendimento de Ribeirão e da região.

Coordenador Hospital Psiquiátrico

Já na opinião dos coordenadores de unidades de atenção básica e do nível especializado, deveriam existir mais vagas em hospitais gerais. Para essas pessoas, a proposta se valida pela idéia de que o hospital geral, sem rótulos ou estigmas, ofereceria

um cuidado mais humanizante para os doentes, além de aumentar a oferta de vagas de emergência da rede, reduzindo o afunilamento existente na unidade de emergências do HC-FMRP-USP.

Na minha opinião, para resolver uma situação mais aguda e momentânea, por exemplo, de ter lista de espera, com certeza, se você montasse uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral, né, a mais aqui na região, por exemplo, na Santa Casa, na Beneficência, ou um dos hospitais filantrópicos das outras cidades da região, com 6, 8 leitos, e você montasse mais um ou dois CAPS 24 horas, nós não teríamos mais uma lista de espera.

Coordenador Unidade de Emergências HC-FMRP-USP

Faltam enfermarias de psiquiatria em hospital geral. Isso é uma pena, porque seria muito importante você poder internar num hospital comum, pra pessoa já não sofrer aquele estigma que foi parar no Santa Teresa.

Coordenador ARSM

Levanta-se a opinião do coordenador da Unidade de Emergências, de que não é somente por falta de interesse dos hospitais conveniados ao SUS que as vagas não são criadas. Deve haver por parte da Secretaria Municipal de Saúde investimentos e empenho para estabelecer convênios que sejam atrativos para os hospitais.

Quer dizer, se não existe uma política de investimento tanto no sentido financeiro como de recursos humano dos poderes municipais, estaduais, de pegar hospitais da região ligados ao SUS e ter uma negociação com esses hospitais pra fazerem enfermarias de psiquiatria nesses hospitais, como a gente fez no HC, não se cria vagas para internação em hospitais gerais.

Na prática, você não tem claramente uma política, por exemplo, pra instalar esse serviço de psiquiatria no hospital geral.

Então, enquanto não houver esse investimento, não adianta que isso não vai se resolver.

Essa opinião vai de encontro à do coordenador de saúde mental do município, expressa anteriormente.

#### *Necessidade de recursos humanos*

Esse problema foi ressaltado nas diferentes entrevistas de forma importante.

Acontece que a rede municipal observou uma redução do número de funcionários na área de saúde progressivamente nos últimos 14 anos. Isso é ainda mais crítico quando se leva em conta o número de psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

Eu acho que o que a gente precisa no setor de secundário é de profissionais capacitados, habilitados pra tar lá, a gente precisa de psiquiatria, precisa ter acesso a essas pessoas, mas a gente precisa ter gente que tá na ponta.

Coordenador UBS-PSF

Então, a gente vê muita coisa que falta, recursos humanos parece que sempre é sempre tá em falta, e você tem que ficar tentando usar o melhor possível, né, aquilo que você tem, é, otimizar a equipe, né. Eu acredito que o investimento em recursos humanos em qualquer empresa, até na empresa pública, pra contratar um bom profissional é fundamental.

Ai, eu acho que dinheiro e funcionário é sempre no limite, sempre você tá pedindo, tá no limite.

À tarde a Unidade fica muito vazia, né, os pacientes poderiam tar aproveitando melhor aqui, a gente teria que ter coisas pra oferecer e a gente não tem, né, e não tem uma equipe. Seria muito melhor o jeito de funcionar, né, então, assim, eu acho que isso é um dos fatores que eu vejo como falta.

Coordenador CAPS-II

O que vem acontecendo é que na região como um todo, inclusive em Ribeirão Preto, a gente vê que investimentos, novos, em serviços, em profissionais especializados em saúde mental, eles, na realidade, tiveram uma diminuição dramática desde 1998, 1999. Então, na realidade nós temos uma situação em que a população vem crescendo ao longo desses últimos 9, 10 anos, e a gente tem uma situação em que praticamente não houve investimentos novos ao longo desses anos na área de saúde mental.

Em Ribeirão Preto, por exemplo, entre outras coisas, você teve uma diminuição muito grande, por exemplo, do número de psicólogos atendendo a população, principalmente crianças e adolescentes na cidade, sem reposição de recursos.

Coordenador Unidade de Emergências HC-FMRP-USP

Mesmo com a contratação de alguns serviços vinculados às universidades, o déficit se mantém e gera transtornos. Talvez pelo fato citado pelo coordenador de saúde mental de que as universidades não possuem um vínculo com a demanda, ou mesmo porque a necessidade seja ainda maior do que é estimado.

Já com relação aos médicos, também na opinião do coordenador de saúde mental, o problema estaria nos baixos salários dessa classe, não gerando interesse em ingressar no serviço público municipal e culminando com um déficit permanente de recursos humanos, com alta rotatividade de funcionários.

Esse déficit seria, na opinião do coordenador da Unidade de Emergências do HC-FMRP-USP, um dos grandes motivos para justificar a demanda reprimida e as filas de espera que existem tanto nas unidades de assistência ambulatorial, como unidade de emergências:

A teorização que a gente faz disso, que a gente conversa com colegas dentro aqui da Unidade de Emergência, é que a falta de recursos levou a um atendimento, em termos do atendimento com médico psiquiatra com intervalos cada vez maiores, por exemplo, o Ambulatório Regional de Saúde Mental, ele recebia, mais ou menos 800, 900 casos novos por ano e conseguia dar alta pra uns 30, 40 pacientes por ano.

Ora, o que isso significa? Como é que você consegue incorporar essa demanda? Só tem um jeito de fazer isso:

Você vai aumentando, cada vez mais, o intervalo de retornos entre os pacientes e isso na realidade vai criando um atendimento de menor qualidade, onde é mais fácil a pessoa ter complicações sendo que uma parcela dessas pessoas, pelo menos, precisariam internações.

