

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PENSAMENTO POLÍTICO  
BRASILEIRO**

**POLÍTICA EM SAÚDE MENTAL: O CASO DO  
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS**

**MONOGRAFIA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**Andréa de Lima Lopes**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2008**

# **POLÍTICA EM SAÚDE MENTAL: O CASO DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS**

**por**

**Andréa de Lima Lopes**

Monografia de Especialização apresentada ao Curso de Especialização em Pensamento Político Brasileiro, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Pensamento Político Brasileiro**

**Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Teixeira Peres**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2008**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências Sociais e Humanas  
Curso de Especialização em Pensamento Político Brasileiro**

A Comissão Examinadora, abaixo-assinado,  
aprova a Monografia de Especialização

**POLÍTICA EM SAÚDE MENTAL: O CASO DO MUNICÍPIO DE SANTA  
MARIA/RS**

elaborada por  
**Andréa de Lima Lopes**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Pensamento Político Brasileiro**

**COMISSÃO ORGANIZADORA:**

**Reginaldo Teixeira Peres, Prof. Dr. (UFSM)**  
(Presidente/Orientador)

**Zulmira Newlands Borges, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.**  
(Professora convidada)

**Fátima Cristina Vieira Perurena, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.**  
(Professora convidada)

**João Vicente Ribeiro Barroso da Costa Lima**  
(Professor suplente)

Santa Maria, janeiro de 2008

*A Deus pela vida, força e saúde nos momentos de dificuldades e pela vitória final.*

*Ao Professor e mestre Reginaldo Teixeira Peres que tanto me apoiou e colaborou pela elaboração deste trabalho.*

*A Minha família que muito tem me apoiado nesta minha trajetória acadêmica. Obrigada pelo carinho e afeto.*

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Rede de atenção à saúde mental: sofrimento mental leve/ moderado .....	35
FIGURA 2 – Rede de atenção à saúde mental: usuários de álcool e outras drogas .....	36
FIGURA 3 – Rede de atenção à saúde mental: sofrimento mental grave .....	38
FIGURA 4 – Rede de atenção à saúde mental em caso de sofrimento mental na infância e adolescência .....	40

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Tipos de ações e serviços exigidos por população/município e as ações existentes em Santa Maria/RS .....	33
QUADRO 2 – Produção dos atendimentos no Ambulatório da Saúde Mental entre os meses de janeiro a agosto de 2008 .....	53

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Acervo Documental: Decreto de Fundação do Hospício de Pedro II (1841) .....	61
ANEXO B – Acervo Documental: Prontuário do Hospício de Pedro II (1847) .....	62
ANEXO C – Acervo Documental: Livro dos Pensionistas do Hospício de Pedro II (1859-1860) .....	63
ANEXO D – Acervo Documental: Registro das Roupas do Hospício de Pedro II (1862) .....	64
ANEXO E – Acervo Documental: Prontuário do Hospício Nacional de Alienados (1917) .....	65

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	8
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1 UM BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA NO BRASIL NO SÉCULO XIX</b> .....	11
<b>2 SÉCULO XX: SAÚDE x ESTADO NACIONAL NO BRASIL</b> .....	14
<b>2.1 Saúde na primeira república</b> .....	14
<b>2.2 Saúde pública brasileira no primeiro governo de Vargas (1930-1945)</b> ...	17
<b>2.3 Saúde e democracia no Pós-Vargas (1945-1964)</b> .....	19
<b>2.4 Saúde no regime militar e movimento sanitário</b> .....	21
<b>3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA EM SAÚDE MENTAL</b> .....	28
<b>3.1 III Conferência Nacional de Saúde Mental</b> .....	29
<b>4 SAÚDE MENTAL E REDE DE ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS</b> .....	31
<b>5 O INÍCIO DA POLÍTICA AMBULATORIAL EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS</b> .....	43
<b>5.1 Perfil do atendimento ambulatorial em Santa Maria: A quem atender?</b> .	44
<b>5.2 A prática multidisciplinar de atenção ambulatorial em Santa Maria/RS</b> .	48
<b>5.3 Fatores que implicam na qualidade e serviço de atendimento no Ambulatório da Saúde Mental</b> .....	50
<b>CONCLUSÃO</b> .....	56
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	58
<b>ANEXOS</b> .....	61



## **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho foi realizado para a conclusão do curso de especialização em Pensamento Político Brasileiro pelo Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Maria/RS.

Nele será abordada a temática da política em saúde mental no município de Santa Maria no estado do Rio Grande do Sul, a apresentação metodológica e perfil dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) - que surgiram em substituição ao antigo modelo hospitalocêntrico de atendimento ao portador de sofrimento mental - e do Ambulatório da Saúde Mental, foco principal do trabalho em questão.

As faltas de profissionais, de conhecimentos da rede de apoio sobre os cuidados com o portador de sofrimento psíquico e de uma política normativa direcionada para o processo do trabalho ambulatorial são fatores que implicam para a concretização do objetivo proposto da política ambulatorial que é o bem estar da demanda assistida.

## INTRODUÇÃO

Falar e pensar na política em saúde mental na sociedade atual significa repensar os processos anteriores das lutas de movimentos que ao longo dos tempos gritaram por reformas que pudessem levar dignidade e reconhecimento às pessoas que de uma forma ou de outra eram discriminadas sem direito às garantias civis e legislativas.

No século XIX início histórico da política em saúde mental no Brasil, as pessoas “loucas” ficavam a margem da sociedade isolada e trancafiada nos porões da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, primeira política de atendimento ao portador de transtorno mental no país. Era considerada uma parcela desnecessária para benefício sócio político e sofriam diversos tipos de maus tratos e descasos submetendo a tratamentos indignos e violentos que não contribuíam para a sua evolução.

Em desacordo com este modelo de atendimento denominado hospitalocêntrico é que movimentos sanitaristas de todo o país travaram batalhas por uma reforma que pudesse inverter essa cruel realidade de tratamento dispensado. O foco passou a ser o da ressocialização da pessoa portadora de sofrimento mental sem o uso da força bruta. Esses movimentos reivindicatórios ultrapassaram as décadas do século XX compactuadas pelas mudanças sócio políticas e econômicas que ocorreram no Brasil ao longo deste século.

O antigo modelo hospitalocêntrico hoje não existe mais. Os movimentos sanitaristas em saúde mental conseguiram bravamente implantar sistemas políticos de atendimentos e legislações voltadas ao bem estar e proteção a demanda.

O grande impacto responsável pela reforma do antigo modelo hospitalar veio com a Reforma Psiquiátrica em 2001 com a Lei 10.216 Paulo Delgado que implantou uma nova forma de atenção voltada especialmente para as pessoas que apresentavam transtornos mentais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que passou então a ser responsável direto pela política em saúde mental em todo país para as pessoas que sofrem com transtornos mentais enfocando os mais severos e persistentes (álcool e drogas, crianças e adolescentes inclusive) nos territórios de abrangências.

Ainda nesse processo de trabalho segundo a Reforma Psiquiátrica estão as

políticas ambulatoriais encarregadas de prestar um modelo de atenção com perfil e demanda diferenciada dos CAPS. Este modelo tornou-se foco principal de análise por ser o campo pesquisado originando este trabalho. No caso não discutiremos toda a política normativa ambulatorial até mesmo pelo pouco material e informações que se tem deste modelo de atenção psicossocial.

Para não prolongar muito a metodologia aqui pesquisada foi a busca de informações bibliográficas pela internet sobre o assunto saúde mental e reforma psiquiátrica no Brasil, além de dados colhidos por profissionais que ajudaram a implantar a política em saúde mental no Município de Santa Maria no estado do Rio Grande do Sul e o Ambulatório da Saúde Mental foi a instituição referenciada para este fim.

Ao longo deste trabalho serão expostos dados em tabelas mostrando os movimentos dos trabalhadores e a organização da política em saúde mental segundo o que estabelece a política de atenção a saúde mental no estado do Rio Grande do Sul, inclusive do Ambulatório da Saúde Mental em Santa Maria e a forma como está organizada a rede de apoio e outras auxiliares que integram a rede através do fluxograma elaborado pela Comissão em Saúde Mental.