Infelizmente, isso se opõe ao fato de que as universidades têm formado profissionais capacitados todos os anos, principalmente a Universidade de São Paulo,

que disponibiliza aos seus residentes de psiquiatria e aos graduandos de psicologia, participação em unidades básicas de saúde, contribuindo também para a formação de equipes de apoio matricial dentro da rede, bem como em cuidado com doentes mentais em hospitais gerais.

E aqui na região, nós somos privilegiados em relação a isso, porque nós temos 30 anos de formação de profissionais que sabem tocar isso em hospital geral e nas unidades básicas, então você não vai ter dificuldade nenhuma de chamar recursos humanos especializados em saúde mental que saibam trabalhar em hospital geral ou na rede mesmo.

Coordenador Unidade de Emergências HC-FMRP-USP

### *Questões de financiamento*

Como foi possível constatar, todos os serviços contemplados no estudo, excluindo o hospital psiquiátrico referiram problemas com relação às suas finanças.

Os recursos provenientes do Ministério da Saúde, mesmo sendo complementados pelo município, mantêm as unidades em funcionamento, porém com restrições. Não há sobra de recursos para investir em modalidades diferentes de assistência.

Não vou dizer de boa qualidade, mas o investimento em saúde primária fica muito a desejar.

Coordenador UBS-PACS

O sanatório Espírita São Vicente Paulo é uma instituição filantrópica, que também vive de doações e de recursos vindos do município, do Ministério da Saúde e que acaba tendo dificuldade financeira, esse é um dos entraves que a gente possui.

Coordenador CAPS-AD

Um entrave que a gente vê é que, teoricamente, o que é pregado é que os CAPS deveriam funcionar só com as APACS, e a gente vê que na realidade isso não acontece. Nós e todos os CAPS precisamos de uma verba extra, porque não sei como que foi organizado isso, mas que de fato a gente não consegue se sustentar.

Coordenador CAPS-AD

Quer dizer, não, a gente sabe que o que o Ministério da Saúde repassa cobre “malemá” 70% do que um serviço desses de psiquiatria em hospital geral ou de CAPS ou mesmo de Ambulatório de Saúde Mental gasta. A Prefeitura vai ter que investir os outros 30%. Mas se você não tiver essa perspectiva você nunca faz nada.

Coordenador Unidade de Emergências HC-FMRP-USP

Mesmo assim as equipes conseguem promover uma qualidade de atendimento considerada em todos os níveis como boa, com oficinas terapêuticas em algumas unidades, grupos terapêuticos em todas as unidades de atenção básica e de nível especializado, e um grande volume de consultas diárias.

Pode-se dizer que esses recursos são otimizados nas unidades de saúde do sistema.

Às vezes, do jeito que a gente fala parece que a gente não tem nada de bom pra oferecer, mas é uma equipe muito entrosada, então, fora do assunto saúde mental, nós temos alguns programas que funcionam muito bem em todas as áreas.

Coordenador UBS-PACS

### *Serviços de Residência Terapêutica e desospitalização*

Previamente citou-se a opinião do coordenador de saúde mental municipal. Na visão dos demais atores, outro ponto que é comum está no grande número de altas que moradores do hospital psiquiátrico receberam nos últimos anos, seja para suas famílias ou para serviços de residências terapêuticas.

No entanto, segundo o coordenador do hospital psiquiátrico, as vagas oferecidas em serviços de residências terapêuticas ainda não são suficientes, o que tende a causar um atraso nas altas que poderiam ser realizadas para um certo número de pacientes que já possuem condições.

Infelizmente, os municípios estão se recusando a abrir residência terapêutica, pra aqueles pacientes que não tem família ou cujas famílias não têm condição de recebê-los. No município de Ribeirão Preto, hoje, nós temos dificuldade pra dar alta pra residência terapêutica.

Coordenador Hospital Psiquiátrico

Outro problema levantado, é que esses serviços, por questão histórica, continuam sob tutela do ambulatório Regional de Saúde Mental, sobrecarregando ainda mais essa unidade. Deve-se lembrar que dentre as unidades ambulatoriais existentes no município, essa é a que se encontra sob piores condições: Maior demanda populacional e piores condições de espaço físico principalmente.

### *Iniciativas intersetoriais*

Apesar de várias delas terem sido citadas, o que se pode perceber é que essas ainda são incipientes, com pouco ou nenhum incentivo do Estado. Esse fato é presente no conteúdo de todas as entrevistas realizadas no presente trabalho.

Mais ainda, ocorrem conforme necessidades específicas das equipes de saúde, e parecem ter efeito limitado à resolução desses problemas pontuais.

A relação com outras secretarias, assim, a mais próxima da gente pra se conseguir realizar alguns projetos, seria a própria Cidadania, que havia a assistente social que a gente tem uns contatos na área. Eu diria que poderia ser melhor, tá?

Coordenador UBS-PACS

A gente não tem assim, aí, temos um convênio com tal e tal e tal serviço. Conforme eu falei, tudo o que todos os convênios que a gente faz, todas as parcerias dependem de uma necessidade, de uma demanda, da unidade.

Coordenador UBS-PSF

Com relação à intersectorialidade, eu acho que tem que ser, a minha intenção, e a minha vontade, é que isso seja muito mais intenso, tá, então, assim, são poucas, tem que ter uma coisa, assim, surgindo, insipiente, né, mas eu acho que teria que ser muito mais, que se pudesse tar participando inclusive nos bairros deles, junto com o programa de saúde, por exemplo, que eles pudessem ter outros tipos de atividades, não só aqui dentro da Unidade. Nossa intenção, quando teve a reforma, não era abrir os portões?

Coordenador CAPS-II

Se algumas relações, tais como aquelas entre as unidades e os Conselhos Tutelares ou através do PIC podem ser realizadas, muita coisa poderia ser feita seguindo as mesmas linhas.

Como ressalta o coordenador municipal, muita coisa tem ocorrido no município, mas isso parece não estar integrado em uma rede de oferta de serviços ou atividades.

Importante ainda seria a participação da comunidade na construção e no diálogo das unidades de saúde, como pode ser percebido anteriormente na opinião de alguns atores e como citam os mesmos:

Não, eu acho que o desenvolvimento de um serviço de saúde ele vai dependendo do desenvolvimento de toda a sociedade, de todo, por exemplo, o nosso caso da saúde geral, né, da população exigir no local certo, que seja dado mais atenção pra saúde, que seja destinado as verbas adequadas pra saúde, porque às vezes o usuário ele não sabe nem onde brigar.

Coordenador ARSM

É, tá sendo muito difícil no sentido da própria comunidade querer participar, porque gera acho que trabalho gera responsabilização pra todos, né, e a comunidade é que tem que assumir a maior responsabilização em tudo isso, né.

Coordenador UBS-PACS

### *O conflito de opiniões entre a Coordenadoria de Saúde Mental e a diretoria do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto*

Trata-se de uma divergência de opiniões entre esses dois entrevistados.

De um lado, a esfera municipal defende a idéia de que existe falta de vagas para internações psiquiátricas no município, e que o grande responsável por isso seria o Hospital Psiquiátrico e sua política de redução de leitos, como se pode observar em suas falas.

No entanto, esse conflito vai além da falta de vagas apenas, envolvendo a responsabilização pelo financiamento e pela gestão da saúde mental.



Defende-se a idéia de que os recursos que antes eram destinados às internações deveriam ser repassados para o município com o intuito de ser utilizado no custeio dos programas e das unidades de saúde mental.

Há concordância do coordenador da unidade de emergências do HC-FMRP-USP neste ponto:

Fechou um monte de leito psiquiátrico na região e esse dinheiro pros municípios realmente não veio, esse é um dos absurdos da reforma psiquiátrica no Brasil.

Assim, existe certo impasse entre essas duas instâncias sobre quem deveria ser responsável pelo financiamento e pelos problemas existentes:

Os representantes da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto colocam que o problema é que o governo estadual não faz investimentos pra abrir novos leitos no hospital Santa Teresa. Então, colocam, como sendo responsabilidade do governo estadual e do Hospital Santa Teresa só, a questão de hoje em dia estar essa lista de espera grande aí de pessoas esperando pra internação psiquiátrica.

Mas não adianta a Prefeitura ficar jogando isso pro governo do Estado, que na realidade é jogar o seguinte, “olha, quem tem que financiar é você, quem tem que gastar dinheiro é você, nós não vamos gastar dinheiro mais”.

Então, tudo bem, só que a situação que a gente tem é essa, né? Então, na realidade a Prefeitura joga isso pro Santa Teresa no sentido “ah, o governo do Estado que tem que financiar”, mas se o poder público municipal também não fizer serviços novos a coisa num não vai andar pra frente.

Coordenador Unidade de Emergências HC-FMRP-USP

Mais além, destaca-se a citação do coordenador do hospital psiquiátrico, que defende a idéia de que o Estado de São Paulo já se responsabiliza pela sua parte custeando o valor das internações psiquiátricas e que, pelo fato desses valores serem elevados, isso já bastaria.

Agora, não dá pra ficar discutindo que o Estado tem que passar dinheiro pro município, pro município fazer aquilo que também é obrigação do município, né. O Estado já faz, ele não pede ao município pra cuidar do paciente internado, é o Estado que banca. E a internação no Estado é muito cara.

Coordenador Hospital Psiquiátrico

Além da questão de custeio, é necessário, no entanto, considerar-se outras questões relacionadas à internação psiquiátrica, como considera o coordenador do hospital:

Não tem razão pra gente institucionalizar pessoas, né, e fica muito jogo de empurra, do município pro Estado, né, como o Estado é dono dos leitos, entre aspas, então como o município não quer gastar dinheiro pra montar serviço, então ele acha que ele pode empurrar o doente mental pra dentro do Hospital Psiquiátrico.

O que não dá é pra gente defender aquilo que tem sido colocado, aumento de leito pra paciente de longa permanência, e isto não é política do Brasil, não é política de lugar nenhum do mundo, e não é política que eu enquanto estiver na chefia desse hospital vou defender, pelo contrário, porque não faz sentido,

isso tá mais do que demonstrado, haja visto que todos os que saíram, né, que permaneceram durante muito tempo, se tornaram cidadãos.

De um modo geral, os prefeitos ficam jogando pro Estado a responsabilidade de ficar internando, quando a política não é da internação, no mundo, não é no Brasil, né, a gente fala “ah, a política nacional é de não internação”.

A política é no sentido de que o tratamento, que o doente mental permaneça na sociedade, que ele não seja prejudicado, né, além do que a doença já leva de prejuízo, com a exclusão social que o hospital representa, o estigma que o hospital representa.

Completando seu discurso, refere que esse conflito não é interessante para o município, uma vez que a Secretaria Municipal e o Hospital Psiquiátrico, não entrando em consenso, acabam não conseguindo estabelecer diálogos produtivos, o que dificulta a gestão em saúde mental.

Eu preferiria que a gente trabalhasse, eu preferiria não, eu prefiro, que a gente trabalhe em conjunto, porque o problema da saúde, ele não é um problema de uma instituição, ele é um problema do setor saúde. O setor saúde tem que trabalhar junto e achar os mecanismos de resolver os problemas de saúde e não ficar com briguinta.