Não foi possível completar mais algumas informações quanto aos dados quantitativos dos atendimentos no Ambulatório da Saúde Mental no ano de 2008 visto a alguns contratempos que atualmente contribuem para dificultar o trabalho realizado.

Os problemas e outros fatores positivos e negativos que interferem no trabalho da gestão e dos profissionais na instituição em questão também estão em questionamentos aqui no capítulo 5.

Os anexos mostram documentações que eram utilizadas nas primeiras instituições de atendimento em saúde mental na Cidade do Rio de Janeiro e a forma de organização e controle institucional.

Espera-se que este singelo trabalho possa colaborar para àquelas pessoas leigas e que desejam iniciar algum conhecimento no assunto.

# 1 UM BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA NO BRASIL NO SÉCULO XIX

De acordo com os registros históricos, os primeiros índices de preocupação da criação de tratamento para os portadores de doença mental no Brasil apareceram no século XIX, mais precisamente na inspiração dos ideais revolucionários franceses de Philippe Pinel e Esquirol que propuseram inovação das formas de assistência à doença mental nas instituições antimanicomial como método de tratamento. Esta nova proposta era o não aprisionamento das pessoas sem deixar o rigor e a disciplina como forma terapêutica para o tratamento em psiquiatria. Até então, sem tratamento, os doentes mentais ricos ficavam isolados em suas casas sem contato com outras pessoas. Já os pobres, se não vagavam pelas ruas, viviam trancafiados nos porões da Santa Casa da Misericórdia no Rio de Janeiro.

O método adotado por Pinel serviu de modelo para a recém criada Sociedade de Medicina no Rio de Janeiro que se mobilizou com o lema “*Aos loucos, o hospício*”, pleito este formulado em 1839 pelo relatório de José Clemente Pereira.<sup>1</sup> As pessoas ditam loucas eram mantidas nos porões da Santa Casa e se submetiam aos tratamentos desumanos – como: camisa de força, duchas frias e outros tipos de agressões físicas e verbais - ficando isolados da sociedade e sem reconhecimento da sua cidadania.

As denúncias feitas e as condições de vida que eram mantidas na assistência aos loucos fizeram com que em 18/07/1841 D. Pedro II assinasse o decreto de criação do primeiro hospício brasileiro que levou o seu nome – homenagem essa por que nesse mesmo dia, o príncipe regente foi sagrado e coroado imperador do Brasil.

O nascimento da psiquiatria no Brasil, nessa época, e toda a arquitetura materializada dos hospitais popularmente chamados de “Palácio dos Loucos” eram moldados nos modelos franceses em estilo neoclássico providos de espaços suntuosos e decoração de luxo construído com dinheiro de subscrições públicas. Havia separação das pessoas por classes sociais e diagnósticos, muito rigor moral e os passeios eram supervisionados.<sup>2</sup>

O paciente era alienado e ficava sob constante vigilância nas instituições

---

<sup>1</sup> Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos01.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

<sup>2</sup> Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos02.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

manicomiais. A discriminação das pessoas pelas classes sociais visibilizava entre “os indivíduos brancos, membros da corte, fazendeiros e funcionários públicos; à segunda, os lavradores e serviçais domésticos; e à terceira, pessoas de baixa renda e escravos pertencentes a senhores importantes”.<sup>3</sup>

As classes destinadas aos marinheiros de navios mercantes, aos indigentes, principalmente os ex-escravos e os escravos de senhores que não tinham recursos para custear a despesa do tratamento, eram mais numerosas que as classes anteriormente mencionadas. Até os trabalhadores eram diferenciados nessa divisão de classes como, por exemplo: os da primeira e segunda classe tinham privilégios de dormir em quartos individuais ou duplos e tinham trabalhos manuais, jogos e leituras. Aos da terceira e quarta classe, sobravam os serviços da cozinha, manutenção, limpeza e jardinagem.

De acordo com os estudos dessa época, os pacientes contidos na terceira e quarta classe apresentavam recuperação com mais facilidade que os da primeira e segunda classe que ficavam a mercê da ociosidade, perpetuando na instituição.

Em 1890 o Hospício de Pedro II foi desanexado da Santa Casa pelo Decreto nº. 142-A. Com a nova denominação Hospício Nacional de Alienados passou a receber pessoas de todo o país acarretando em superlotação e precariedade do serviço hospitalar.<sup>4</sup> Essa problemática do modelo assistencial hospitalar foi alvo de críticas que nesse período até a passagem para o século XX já levantava questionamento de intelectuais que alertavam quanto ao descaso aplicado no tratamento com as pessoas portadoras de sofrimento mental.<sup>5</sup>

A falta de investimentos acarretou mais ainda na precariedade dos serviços hospitalares na área da psiquiatria, excluindo cada vez mais as pessoas contidas como cidadãos e sua reabilitação psicossocial.

Não obstante, no século XIX a saúde mental foi foco importante de estudos na área da saúde no Brasil. Profissionais e estudiosos no caso, além de denunciarem as condições inadequadas de tratamento e os descasos com os ditos “loucos” já se organizavam na elaboração de estudos e pesquisas e criação de instituições de reabilitação psicossocial para essa demanda.

---

<sup>3</sup> Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos03.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

<sup>4</sup> Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos04.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

<sup>5</sup> Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos05.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

Destaca-se de modo especial à contribuição de Juliano Moreira (1873-1933), catedrático da Faculdade de Medicina da Bahia, foi um dos grandes defensores da reformulação da assistência psiquiátrica pública, tanto no âmbito legislativo quanto assistencial e grande incentivador na promulgação da primeira Lei Federal de Assistência aos alienados em 1903. Como destaca Venâncio, Juliano Moreira sugeriu ainda “novos formatos institucionais e de tratamento para a doença mental, a exemplo do que conheceu na Europa, como os hospitais-colônias e a assistência hetero familiar”.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Ana Teresa A. Venâncio. Disponível em: <<http://www.cliopsyche.uerj.br/arquivo/juliano.html>>. Acesso em: 16 abr. 2008.

## 2 SÉCULO XX: SAÚDE x ESTADO NACIONAL NO BRASIL

### 2.1 Saúde na primeira república

A Primeira República marcou a época da transição política do final do século XIX para o início do século XX no Brasil. Fatores diversos aconteceram nesse período exigindo mudanças políticas no país através dos movimentos organizados da sociedade, em especial a classe média desfavorecida que queria ocupar seu espaço no governo.

O fim da escravidão foi apenas o “ponta-pé” inicial para a queda de uma era oligárquica dominante e repressora, que mais tarde, perderia o poder para um grupo da elite intelectual que emanava de um modelo novo e centralizador de governabilidade qual se chamou de Estado Novo, liderado pelo gaúcho Getúlio Vargas em 1930.

O domínio oligárquico que o caracterizou contribuiu para a consolidação de uma imagem que acentuava dois atores políticos: os coronéis, artífices da prática política concreta em um sistema político no qual a competição eleitoral era praticamente ausente e os bacharéis, protagonistas de uma espécie de salão literário da política, que de fato, seria definida pelas oligarquias, conforme a representação usual que se construiu a respeito das elites intelectuais e políticas dos primeiros anos do século XX. (Lima, 2005: 30)

A insatisfação com o modelo de governo implantado pela elite oligárquica refletia, entre outras, no papel da saúde nos primeiros anos do século XX, a questão da nacionalidade ainda não era definida. Nenhum sentimento de nacionalidade era percebido pelo povo. Os municípios eram expressões de poderes econômicos locais e eram subordinados à lógica das oligarquias regionais – que ditavam as regras do jogo em cada estado brasileiro.

Neste quadro centralizador, movimentos intelectualizados se organizavam e reivindicavam mudanças políticas e sociais, mudanças estas que consistiriam na construção da nacionalidade brasileira e de uma organização nacional que pudesse fortalecer presentemente o Estado em todo o território nacional. Era preciso, para esses seguimentos da sociedade, que se avançasse em tais propostas para o crescimento social, político e econômico no país e para isso, o modelo ultrapassado

do regime oligárquico já não tinha mais espaço. Este era um obstáculo para o crescimento econômico do Estado que ainda vivia predominantemente da agricultura como fonte principal de renda.

Os problemas de ordem social não paravam por aí, havia grande número de pessoas analfabetas que tiravam seus sustentos na vida do campo. O voto eleitoral era manipulado e privilégio apenas para algumas pessoas autorizadas a comparecer às urnas. Havia também repressões contra as manifestações operárias urbanas com violência e ausência de canais legais de articulação de interesses, em especial os direitos trabalhistas.

As manifestações políticas e sociais (operárias) foram tomando força e intensificando nessa época manifestando responsabilidade do Estado por ações nas áreas da educação, trabalho, saúde e saneamento. A constituição de 1891 por sua vez, direcionava estas responsabilidades aos estados.

A constituição de 1891 foi fortemente inspirada na constituição dos Estados Unidos da América, fortemente descentralizadora dos poderes, dando grande autonomia aos municípios e às antigas províncias, que passaram a ser denominadas "estados"; seus "governadores" passaram a ser denominados "presidentes de estado". Foi inspirada no modelo federalista estadunidense, permitindo que se organizassem de acordo com seus peculiares interesses, desde que não contradissem a Constituição. Exemplo: a constituição do estado do Rio Grande do Sul permitia a reeleição do presidente do estado.<sup>7</sup>

Em meio a toda essa problemática política e social, como já destacada, a necessidade da organização de políticas de saúde no país mostrava-se cada vez mais preocupante, visto os surtos de epidemias e pestes diversas que assombravam toda a sociedade já no início deste século. Transformar a saúde em bem coletivo seria parte da interação no processo da expansão da autoridade estatal.

Pensando nisso e com uma visão mais além em política de saúde é que médicos influenciados pelos modelos de política e estudos originados da Europa organizaram o primeiro encontro de movimentos sanitarista nos fins da década de 1910. Estes começaram a exercer forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública e criação de instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país como, por exemplo: o Instituto

---

<sup>7</sup> Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/constitui%C3%A7%C3%A3o\\_brasileira\\_de\\_1891](http://pt.wikipedia.org/wiki/constitui%C3%A7%C3%A3o_brasileira_de_1891)>. Acesso em: 15 abr. 2008.



Soroterápico Federal - Instituto Oswaldo Cruz (1970) - no Rio de Janeiro e Instituto Butantan em São Paulo. Dentre os membros que destacaram na definição de rumos para as instituições e a saúde pública no país estão, além de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Adolfo Lutz, Arthur Neiva e Vital Brasil.

Além do Rio de Janeiro, então Capital da República na época, em outros estados do sudeste como São Paulo ocorreu intervenções sanitárias assim como outros movimentos de reforma sanitária em todo o país se deu durante a Primeira República, sob a liderança desses médicos e outros que apresentavam uma nova geração de intelectuais formados e orientados nos conhecimentos mais recentes da área da ciência.

Esse impacto de movimentos da reforma sanitária ganhou força também no meio rural – principal fonte de renda na economia do país que se via atingida pela malária e outros males nas regiões do Nordeste e Centro-Oeste do país ao mesmo tempo em que aconteciam, nessas regiões, avanços relacionados às atividades exportadoras baseadas na economia do país como a construção de ferrovias, saneamento dos portos e extração da borracha na Amazônia, por exemplo.

O desenvolvimento dessas viagens (movimento pelo saneamento rural) propiciou intenso debate sobre a questão nacional no Brasil que se mostrava idealizado na existência de dois brasis – o do litoral e dos sertões. Este último sofria abandono por parte do poder público o que resultou no agravante quadro de doenças endêmicas existentes em todo o país (doença generalizada), razão para o atraso nacional permitindo com isso as revisões das idéias sobre a inferioridade racial do povo brasileiro.

Foi ainda sob a liderança científica e política de Oswaldo Cruz que esse movimento pelo saneamento rural conseguiu mobilizar setores das elites intelectuais e políticas brasileiras, além dos profissionais da área da medicina que já estavam nessa caminhada junto com Oswaldo Cruz. Segundo Lima, “O movimento sanitarista da Primeira República transformou a saúde em questão social e política – o grande obstáculo à civilização”.

A criação da Secretaria Nacional de Saúde Pública (SNSP) teve importância por ter marcado a centralização das políticas de saúde federais opondo-se, em seu discurso, ao regime oligárquico ainda na década de 1920 culminando com a revolução de 1930.

Os efeitos políticos do movimento sanitarista da Primeira República

resultaram na importância da formação e efetivação no processo de expansão da autoridade estatal sobre o território nos anos de 1910 e 1920 enquanto se fazia também a articulação das bases para que se formasse a burocracia na saúde pública ocorrida após 1930 destacando a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920 que ficou sob a direção de Carlos Chagas até 1926.

Se durante a Primeira República as bases para a criação de um sistema de saúde nacional se caracterizavam pela concentração das ações no governo central, o período vindouro (1930) é decorrente desse processo de expansão da autoridade estatal adotando políticas de ações de saúde idealizadas e defendidas pelo movimento sanitarista dessa época e das negociações envolvendo os estados e o governo federal.

## **2.2 Saúde pública brasileira no primeiro governo de Vargas (1930-1945)**

Marcado pelo impacto na configuração de políticas sociais no Brasil a partir de 1930, o governo de Vargas foi primordial para as mudanças institucionais que moldaram a política pública brasileira e estabeleceu o sistema de proteção social no país – em meio às instabilidades sociais e disputas políticas que caracterizou o pós-30, trazendo implicações para a área da saúde pública.

O país – com quadro de instabilidade política – passava por alterações nos campos político, ideológico e institucional. Passara de uma era oligárquica para um novo redesenho dos poderes federativos e de seu papel na dinâmica política nacional nas mudanças do quadro político nacional e de um Estado forte e centralizador que passaria a ter o controle dominante sobre todas as instâncias governamentais e da sociedade.

Isto não foi tarefa fácil, pois, implicava em interesses econômicos e diversificações de interesses regionais por maior influência no governo federal presentes durante o governo provisório (1930-1945). A direção desse novo modelo de política governamental era claramente dado que o país passaria a ter um governo forte e centralizador diante dos estados definindo sobre o papel que os municípios deveriam desempenhar e suas relações com o governo central.

Nesse quadro de mudanças político, econômico e social evidenciaram-se também como uma das ações desse novo governo as mudanças institucionais na saúde efetivadas com a reformulação do Ministério da Educação e Saúde Pública –

MESP - e todas as instituições que compunham essa agência estatal.

As ações públicas de saúde distinguidas pelo MESP estabelecia que caberia a este órgão a abrangência da saúde à população que não se enquadrava nas normas do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MITIC). Enquanto o MITIC prestava serviços na área da medicina previdenciária para as pessoas que tinham a cidadania reconhecida – pela inserção no mercado de trabalho, o MESP destinava-se a prestação de serviços para os pobres, desempregados, para as pessoas que exerciam atividades informais e todos os outros que não tinham “requisitos” para fazer uso dos “serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários”.<sup>8</sup>

Essa definição de direitos sociais mostra a dualidade do reconhecimento de direitos e proteção social no país nesse primeiro governo de Vargas distinguindo as áreas de gestão em políticas públicas de saúde que marcaria definitivamente as ações de saúde no país.

O governo federal tinha sob seu controle uma forte e importante política marcando presença nos estados brasileiros – que também eram fortalecidos pelo controle da política de saúde com respaldo do federal – contrapondo os interesses privados existentes nas regiões do país.

Com intensos debates e estudos na área da saúde pública e as implementações de ações voltadas para a capacitação dos agentes envolvidos na política sanitária, o MESP passou por reforma em 1941 implicando na verticalização das ações de saúde, a centralização e a ampliação da base territorial da ação do governo federal. Nesse momento, as ações eram direcionadas às doenças específicas como: a febre amarela, malária, câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais, por exemplo. Essas novas diretrizes vinham de encontro às propostas pela ação em saúde pública que estavam em debate nas conferências e congressos internacionais patrocinadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) tendo ainda a participação dos Estados Unidos.

A Organização Pan-Americana da Saúde é um organismo internacional de saúde pública com um século de experiência. Sua missão é orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados Membros e outros parceiros no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Lima (et al.) faz uma breve análise histórica dos rumos tomados em prol da formulação da política de saúde brasileira em um contexto que marcou a época do primeiro governo de Vargas marcando a transição do fim da Oligarquia e início da era global que se iniciava no país com o Estado Novo.