#### 4. DISCUSSÃO

Ao analisar a área de saúde mental no município de Ribeirão Preto, o primeiro ponto a ser ressaltado é que o município possui um sistema funcional e articulado. Todo indivíduo que necessite de atenção em saúde mental pode procurar uma unidade de atenção básica à saúde ou mesmo de Pronto-Atendimento e, a partir daí, ser integrado ao sistema de acordo com sua necessidade.

Além disso, essa rede possui espaços de relacionamento institucional ativos, onde participam representantes das diversas unidades ambulatoriais, da Unidade de Emergências do HC-FMRP-USP e do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, não existindo o mesmo não existe para as unidades de atenção básica.

Nesse ponto, encontra-se um dos problemas levantados. Unidades de atenção básica não recebem capacitação adequada para o cuidado a portadores de problemas mentais. Isso ocorre, seja pela falta de iniciativas da esfera governamental, representada pela Secretaria Municipal de Saúde, como também pela falta de interesse dos profissionais atuantes nessas unidades.

No entanto, iniciativas como a da Universidade de São Paulo, realizadas nas unidades de saúde da família sob sua administração, foram capazes de gerar equipes capacitadas para o cuidado aos doentes mentais na atenção básica. Lembra-se que essas unidades contam com assessoria de uma equipe de saúde mental constituída por um psiquiatra contratado, uma enfermeira psiquiátrica e um residente de psiquiatria do HC-FMRP-USP.

Como se pode observar no texto “Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários” do Ministério da Saúde no ano de 2003:

Existem nesse tipo de unidade, iniciativas que buscam o resgate à integralidade da assistência, principalmente no que se refere a pacientes com problemas mais complexos, e que necessitem de internações de longo prazo.

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integrada pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorga suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pela famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de coresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe.

Como expresso nesse documento, a solução para o problema levantado não se faz importante somente pelo fato de que cuidados adequados deveriam ser oferecidos em contextos regionais, dentro da comunidade do usuário do sistema, mas também porque casos mais simples, seguidos adequadamente na atenção básica não necessitam de encaminhamentos para o nível ambulatorial especializado.

Outro ponto levantado foi a falta de unidades ambulatoriais, sendo que a norma de uma unidade por distrito, expressa na lei 6820 em 1994, ainda não foi cumprida. Assim, reduzindo os encaminhamentos desnecessários, seria possível reduzir a demanda imposta a essas unidades, que já se encontram operando saturadas, com espera longa para consultas, e segundo Zapitelli et al (2006):

A relação de CAPS por habitantes nas áreas avaliadas mais satisfatória, ainda está longe da proporção preconizada pelo Ministério da Saúde, assim como pelo relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes.

Mais além:

Além do estabelecimento de um número efetivo, faz-se necessária uma contínua articulação da função destas unidades junto aos demais equipamentos de saúde mental, definindo seu papel de organizador da rede como é preconizado nacionalmente.

Quando se mira as questões de atendimento de urgência, nota-se outro importante problema do sistema. A única unidade da região (Unidade de Emergências do HC-FMRP-USP) que se presta esse tipo de atendimento não consegue dar conta da demanda populacional que cobre, seja pelo real aumento populacional, pela pequena quantidade de leitos ou mesmo pela falta de outros serviços com essa função no município e na região.

Solução levantada para essa questão, e observada no discurso de diferentes atores, era a criação de uma ou mais unidades de CAPS-III. Como anteriormente citado,

essa unidade foi aberta ao fim deste estudo, não sendo possível aferir sua repercussão no sistema municipal.

No trabalho publicado por Lucchesi (2001) sugere-se ainda a utilização desses serviços de pronto atendimento psiquiátrico como solução para os problemas psiquiátricos mais prevalentes, deixando para internações apenas quadros mais complexos e mais graves.

Há consenso também na necessidade de melhorar o cuidado à saúde mental infantil, seja pela criação de uma unidade de CAPS-i, como pela melhor integração de serviços e dos diferentes setores do governo municipal e da sociedade como um todo.

A opinião expressa por Zappitelli et al (2006), corrobora essa constatação:

No que se refere ao atendimento de usuários de álcool e drogas e/ou crianças e adolescentes faz-se necessário a existência de equipes especializadas em serviços específicos, os quais como podemos observar encontram-se ainda em número bastante insuficiente.

Ainda com relação às questões de farmacodependência, observa-se a existência de uma unidade específica para o cuidado a esse tipo de demanda, porém, como observado, diferentes iniciativas não governamentais não se encontram integradas, reduzindo as possibilidades para os usuários com esse tipo de necessidade.

Esse mesmo consenso não é encontrado quando se considera o nível hospitalar.

Há quem acredite que existe falta de leitos no sistema, com uma política de redução ainda maior por parte do Estado de São Paulo, bem como quem acredite que o número de leitos oferecido seja suficiente para o município e para a região.

No trabalho disponibilizado por Zappitelli et al (2006), disponível na página do portal saúde pode-se obter a seguinte idéia a favor da primeira opinião:

No início da década de 80 o Estado de São Paulo contava com 39.000 leitos psiquiátricos. Em 1995, este total passou a 26.103 leitos com 332.363 internações por ano, e em 2005, 13.622 leitos com 197.893 internações. Desta forma, obteve-se uma redução de 47,8% no número de leitos cadastrados e de 40,5% no número de internações psiquiátricas num período de 10 anos, perfazendo no momento um número de 0,34 leitos /1000 hab, menos que os 0,45/1000 habitantes preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

De acordo com o PNASH, existem atualmente 58 hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo perfazendo 13.190 leitos. Desses hospitais, nove são públicos, representando 2.504 leitos (19% do total) e o restante são instituições privadas ou filantrópicas. Além disso, há somente 432 leitos em hospitais gerais totalizando os 13.622 leitos psiquiátricos citados anteriormente.