<sup>9</sup> Disponível em: <<http://www.opas.org.br/>>. Acesso em: 11 nov. 2008.

O país passou então a adequar sua política de saúde moldada nas propostas internacionais e conforme os interesses e os projetos ideológicos do novo governo, centralização normativa e descentralização executiva, ou seja, os estados ficavam encarregados de administrar e gerenciar os serviços públicos de saúde sob a orientação do governo federal.

A partir desse segmento e de seus objetivos fez-se a criação de distritos sanitários constituídos também nos municípios, fixando postos de saúde - locais ou itinerantes - chegando aos interiores dos estados, fortalecidos pelo controle político dessas ações que as mantinham, através dos diretores estaduais vinculados à direção nacional de saúde como também os dirigentes políticos locais. Essa hierarquia possibilitava maior controle do governo federal sobre as instâncias locais assegurando uma adequação entre o modelo de organização sanitária posposto e os interesses políticos em conflitos.

A consolidação de um Sistema Nacional de Saúde Pública no primeiro governo de Getúlio Vargas consagrou um modelo forte e centralizado de gestão pública em saúde definindo o “lugar e o papel da saúde no processo de construção do Estado e da Nação”. O sistema aplicado se destinou a uma grande parcela da população qual era assegurada diretrizes determinadas nos direitos à saúde, tendo como eixos definidores da política pública de saúde as três instâncias executivas - o governo federal, os estados e os municípios – modelo este (centralizador) que começou a ser questionado nos anos seguintes, já que qualquer processo decisório que implicasse o perfil da política pública de saúde tinha que considerar essa hierarquia nesse momento.

### **2.3 Saúde e democracia no Pós-Vargas (1945-1964)**

Após a queda de Vargas com a eleição de Eurico Gaspar Dutra, o país passou por um período de experiência democrática até o ano de 1964. A saúde pública teve sua estrutura centralizada na implementação de campanhas e ações sanitárias como sua burocracia confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que deram características do cenário brasileiro até 1964.

Nesse momento no discurso da política em saúde pública discutia-se sobre o chamado “otimismo sanitário”, vigente no cenário internacional desde o pós-guerra. A esse otimismo instituía-se que a saúde era um bem de valor econômico, e de que

investimentos em capital humano eram fundamentais para o desenvolvimento e progresso das nações, especialmente dos países mais pobres, ou seja, as doenças eram obstáculos ao desenvolvimento dos países - principalmente os mais pobres que tinham no campo sua economia forte - e à produtividade do trabalho. Acreditava-se no poder da medicina e da ciência em combater e/ou erradicar as doenças infectocontagiosas em todo o mundo, sendo assim o combate às doenças transmissíveis visava classificar territórios e populações e incorporá-los assimetricamente ao mundo moderno e capitalista.

O interesse pelos programas de controle e erradicação das doenças tropicais atraiu e reforçou os interesses das agências internacionais, lideradas pelos governos de diversos países, entre elas a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Opas - agora transformada em Escritório Regional da OMS para as Américas - o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO).

O Brasil nesse contexto passava pelo debate da significação do subdesenvolvimento e os meios de superá-lo apostando na aceleração da industrialização e da utilização de técnicas de planejamento e intervenção do Estado na Economia, debatido veemente pelos “liberais” que criticavam o planejamento econômico e apoiavam o desenvolvimento às atividades agrícolas com o aumento da produção de bens de consumo, o alargamento do mercado interno e o aumento da renda nacional. A saúde, como não podia deixar de ser questionada na política do desenvolvimento do país, integrou-se na ideologia do desenvolvimento de diferentes modos sempre presente nas iniciativas de planejamento estatal e nos projetos de desenvolvimento competitivo no país.

Como vemos então,

O ‘sanitarismo desenvolvimentista’(...) reagia ao campanhismo, à centralização, a fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país pela falta de informações e dados vitais – legados do Estado Novo – e propugnava a compreensão das relações entre pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país. Ainda que heterogêneo internamente, esse ‘novo sanitário’ integrava a corrente nacional-desenvolvimentista e se expressaria com mais vigor no processo de radicalização política que marcou o início da década de 1960. (Hochman, 2005: 49)

Tudo parecia certo, mas os programas de combate às doenças ainda sofriam

conflituosos questionamentos pelos desenvolvimentistas que acreditavam na insuficiência das políticas de combate às doenças para a superação da pobreza. Para eles os conflitos e interesses de grupos dominantes, e diversificados no controle político para a saúde pública, impediam a concretização de ações uniformes mais eficazes no combate às doenças infectológicas. Esses conflitos marcaram explicitamente o Brasil entre 1945 a 1964 apresentando lentidão no enfrentamento da questão da política sanitária nesta época.

Frente a estas problemáticas importantes instituições desse período – como o DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais (1956) e o Ministério da Saúde (1953) este último criado no segundo governo de Vargas – discutiam a politização da saúde e assistência médica através dos congressos de higiene e conferências nacionais reforçando pontos importantes e campanhas de controle e erradicação de doenças que assombravam o país, além da reorganização das políticas públicas de saúde, inclusive as endemias rurais fator preocupante em um país como o Brasil que continuava predominantemente rural.

Há que se ter claro que em toda essa arena política estava em jogo interesses e disputas partidárias. As lutas por reformas sociais também aparecem nesse quadro através de importantes organizações congressistas que deu aos sanitaristas desenvolvimentistas o controle da Sociedade Brasileira de Higiene após as 2ª e 3ª Conferências Nacionais de Saúde (1962 e 1963). Os pontos abordados na 3ª Conferência Nacional de Saúde, por exemplo, direcionava sobre a distribuição de responsabilidades dos órgãos federativos, avaliação crítica da realidade sanitária do país e proposição de municipalizações dos serviços de saúde.

Percebe-se com isso que o discurso em torno do modelo da descentralização da política pública de saúde já era debatido neste período o que na realidade seriam concretizado vinte e cinco anos depois com a Constituição de 1988. Essa discussão assim como outras que permeavam as ações e articulações de saúde junto com as reformas sociais foram abordadas também pelo golpe militar de 31 de março de 1964.

## **2.4 Saúde no regime militar e movimento sanitário**

Pelo que podemos observar inicialmente, a saúde mental no século XIX marcou história na política de saúde do país pelos processos aplicados de forma

inadequada às pessoas portadoras de transtorno mental. Estes se voltavam mais para um modelo excludente de tratamento do que para uma reabilitação psicossocial.

Esses descasos confirmavam-se pelas formas aplicadas aos ditos loucos como os maus tratos, camisa de forças, isolamentos, agressões diversas, discriminação por classes sociais, rigor disciplinar etc.

Frente a essa realidade e influenciados pelos grandes nomes da área da psiquiatria, profissionais da área iniciaram movimentos diversos buscando novas alternativas para o trabalho na política em saúde mental e o bem-estar dos pacientes com transtornos mentais – que não a ineficácia do antigo modelo clássico de assistência hospitalar.

Pensar novas estratégias e a aplicação de novos modelos de assistência em saúde mental era o desafio prioritário que atravessaria o final desse século para o século XX. A reforma sanitária deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil consolidado no capítulo da saúde da Constituição de 1988 no governo democrático de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003).

Os movimentos que antecederam a reforma sanitária no país datam da época da ditadura militar, em especial na década de 70 com a articulação dos movimentos pela assistência pública e da assistência médica que se articulava com outras prioridades políticas, em geral, reivindicadas pela sociedade.

O regime autoritário do militarismo pôs fim à democracia, com o golpe de 1964, sob a alegação da restauração da ordem social, política e econômica frente às ameaças dos movimentos comunistas e todos aqueles que se manifestavam pela luta dos direitos sociais, incluindo os trabalhadores e sindicalistas.<sup>10</sup>

O primeiro governo militar foi exercido pelo Marechal Castelo Branco, deposto o presidente João Goulart em 1964. Já nos primeiros anos de reinado, os militares não se intimidaram em restringir os acessos da população na participação democrática e aos direitos civis. A repressão chegou a ponto da extinção de todos os partidos políticos constituindo-se o bipartidarismo (Arena e MDB) assim como a cessação de mandatos de parlamentares, censura dos meios de comunicação,

---

<sup>10</sup> Assim como os outros movimentos que se opunham ao regime militar, os militantes sanitaristas também não ficaram a mercê de sofrerem represálias. A saúde nesse período ficou mais celetista agravando ainda mais na exclusão das pessoas, inclusive daquelas que se encontrava em condições mais vulneráveis. As pessoas que atreviam se manifestar contra o governo militar eram submetidas a maus tratos e represálias.

eleições indiretas para os cargos do poder executivo. Houve aumento da desigualdade social e metade da população estava fora do mercado de trabalho formal e sem acesso aos direitos previdenciários.

Passando a presidência da república, outros nomes do regime militar tomaram posses como Costa e Silva (1967) Emílio G. Médici (1969) e João Batista Figueiredo (1979-1985) sem, contudo que estes tomassem iniciativas precisas para implantação de políticas públicas voltadas às melhorias das condições de vida da população brasileira, inclusive na saúde. A lógica centralista desse regime autoritário implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a saúde previdenciária.

A unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) no INPS Instituto Nacional de Previdência Social (1966) concentrou as contribuições previdenciárias de gerir aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores formais, excluindo os trabalhadores rurais e informais nos centros urbanos.

Segundo análise de Edler, a saúde pública era conservadora e ineficiente para a resolução das epidemias que atingiam a população no momento. O investimento era pouco para arrecadar recursos, não chegava a 2% do Produto Interno Bruto (PIB), havia alta taxa de mortalidade e não investimento suficiente em pesquisas na área da saúde. Esse era o quadro sanitário do Brasil nessa década.

A década de 1970 apresentou maior expansão e orçamento na saúde médica financiada pela previdência social através das empresas privadas aos previdenciários que formaram uma incontrolável fonte de corrupção pelas empresas de saúde privada com o dinheiro público arrecadado, beneficiando ainda as faculdades particulares por todo o país que desconheciam a realidade sanitária da população brasileira, estas estariam mais voltadas para as modernas descobertas das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assim o INSS foi o financiador das empresas privadas que desejaram construir seus hospitais.

Ainda nessa década era visível a insatisfação dos setores populares (classes média e trabalhadores) com o modelo de política implantado pelo regime militar e das conseqüências sociais da concentração da riqueza. O país passava também por sérias crises inflacionárias e desvalorização das mercadorias que exportava. Os militares começaram a perder aliados diante dessa realidade vivida no cenário brasileiro.



As reivindicações se deram como não poderia deixar de ser também nas denúncias sobre as péssimas condições da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, inclusive pelas classes mais empobrecidas que exigia soluções para este problema. Nesse momento, sindicatos e profissionais da saúde debatia em seminários e congressos a degradação da qualidade de vida da população juntamente com outros movimentos formados contra o modelo de política social e econômica implantada pelos militares que duraria até o governo de João Batista Figueiredo (1979-1985).

Movimentos populares e instituições como os departamentos de medicina preventiva contribuíram para a produção de conhecimentos quanto à saúde da população e a forma de organizar as práticas sanitárias a partir de então.

A preocupação com a saúde coletiva era visível não só no Brasil, mas também nos países da América Latina nas conferências internacionais que passaram a questionar a saúde como direito fundamental do homem sob a responsabilidade política dos governos.

No Brasil considerava-se o estudo do processo saúde-doença enfocando a coletividade e a distribuição demográfica da saúde e da doença. Lutar pela reforma sanitária no país tornou-se questão de levantar a bandeira de luta política, agora influenciado também pelo pensamento reformista que desenvolveu sua base conceitual com a contribuição ideológica das correntes marxistas. A reformulação da saúde na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde tinham como pretensão superar a visão biológica e ecológica do antigo preventismo.

Como aconteceu no Brasil, os encontros abordavam questões como atenção primária realizada por não profissionais, revitalização da medicina tradicional e emprego de tecnologia apropriada, desmedicalização e auto cuidado em saúde, por exemplo.

Os anos 70 também marcaram importantes episódios com a abertura do regime político militar – completada pelo General João Batista Figueiredo (1979-1985) último presidente militar - no sentido da ampliação da sua base de legitimação social decretando o fim da censura à imprensa (1975) e negociações com setores da sociedade civil e outras que exerciam forte influencia política e social oposta à política do regime autoritário militar.

Nesse ínterim também iniciava as organizações do movimento sanitário já

que a saúde além da educação e a infra-estrutura de serviços urbanos estavam entre as outras prioridades no campo social do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), plano este quinquenal que se dirigia ao desenvolvimento econômico e social do país.

As propostas agora apresentadas pelo movimento sanitário – formado por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, e originado nos Departamentos de Medicina Pública (DMP) – voltavam-se às melhorias e democratização do atendimento à saúde das populações mais vulneráveis e não mais aos modelos apresentados pelos governos militares enfatizando medicina individualista e assistencialista na saúde coletiva.

As contestações quanto ao modelo autoritário do regime militar e a necessidade em reformular a política de assistência médica no país ganharam força e apoio de profissionais de instituições públicas do meio acadêmico originando na criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) em julho de 1976 ligados ao DMP - no mandato de governo do general Geisel (1974-1979) que iniciou um processo de abertura para as propostas de democratização dos movimentos sociais inclusive o movimento sanitário.

Operacionalizar as diretrizes transformadoras do sistema de saúde foi prioridade nos primeiros anos do movimento sanitário - que discutiam em seus projetos metodologias da universalização dos acessos aos serviços, conceitos de regionalização, integralidade da assistência à saúde, o atendimento por auxiliares de saúde, participação popular e outros procedimentos que poderiam abranger mais qualitativamente a toda população brasileira através de um modelo de política em saúde pública e coletiva.

No governo presidencial do general João Batista Figueiredo (1979-1985) que encerrou o ciclo militar, mesmo ainda traçando o processo da abertura aos movimentos políticos e sociais iniciado no governo anterior, o país passava por instabilidades políticas e sociais e a saúde precisava ser reordenada em seu projeto de universalização (abrangência a todas as pessoas aos serviços de saúde). Membros do movimento sanitário cada vez mais travavam lutas políticas na participação parlamentar criando setores e mecanismos que viabilizavam e destacavam o fortalecimento de conferências e eventos sobre a política nacional da saúde como o I Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde e a VII conferência Nacional de Saúde em 1980.

Os setores de saúde privada ainda se prevaleciam da corrupção sobre o INAMPS e da precarização dos serviços de saúde pública que eram dispensados por esta instituição. A própria previdência social passou por séria crise financeira após denúncias de fraudes por parte dos hospitais privados que lhes prestavam contas acarretando na suspensão de credenciamento de vários setores privados em saúde e demissão de parlamentares envolvidos nos esquemas fraudulentos e clientelistas.

Diante desse contexto, o CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (1982) teve papel importante na contribuição do debate no plano da reorientação de conteúdos e das estratégias na assistência à saúde e da previdência social resgatando princípios como: a contenção de gastos, programas de eficácia técnica em saúde mental, odontologia, procedimentos de alto custo, entre outros; ampliação da rede assistencial, melhorias dos serviços próprios e criação de projeto de racionalização ambulatorial junto ao Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), além da articulação entre as redes federal, estadual e municipal.

Os Programas de Ações Integradas de Saúde (AIS) já em 1982 celebravam convênios com as secretarias estaduais de saúde, principalmente por causa das vitoriosas eleições dos grupos opositores ao governo que tinham interesses políticos em gerir este tipo de planejamento médico-assistencial, sendo que em 1984 todos os estados brasileiros já dispunham das Ações Integradas de Saúde.

Mesmo frente aos avanços das Ações Integradas de Saúde e sua abertura à participação popular e fortalecimento da rede básica ambulatorial, isso tudo não conseguiu impedir os favorecimentos à iniciativa privada pela direção geral do INAMPS que foi acusada de praticar fraudes no sistema de pagamento de contas (AIH), levando a necessidade de articulação de um “consenso” entre o movimento sanitário e as entidades de representação dos empresários de saúde, o que não foi tarefa fácil de ser cumprida até o final do regime militar em 1985 quando a oposição tomou posse prometendo iniciar uma nova fase de redemocratização chamada de Nova República com o governo de José Sarney que substituiu o presidente eleito (indiretamente) Tancredo Neves que faleceu antes mesmo de tomar posse.