Da mesma forma há controvérsias sobre a necessidade de criação de leitos em hospitais gerais.

Segundo alguns atores do sistema, esse tipo de internação é mais interessante pela falta de estigmas e rótulos que existe nos hospitais psiquiátricos. No entanto, segundo opiniões opostas, a reforma e a reestruturação do hospital psiquiátrico, transformando-se em uma unidade mais aberta, e contando com maior participação da sociedade seria a resposta para o cuidado em saúde mental.

Luchesi (2001), em sua dissertação de mestrado conclui da seguinte maneira:

As dificuldades mais frequentemente relatadas, como a impossibilidade de garantir a vinculação de pacientes em serviços extra-hospitalares após a internação e a grande proporção de pacientes que chegam aos pronto-atendimentos sem necessitarem de cuidado de emergência, não foram tidas como passíveis de alguma resposta por parte dos hospitais gerais. Nas unidades onde se privilegiam informações sobre a produção dos serviços em detrimento da avaliação do acesso e do impacto no estado de saúde da população que reside na área de abrangência do hospital, há um funcionamento independente do restante da rede, o que contribui para a fragmentação e iniquidade da assistência à saúde mental.

Em oposição a essa opinião, encontra-se o trabalho realizado por Dalgalarondo et al, (2003):

Em relação ao resultado da internação, destaca-se o fato de mais de 80% dos pacientes terem apresentado significativa melhora dos sintomas, sendo que, destes, dois terços em prazo inferior a três semanas, o que comprova a efetividade do tratamento instituído na unidade.

Em conclusão, constatou-se que a internação em UIPHG foi eficaz para maior parte dos pacientes. No entanto, ao se combinar a duração de internação com as condições do paciente por ocasião da alta hospitalar, observou-se que, para os indivíduos idosos, com menos habilidades sociais com transtornos psiquiátricos cuja base são alterações cerebrais, a internação em UIHPG tem menor eficácia. Possivelmente, esses pacientes necessitam (e talvez se beneficiem mais) de intervenções voltadas para a reabilitação psicossocial, como o treinamento em habilidades sociais e apoio para seus cuidadores.

No entanto, avalia ainda que nesse tipo de unidade existem iniciativas que buscam o resgate à integralidade da assistência, principalmente no que se refere a pacientes com problemas mais complexos, e que necessitem de internações de longo prazo.

Mas, como observado na visão dos atores entrevistados, para que haja reforma do sistema e readequação das unidades dentro dessa visão, é preciso que recursos sejam destinados à área de saúde mental.

Quanto à questão do financiamento da saúde mental, pelo conteúdo obtido nas entrevistas foi possível detectar que os recursos destinados às unidades de saúde do município são suficientes para mantê-las funcionando, porém, é consenso que essas unidades funcionam nos seus limites operacionais com o que recebem.

Da mesma forma, deve-se pensar que não é suficiente criar novos serviços e melhorar sua articulação se recursos humanos capacitados não forem contratados. Isso não se faz necessário apenas para os psicólogos, que representam a classe mais deficitária da rede, mas para todos os profissionais envolvidos. É preciso ainda melhorar a remuneração dos profissionais, o que levaria a um maior engajamento com a demanda e com a contínua construção das unidades de saúde.

Zapitelli et al (2006) concordam com essa observação:

O número de profissionais de saúde mental (psiquiatras e psicólogos) no presente estudo é menor do que o número de profissionais encontrados em vários outros países, mesmo naqueles com índices de desenvolvimento similares aos nossos como alguns de nossos vizinhos da América Latina, como Chile e Argentina que possuem 4 psiquiatras/100.000 hab e 15,7 psicólogos/100.000 hab e 13,3 psiquiatras/100.000 hab e 106 psicólogos/100.000 hab respectivamente.

Com um número reduzido de técnicos em saúde mental a estruturação de um sistema sólido pode ser bastante dificultada.

Porém, nada disso é possível, se não houver a participação ativa da população nos processos políticos decisórios, dentro e fora do contexto de todas as unidades de saúde que compõe o sistema municipal de saúde mental.

Corroborando isso, no texto publicado pelo Ministério da Saúde - “Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS”, no ano de 2006, observam-se ainda as seguintes idéias:

Em seu processo de consolidação no âmbito das políticas públicas, os Conselhos de Saúde, como instâncias colegiadas e deliberativas à estrutura do SUS, representam espaços participativos nos quais emerge uma nova cultura política, configurando-se como uma prática na qual se faz presente o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania. Garantem, ainda, transparência de relação entre os distintos grupos que o constituem, no trato das questões de saúde sob sua avaliação, e que reforça a necessidade de interatividade desses segmentos.

Essas relações que têm como contexto a representatividade, a qualificação e a capacidade de formulação de seus membros, a visibilidade de suas propostas, a transparência de sua atuação, a permeabilidade e a comunicação com a sociedade vão definir em cada Conselho de Saúde a qualidade de sua ação.

Voltando um pouco à necessidade de melhorar a integração entre os diferentes setores da sociedade e do governo, percebe-se que conteúdo comum nos discursos é a pouca frequência de iniciativas intersetoriais no município de Ribeirão Preto, sendo que aquelas que existem são incipientes e realizadas conforme necessidades pontuais.