Líderes do movimento sanitário assumiram posições importantes em instituições responsáveis pela política de saúde no país facilitando a articulação e os debates, agora sem a força repressora como no regime anterior, na formulação da

política de saúde e previdência social brasileira.

A 8ª. Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986 foi fundamental para o lançamento dos princípios da Reforma Sanitária, o fortalecimento e expansão do setor público e a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) separando a previdência social e contando com recursos provenientes do INAMPS (questão esta muito discutida e aprofundada). Antecedendo o SUS foi criado em 1987 o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde principiando a base assistencial da universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e a participação popular.

Criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) ao mesmo tempo da implantação do SUDS, sua tarefa foi de levar à Assembléia Nacional a proposta do ideário do movimento sanitário por um sistema de política em saúde que pudesse ter estruturas física, humana, tecnológica e acessibilidade no atendimento a todo cidadão independente da classe social e/ou trabalhista. A CNRS foi fundamental para o projeto da nova Lei do Sistema Único de Saúde (SUS) concretizada na Constituição Federal de 1988 (CF/ 88) no governo democrático de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) descentralizando e responsabilizando os estados e municípios pela gestão das políticas sociais públicas e de saúde.

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (...). Art. 198 §1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2008.

### **3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA EM SAÚDE MENTAL**

Como podemos analisar, o século XX apresentou momentos conflituosos gerando na sociedade brasileira, e na América Latina, insatisfações e manifestações populares que reivindicavam mudanças e reordenamento de cunho político, econômico e social que abrangesse a toda população os acessos aos direitos civis e sociais para a melhoria da qualidade de vida como um todo.

Os movimentos políticos protagonizaram a necessidade da implantação de políticas mais justas e de fácil acesso estendendo suas lutas contra os diferentes processos de regimes governamentais, o qual passou o país desde a Primeira República (1889-1930) passando pelo Estado Novo no primeiro governo de Vargas (1930-1945), pelo regime militar (1964-1985) e o advento do novo governo democrático conquistado pela oposição através das eleições indiretas pondo fim ao ciclo militar que vigorou por anos de ditadura repressiva impedindo o desenvolvimento econômico, social e político do país.

Além dos movimentos pela reforma sanitária, outros movimentos direcionados aos direitos dos pacientes psiquiátricos também se mobilizavam para adquirir lugar no contexto das políticas sociais através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), contando com integrantes que participavam do movimento sanitário além de familiares dos pacientes que formavam associações, de usuários do sistema de saúde mental e membros dessa área no final dos anos 70 para início dos anos 80. Estes denunciavam o modelo de atendimento aplicado nos manicômios e criticavam a hospitalização repressora dispensada aos portadores de transtornos mentais.

Propostas direcionadas para as ações e reorientação da assistência e a desinstitucionalização psiquiátrica foram levadas ao II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em São Paulo no ano de 1987 com o lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios” sendo nesse mesmo ano a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro e a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento integral para os usuários.

Todo esse movimento e a ineficiência do modelo hospitalocêntrico da rede em saúde mental repercutiu na necessidade da regulamentação da Reforma

Psiquiátrica levada ao Congresso Nacional que no ano de 1989 aprovou o Projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), iniciando nos campo legislativo e normativo as lutas para a concretização da mesma reforma psiquiátrica. Esta Lei propôs a regulamentação dos direitos e da proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais.

Só após 12 anos em 2001, é que a Lei Paulo Delgado foi sancionada no Congresso Nacional. A Lei Federal 10.216 ao mesmo tempo em que redirecionou a política de assistência em saúde mental, não definiu claramente sobre os mecanismos para a extinção dos manicômios, mas sem dúvida, ela deu um novo impulso para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e suas diretrizes. A partir daí deu-se início aos serviços e novos mecanismos políticos para a recuperação e bem-estar dos pacientes mentais. Houve ainda a expansão e reordenamento da rede levando os programas de atenção à saúde mental por todos os estados federativo com a desinstitucionalização de pessoas que há tempos viviam isoladas, reinserindo-as ao meio familiar e social.

Outras políticas foram implantadas nesse contexto como a redução de danos, a questão do álcool e das drogas e a psiquiatria infanto-juvenil caracterizadas por ações em conjunto com as três instâncias governamentais (federal, estadual e municipal) e os movimentos sociais na construção de um modelo de assistência centrado na atenção comunitária e não nos leitos hospitalares como antes acontecia, consolidando a Reforma Psiquiátrica como política oficial do governo federal sob a fiscalização do Ministério da Saúde.

### **3.1 III Conferência Nacional de Saúde Mental**

Convocada logo após a Lei 10.216 em 2001 a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) reuniu em Brasília representantes das políticas em saúde mental a nível federal, municipal e estadual, profissionais de saúde, representantes de usuários e seus familiares para dar continuidade às propostas a Reforma Psiquiátrica onde foram elaborados os princípios, as diretrizes e estratégias no processo de mudança da atenção em saúde mental,

Foi esta Conferência com o respaldo da mobilização e participação popular, que deu embasamentos teóricos para a política de saúde mental no Brasil. Tudo isso só foi possível graças à Carta Constitucional de 1988 ao destacar sobre a

participação da sociedade (nos conselhos) e das instâncias governamentais na formulação, fiscalização e controle da política do Sistema Único de Saúde (SUS).

A III CNS consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e drogas, e estabelece o controle social com a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (MS, 2005:10)

A partir daí surge um novo modelo de atendimento aos portadores de transtorno mental que passou a vigorar concretamente no país, levando uma visão mais humanizadora quanto à cidadania das pessoas que necessitavam de auxílio e assistência psiquiátrica sem, contudo, ficar as mesmas ausentes da vida em família e na sociedade. Esse novo modo de trabalhar os pacientes psiquiátricos contava assim com a institucionalização de estrutura física, material e pessoal capacitado para o processo da recuperação de todos os usuários da saúde mental.

É importante ressaltar que diante de todo o processo que se renovou no quadro da política em saúde mental que até aqui se destacou – inclusive a Conferência Nacional em Saúde Mental – isso não foi suficiente para a resolução dos problemas e impasses voltados à questão da saúde mental e sua demanda posteriormente. Há que se considerar que esse novo contexto trouxe consigo questionamentos tão complexos sobre as formas da condução e ressocialização dos usuários na sociedade, que ainda hoje, não se exime de preconceitos contra aqueles que por estarem ocupando uma posição desprivilegiada na sociedade, ficam a mercê da credibilidade, pois, em alguns casos, ao procurarem atendimentos e/ou ajudas nas unidades de tratamento em saúde mental o usuário está em total descrédito para com sua dignidade (emprego, família, sociedade etc). Mas esta problemática merecerá maior discussão em outro capítulo a ser debatido neste trabalho.

## **4 SAÚDE MENTAL E REDE DE ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS**

Como parte integrante do Sistema Único de Saúde-SUS – Lei 8.080/1990 – a rede de atendimento é a responsável pela organização e ações dos serviços públicos de saúde no território nacional de forma regionalizada e hierarquizada com direção única em cada esfera de governo – federal, estadual e municipal - observando os princípios do SUS. O ordenamento dos serviços, as ações e o direcionamento dos recursos são de responsabilidade dos respectivos Conselhos municipal, estadual e nacional de saúde.

O papel dos Conselhos Municipais, estadual e nacional de saúde, assim como as conferências de saúde mentais, são por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental (MS, 2005).<sup>12</sup>

Compõem, de acordo como os princípios do SUS, a rede de atenção à saúde mental os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, serviços residenciais terapêuticos (SRT), centros de convivência, ambulatorios de saúde mental e hospitais gerais, caracterizados por ser política pública municipal de controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Esse processo não exclui, no entanto, articulação com outras instâncias que podem contribuir na promoção, autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais – inclusive as unidades básicas de saúde (UBS) - e para isso é importante a noção da territorialidade como orientadora fundamental no processo de trabalho em comunidade e organizador da rede de atenção. O território (municípios) deve orientar as ações dos seus equipamentos como escolas, associações comunitárias, políticas de esportes, lazer entre outras de assistência e promoção cidadã.

Todo o trabalho desenvolvido para o funcionamento das ações de atenção integral à saúde mental no estado se dá de acordo com as normas e diretrizes da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul – em conformidade com a Lei 8.080/1990

---

<sup>12</sup> Ministério da Saúde Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.



- SUS - que descentraliza para os municípios a responsabilidade nas aplicações dos recursos e controle social baseados nas prioridades que são estabelecidas pelos conselhos municipal e estadual de Saúde e ainda estimular a formação e capacitação dos trabalhadores para a qualificação das ações de saúde.

Os recursos financeiros destinados pelo Ministério da Saúde aos Municípios se dão de acordo com a abrangência regional e demanda apresentada. Municípios com mais de 2000.000 habitantes como o caso de Santa Maria, foco de nosso trabalho, que atualmente conta com uma população estimada em cerca de 280.000 habitantes é necessário que seja implantado ações e serviços proporcionais à demanda no processo de trabalho para compor a rede em saúde mental.

No município de Santa Maria, a rede pública (municipal e federal) de atenção à saúde mental é contemplada atualmente com as ações de 3 CAPS sendo: 1 para atendimento aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes; 1 CAPS infantil que presta assistência e atenção à saúde mental à infância e adolescência; 1 CAPS Álcool e Drogas de atendimento e assistência às pessoas com transtornos gerados por problemas da dependência química; 1 pronto-atendimento (comportando leitos para internações psiquiátricas e álcool e drogas) no Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM e o Ambulatório da Saúde Mental, ou, Centro Integrado da Saúde e Bem Estar Social - CISBES que na política de atenção na rede da saúde mental destina-se a atender pessoas que apresentam necessidade de acompanhamento dos transtornos moderados e de menor gravidade encontrando-se em situações de risco, para exercer a vida civil coerentemente.

É claro que o município ainda carece de algumas ações na área psiquiátrica, considerando o que já está implantado suportando a atenção e assistência no tratamento dos pacientes psiquiátricos - como mostra a tabela abaixo expondo quanto aos tipos de ações e serviços necessários para os diferentes portes municipais (por população) - para que se possa trabalhar quantitativamente e qualitativamente as ações em saúde mental para a população local e quais serviços hoje estão disponíveis no município de Santa Maria compondo a rede em saúde mental.

QUADRO 1 – Tipos de ações e serviços exigidos por população/município e as ações existentes em Santa Maria/RS.

POPULAÇÃO/ MUNICÍPIO	AÇÃO/SERVIÇOS PROPOSTOS	SERVIÇOS IMPLANTADOS EM SANTA MARIA/RS
Acima de 2000.000 habitantes	Saúde mental na atenção básica;	Em construção.
	Oficinas e grupos Terapêuticos;	Em funcionamento nos CAPS e Ambulatório.
	Ambulatório especializado;	Em funcionamento.
	CAPS I;	Não há (20.000 a 70.000 habitantes).
	CAPS II	Em funcionamento.
	CAPS III;	Não há (funcionamento 24h).
	CAPS criança e adolescência	Em funcionamento.
	CAPS Álcool e Drogas	Em funcionamento.
	Serviço Residencial Terapêutico	Não há.
	Leito em Hospital Geral	Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM.
	Hospital-Dia	Não há.
Pronto - Atendimento Leito em Hospital Geral	P.A. do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM.	

FONTE/REFERÊNCIA: Guia de Serviço de Saúde mental do Rio Grande do Sul.

Objetivando trabalhar na garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e a capacidade de suas autonomias, o trabalho dos serviços acima inclui ações para diagnosticar e tratar as doenças que impedem uma boa qualidade de vida das pessoas na sua condição mental.

Considerado como serviço de média complexidade, o Ambulatório da Saúde Mental oferece atenção integral para os cidadãos que necessitam de atendimento especializado e contínuo na área da saúde mental, diagnosticada a necessidade e/ou gravidade apresentada. Vale ressaltar que em Santa Maria o CISBES não contempla atendimento de pronto atendimento (P.A) que é um serviço de emergência. Seu trabalho limita-se às seguintes atividades: atendimento individual (consultas, psicoterapia, atendimento social, atendimento coma enfermagem, triagem e acolhimento); atendimento grupal (grupos terapêuticos, de orientação, mutua-ajuda, ações educativas em saúde e terceira idade); visitas domiciliares (feitas pela enfermagem e o serviço social).

A teia de relações de atendimento e assistência pode e deve estar sempre conectado aos recebimentos e/ou condução dos pacientes psiquiátricos averiguados sua condição mental e transtorno apresentado. Assim, há a inter-relação entre as unidades da rede nos processos de encaminhamento entre si e com outras unidades pertencentes à rede assistencial como no caso os Centros de Referência da Assistência Social (CRASS) que presta assistência psicossocial em algumas regiões da Cidade.

Abaixo a integração da rede de apoio, os níveis dos transtornos e as unidades de atenção na área da saúde mental no município de Santa Maria elaborado pela Comissão de Saúde Mental do município de Santa Maria. Além dos fluxogramas apresentaremos uma breve mostra do que são os serviços que compõem a rede de atenção psiquiátrica em saúde mental, as unidades referenciadas e o modo de atendimento à demanda atendida.

Os fluxogramas da rede mostram que o primeiro contato do usuário se dá nas unidades básicas de atendimento (UBS) que fazem o encaminhamento inicial ao detectar a necessidade de atendimento psiquiátrico. Conforme o perfil apresentado pelo mesmo usuário, este é encaminhado para as políticas de atenção pertinentes ao seu caso - CAPS, Ambulatório ou HUSM, em casos de urgências e/ou necessidade de internação.

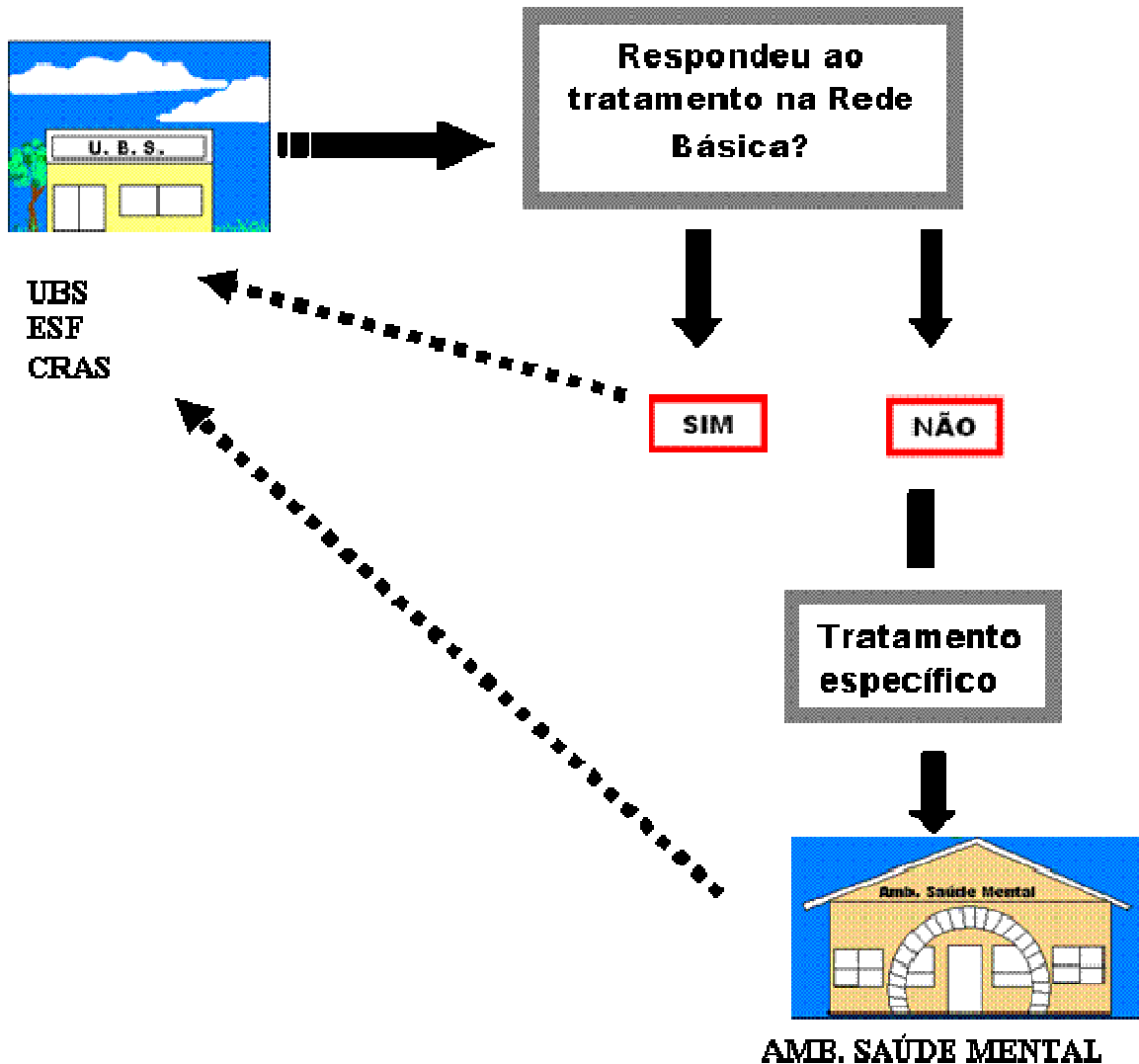


FIGURA 1 – Rede de atenção à saúde mental: sofrimento mental leve/moderado.