No tema livre apresentado por Alves et al no “II Fórum Internacional de Saúde Coletiva e Direitos Humanos” (2008) observa-se a seguinte opinião com relação a essa questão:

Temos consciência da necessidade de intensificar a presença da intersetorialidade nas ações da Saúde, partindo do pressuposto de que representa a articulação entre sujeitos de setores diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades que se revelam na maior parte das vezes sem “encontros” para o enfrentamento de problemas complexos. Percebemos como uma forma de intervenção no espaço público, de governar e de criar e implantar políticas públicas que pretendam possibilitar a superação da fragmentação, além de construir entre gestores e população uma linha que aproxime e possibilite atenção e ações conjuntas e eficazes para a população. Assim, construir novos instrumentos administrativos que facilitem ações de impacto na qualidade de vida da população recai sobre perspectivas de vida mais saudáveis. Estas reflexões nos levam a identificar elementos no espaço público de relações articuladas e atitudes intersetoriais compartilhadas, visando ao fortalecimento dos gestores e como consequência favorecendo ao atendimento de qualidade a população.

### *Os rumos da reforma psiquiátrica em Ribeirão Preto*

Neste momento pretende-se levar em consideração o principal texto normativo em saúde mental no município, a lei 6820, comparando o que foi estipulado com o que realmente ocorreu nos últimos 14 anos. Chega-se assim à seguinte percepção:

Como pontos positivos, pode-se citar que, desde a promulgação da lei, novos leitos ou serviços de internação psiquiátrica não foram criados em Ribeirão Preto. Pelo contrário, o município observou a redução progressiva desses leitos.

Os usuários têm acesso a todo cuidado que necessitam, em qualquer nível de assistência, sendo o sistema de acesso universal e oferecendo cuidados integrais aos mesmos.

Alem disso, percebe-se que as internações realmente têm sido o último recurso, sendo que as unidades ambulatoriais têm conseguido conter de forma adequada boa parte de sua demanda.

Já com relação à determinação de uma unidade por distrito de saúde, isso não ocorreu. O mesmo é observado para o cuidado de urgências e emergências, onde a unidade existente não é de responsabilidade do município como estipulado por lei.

Ao analisar o Programa de Saúde Mental, pode-se inferir que suas quatro metas principais têm sido cumpridas. Efetivamente o município tem desospitalizado seus doentes, sendo que a internação psiquiátrica tem a menor duração possível para evitar a institucionalização.

As prioridades municipais tem sido enfocadas nas ações extra-hospitalares multidisciplinares, mesmo que existam todos os problemas já levantados anteriormente.



Quanto à inserção de ações de saúde mental em serviços gerais de saúde, o município tem determinado a contra-referência para as unidades de atenção básica, porém sem oferecer a devida capacitação às equipes desse nível.

Já com relação às vagas para internações em hospitais gerais, percebe-se que essas não foram criadas desde a lei 6820.

#### *Perspectivas para o futuro*

Na tentativa de prever os rumos do sistema de saúde mental para o futuro próximo, considera-se:

O empenho dos profissionais entrevistados engajados com o cuidado em saúde mental, aponta para a melhoria do sistema. No entanto, sem a criação de novas unidades ambulatoriais de nível secundário, sem a contratação de novos profissionais ou serviços, e sem aumentar os investimentos em capacitação de equipes de atenção básica à saúde, o sistema terá dificuldades de atender à demanda, deixando muitos pacientes sem assistência e passíveis de recaídas, surtos e piora clínica.

Com a criação da unidade de CAPS-III, no entanto, espera-se uma redução real das esperas para atendimento e a redistribuição da demanda municipal, já que uma nova unidade de saúde ambulatorial tende a diluir a demanda reprimida levantada. No entanto, o real impacto da criação dessa unidade somente poderá ser aferido em algum tempo, talvez material para um futuro estudo. Citam-se apenas as palavras do coordenador de saúde mental em seu documento, estimando uma redução de 85% no tempo de espera nas unidades distritais e de 80% no volume de pacientes aguardando vagas diariamente.

## **5. CONCLUSÃO**

Descreveu-se o funcionamento do sistema municipal de saúde mental de Ribeirão Preto, bem como foram analisadas as diferentes opiniões dos atores que o compõe, gerando um diálogo construtivo sobre qualidades, problemas e soluções propostas para esse sistema.

Foi possível observar ainda que mesmo com todas as dificuldades, o sistema está firme, funcionando todos os dias e proporcionando aos seus usuários a possibilidade de tratamento para suas doenças, mesmo que longe do ideal.

Assim, espera-se que seja possível ao leitor refletir e tomar suas conclusões, participando também de forma produtiva do contínuo processo de construção do sistema municipal de saúde mental.

## 6. BIBLIOGRAFIA

Alvarenga AR; Dimenstein, M. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. *Interface – Comunic., Saúde, Educ. Manguinhos*, jul-dez 2006. v.10, n.20, p.299 -316.

Alves, E. et al. Compreendendo a intersetorialidade no espaço as saúde. Tema livre apresentado no II Fórum Internacional de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Direitos Humanos. Rio de Janeiro, 2008.

Amarante P. New subjects; new rights: The debate about the psychiatric reform in Brazil. *Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro*, 1995. 11 (3): 491-494.

Bardin L. Análise de conteúdo; cap.2, p. 27-46. Lisboa: Edições 70;1997.

Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Descritores em Ciências da saúde. Acessado em 23 de Janeiro de 2007. [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br)

Bogdin R; Biklen, S. Investigação qualitativa em educação, cap.1-5, p. 19-241 Porto, Portugal: Editora Porto; 1997.

Brasil 1990a. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Diário Oficial da União. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, v 78, n182, p 18055. 20 Set 1990. Seção 1.

Brasil 1990b. Lei 8142 de 19 de Dezembro de 1990. Diário Oficial da União. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Brasília, v 78, n 249, p 25694. 31 Dez 1990. Seção 1.

Brasil. Constituição Federal 1998. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1998 [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao)

Brasil, 2006a. Portaria nº. 367 de 22 de Fevereiro de 2006. Diário Oficial da União. Divulga o pacto pela saúde. Brasília, nº. 39, p 43 a 51. 23 Fev 2006. Seção 1.

Brasil, 2006b. Portaria nº. 648 de 28 de Março de 2006. Diário Oficial da União. Aprova a política nacional de atenção básica. Brasília, nº. 61, p 71 a 77. 29 Mar 2006. Seção 1.

Brasil, 2007. DATASUS. Dados de morbidade psiquiátrica, rede assistencial, número de leitos em hospitais psiquiátricos. [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) .

Brasil, 2008. IBGE. Dados sobre estimativa populacional e censo demográfico. [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) .

Breda, MZ; Augusto, LGS. O Cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva. Manguinhos*, 2001. 6(2): 471-480.

Cambraia, M. Política de Saúde Mental no Estado de São Paulo: O Cenário das Mudanças Ocorridas entre 1990 e 2004. Faculdade de Saúde Pública – USP. São Paulo: DEDALUS – acervo – EE ;2004.

Clarissa, M et al. Capacitação de Profissionais do Programa de Saúde da Família em Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para o Uso Problemático de Álcool. SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) v.1 n.1. Ribeirão Preto, 2005.

Dalgalarrodo, P; Botega, N; Banzato, C. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. *Rev. Saúde Pública* 2003;37(5):629-34

Del Ben, C. Emergência Psiquiátrica: Assistência, Ensino e Pesquisa. Coletânea de textos. Ribeirão Preto: 2004.

Del-Ben C. et al. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. *Rev. Saúde Pública*, 1999.

Foucault, M. História da Loucura; cap1 e 2. São Paulo: Editora Perspectiva;1972.

Gonçalves, AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2001 março; 9 (2): 48-55.

Lancman S. Instituições psiquiátricas e comunidades: Um estudo de demanda em saúde mental no estado de São Paulo. Brasil; *Cad. Saúde Pública* 1997. Rio de Janeiro, 13(1): 93-102.

Luchesi, M. A gestão de unidades de saúde mental em hospitais gerais na grande São Paulo. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Área de concentração: Medicina Preventiva, 2001.

Luzio, C; L'Abate, S. A reforma psiquiátrica brasileira: Aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.

Mari, JJ; Bressan, RA; Almeida-Filho, N; Gerolin, J; Sharan, P; Saxena, S. Uma realidade: A pequena quantidade de trabalhos científicos em Saúde Mental e Saúde Pública no Brasil – “A pesquisa em saúde mental no Brasil: políticas, infra-estrutura, financiamento e recursos humanos”. *Rev. Saúde Pública*, 2006. 40 (1): 161-9.

Minayo, MCS. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.

MS, 1988 – Ministério da Saúde, 1988. Relatório da I Conferencia Nacional de Saúde Mental.

MS, 2003 – Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Atenção Básica, n nº 01/03; 2003.

MS, 2004 – Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1994 – 2004. 5ª edição ampliada. Série E, Legislação em Saúde. Brasília, DF, 2004.

MS, 2005 – Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos Depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005.

MS, 2006 – Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS. Documento aprovado pelo plenário do CNS na 158.<sup>a</sup> Reunião Ordinária, dias 14 e 15 de setembro de 2005 *Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília; 2006.

MS, 2007 – Ministério da Saúde, 2007. Rede de serviços de saúde e financiamento. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

Nunes, ED. Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. *Cienc. Saúde Coletiva*, Apr./June 2005. vol.10, n.2, p.499-501. ISSN 1413 – 8123.

Oliveira, RC. O trabalho do antropólogo. In: OLIVEIRA, R. C. O trabalho do antropólogo, cap.1, p.17-35. Brasília/São Paulo: Paralelo; 1998.

OMS, 2004 – Organização Mundial de Saúde. Promocion de la Salud Mental – Conceptos – Evidencia emergente – Prática. Informe compendiado. Genebra; 2004.

OMS, 1979 – Organização Mundial de Saúde – Alma Ata 1978 – *Cuidados Primários de Saúde. Relatório da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. OMS/UNICEF. Brasil,1979.

OMS, 1998 – Organização Mundial de Saúde. Promoción de la Salud – Glossário. Genebra, 1998.

OPAS, 1986 – Organização Pan-americana de Saúde. Relatório da Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde. Ottawa; 1986.

Paulin, LF, Turato, ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2004. vol 11(2): 241-58.

Restrepo, HE; Málaga, H. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editora Medica Panamericana; 2001.

SES, 2007 – Secretaria Estadual de Saúde, SP, 2007. Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo, 2002. Disponível em: [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)

SES, 2007 – Secretaria Estadual de Saúde, 2007. Legislação e indicadores em saúde mental. Disponível em [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)

SMS, 2007 – Secretaria Municipal de Saúde, 2007. Programa Municipal de Saúde Mental; Organogramas institucionais, Rede de serviços assistenciais em saúde mental. Disponível em [www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br](http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br).

Starfield, B. *Atenção Primária e sua relação com a saúde*. In: Starfield, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, 2002. Ministério da Saúde, cap.1, p. 19-42.

Tenório, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceitos. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, 2002. Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-29.

Turato, ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2ª Edição; 2003.

Triviños, ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação; cap.1-2, p. 15-75, cap.5, p. 116-170. São Paulo: Ed. Atlas;1987.

Víctora, C. G; Knauth, D. R; Hassem, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*; cap. 2-3, p. 25-44, cap. 6, p.61-78. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

Zappitelli, M et al. *Panorama da Saúde Mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar*. Documento pertencente ao Portal.da Saúde do Estado de São Paulo – [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)

## 7. ANEXOS

### 7.1. Legislação 1990 a 2004

Com o processo da reforma psiquiátrica em andamento, em 2003, publica-se a Lei nº. 10.708, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para portadores de transtornos mentais e egressos de internações; parte integrante do Programa “De Volta Pra Casa”. Seu texto estipula como pré-requisito a garantia da atenção continuada em saúde mental ao doente, acenando assim, para o papel do Estado como maior financiador do processo de ressocialização dos doentes mentais.

Além disso, ao longo do país, nove Leis Estaduais foram publicadas para a reformulação do sistema de saúde mental, sendo a primeira delas publicada no estado do Rio Grande do Sul, e o estado de Minas Gerais possuindo texto mais amplo e completo, não havendo, no entanto, lei equivalente para o estado de São Paulo.

#### *Portarias*

São instrumentos pelos quais Ministros ou Secretários de Governo editam instruções sobre a organização e funcionamento dos serviços.

- Portaria SNAS número 224 – 20/01/1992: Regulamenta o funcionamento e estabelece novos procedimentos a serem remunerados pelo SUS para todos os serviços de saúde mental, em especial para os serviços de atenção psicossocial e os Hospitais-Dia. Foi importante para a regulamentação do funcionamento dos hospitais psiquiátricos que trabalhavam com o modelo excludente.  
Deve ser entendida como um documento complementar a Lei Orgânica da Saúde, que torna públicos os requisitos mínimos para uma nova atenção em saúde mental.
- Portaria SAS número 147 – 25/08/1994: Estabelece uma exigência de que todo hospital psiquiátrico apresente o seu plano terapêutico de forma ao confronto com a realidade institucional no momento da supervisão técnica (regulamentada também por portaria). É importante instrumento normativo para os gestores e de fiscalização dos Hospitais Psiquiátricos, muito conhecidos pelos seus maus-tratos e falta de humanização dos cuidados aos doentes.

- Portaria GM/MS número 106 – 11/02/2000: Cria e regulamenta os “Serviços Residenciais Terapêuticos” no Brasil. Importante para o processo de substituição do modelo tradicional, sinalizando essa tendência do Estado brasileiro. É complementada pela Portaria número 175 de 7/02/2001 que estabelece a necessidade de que os serviços de saúde responsáveis por residências terapêuticas possuam um médico e dois profissionais de nível médio com formação em reabilitação psicossocial.
- Portaria GM número 799 – 19/07/2000: Determina a auditoria especial nos serviços de saúde mental. Além disso, estabelece a revisão sistemática e a proposição de normas técnicas e alternativas que reforcem o processo de substituição do modelo de atenção hospitalocêntrico.
- Portaria GM número 1.220 – 7/11/2000: Regulamenta a Portaria GM/MS número 106/2000 para fins de cadastro e financiamento do SIA/SUS. Aborda uma área controversa e polêmica no contexto do SUS, principalmente em Saúde Mental: a questão do financiamento.
- Portaria GM número 336 – 19/02/2002: Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela portaria número 224/92 para a assistência ambulatorial, ampliando a área de abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária – CAPS I, II, III e AD (álcool e drogas). Cria ainda mecanismos de financiamento próprio para além dos tetos municipais para a rede de CAPS. Com esse texto fica clara a intenção do Estado em investir de forma mais incisiva no modelo psicossocial.
- Portaria GM número 816 – 30/04/2002: Específica para a política de álcool e drogas. Inaugura um programa sistemático de implantação de rede assistencial destinada a esse tipo de patologia no sistema público de saúde.
- Portaria GM número 1.476 – 14/08/2002: Cria a “comissão de revisão, acompanhamento e monitoramento do processo de avaliação da rede de hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos vinculados ao SUS”. Auditoria: mais uma iniciativa para controlar as atividades realizadas nos grandes manicômios.



- Portaria GM número 1.635 – 12/09/2002: Inclui no SIA/SUS procedimentos específicos e técnicas terapêuticas específicas para indivíduos portadores de transtornos mentais. Com essa portaria, o Estado passa a incluir técnicas na sua folha de financiamento antes não contempladas, como psicoterapia, oficinas de trabalho, grupos operativos e etc., essenciais para o processo de ressocialização dos doentes.
- Portaria GM número 2.103 – 19/11/2002: Trata sobre a homologação dos CAPS cadastrados no ano de 2002. Nessa portaria podemos encontrar citado o único serviço existente no modelo de CAPS até o ano de 2002 na cidade de Ribeirão Preto – o recém-inaugurado CAPS-II. Mais adiante, o município cadastra mais uma unidade, o CAPS II - AD.
- Portaria GM número 1.453 – 31/07/2003: Estabelece o repasse fundo a fundo de um incentivo financeiro para compra de equipamentos para serviços especificados, sendo para Ribeirão Preto o já citado CAPS-II.
- Portaria GM número 52 – 20/01/2004: Cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS através de três componentes principais: 1. Redução progressiva do número de leitos; 2. estímulo à pactuação entre gestores para essa reestruturação; 3. redirecionamento dos recursos financeiros da internação para o sistema extra-hospitalar. (Posteriormente vem a ser complementada pela portaria GM número 53 – 20/01/2004).

*Resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde:*

- Resolução número 93 – 02/11/1993: Constitui a Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, acatando recomendação da II Conferência Nacional de Saúde Mental, com o intuito de assessorar essa reforma, entendendo esse processo como complexo e prioritário.
- Resolução número 298 – 2/12/1999: Constitui a Comissão de Saúde Mental, reformulando a idéia concebida na resolução acima descrita.

Além de todos esses documentos, cabe apenas citar algumas deliberações dos conselhos intergestores, que normatizam a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

É consenso que, no decorrer desse tempo, como ressalta o texto publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004:

Não foi um caminho fácil – diversos projetos de lei anti-reforma tentaram se consolidar no campo governamental, também, contra-normas tentaram prosperar – nesse período extremamente fértil e contraditório de luta, se buscou esculpir a superestrutura jurídica (leis e normas) da luta política pela sociedade sem manicômios.

## **7.2. Ofício número 5858/2008 – Coordenadoria de Saúde Mental da SMS**