O fluxograma acima mostra os procedimentos da rede de apoio - unidades básicas de saúde, Centro de Referência e Assistência Social (CRASS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) – no atendimento e encaminhamento do usuário para o serviço de atendimento para casos de transtornos leves e/ou moderados.

Caso haja necessidade de um acompanhamento mais qualificado para o tipo de transtorno apresentado, o mesmo é encaminhado para iniciar acompanhamento no Ambulatório da Saúde Mental que tem em seu quadro funcional profissionais das áreas da psiquiatria, psicologia, enfermagem, técnicos em enfermagem e serviço social. Quando o paciente apresentar estabilidade do quadro mental, ele será encaminhado novamente pra a unidade básica mais próxima de sua localização. Se o usuário atender as expectativas do tratamento nas próprias unidades básicas ele continuará se mantendo nestas.

É importante ressaltar que o tempo de tratamento psiquiátrico pode ser pequeno, médio e longo prazo dependendo o tipo de transtorno apresentado. No caso de transtorno leve (episódios depressivos leves) que são confusões mentais causados por estresses e outros fatores de pequena relevância, as unidades básicas de saúde podem solicitar uma avaliação com retorno para continuidade no acompanhamento do paciente assistido. Aqui, não há necessidade de acompanhamento persistente como acontece nos casos que veremos a seguir.

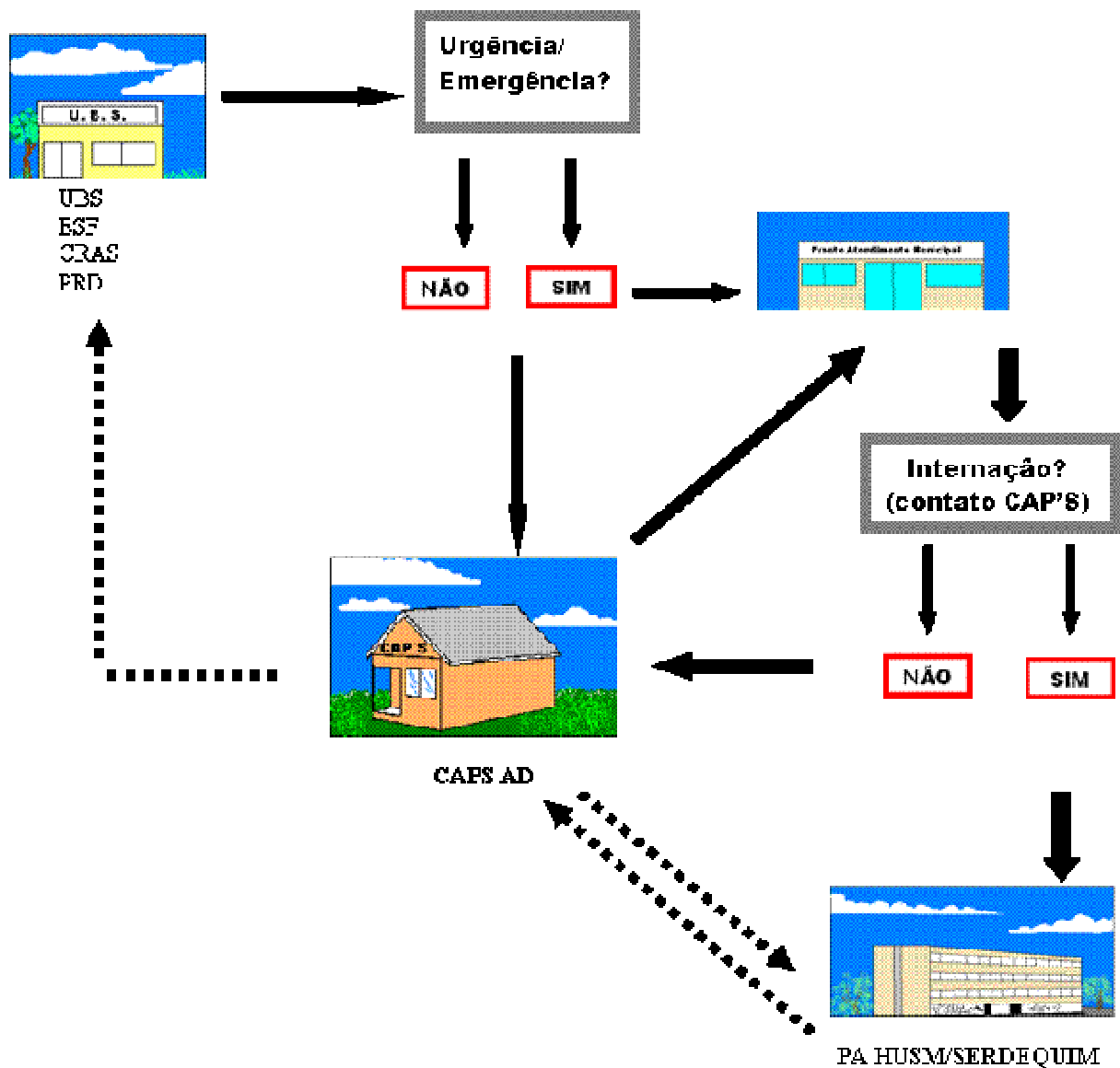


FIGURA 2 – Rede de atenção à saúde mental: usuários de álcool e outras drogas.

Completando o quadro das doenças mentais, estão incluídos os usuários dependentes do álcool e das drogas, visto que comprovadamente a dependência

química é responsável por diversos fatores biopsicossociais e mentais nas pessoas gerando dificuldades das mesmas em exercer uma vida digna e harmoniosa consigo mesma, na família, trabalho e na própria sociedade.

Os usuários aqui demandados seguem um processo semelhante ao anterior, sendo que a referência aqui é o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) que proporciona tratamento e atividades voltadas especificadamente para esta demanda. Além de contar com profissionais existentes na política de trabalho do Ambulatório da Saúde Mental, conta ainda com outros profissionais das áreas médica (clínico geral), musicoterapia e educação física (esportes), terapias em grupos para usuários de álcool, outras drogas e tabagismo, por exemplo.

Os processos de tratamento são os não-intensivos: para pacientes não necessitam de atenção maior submetendo-se apenas à especialidade médica e/ou alguma grupal (como o grupo do tabagismo, por exemplo). Intensivos: é quando o paciente necessita de um acompanhamento mais intenso e maiores riscos permanecendo em horário integral na unidade (diariamente). Neste caso os pacientes recebem alimentação. É importante lembrar que o poder judiciário demanda certa parte dos usuários (jurisdicionados) para cumprimento das etapas do processo da penalização e recuperação da dependência química e prestação de serviços à comunidade (PSC).

Casos emergenciais são encaminhados para o Pronto Atendimento Municipal e/ou para o Serviço da Dependência Química - SERDEQUIM no Hospital Universitário – HUSM (que também faz o processo das internações quando necessário) que encaminhará o usuário, depois de estabilizado, para dar início ao tratamento no CAPS-AD.

Ao apresentar melhor estabilidade do quadro de saúde, o paciente poderá receber alta e dar continuidade na unidade básica na localidade onde mora.

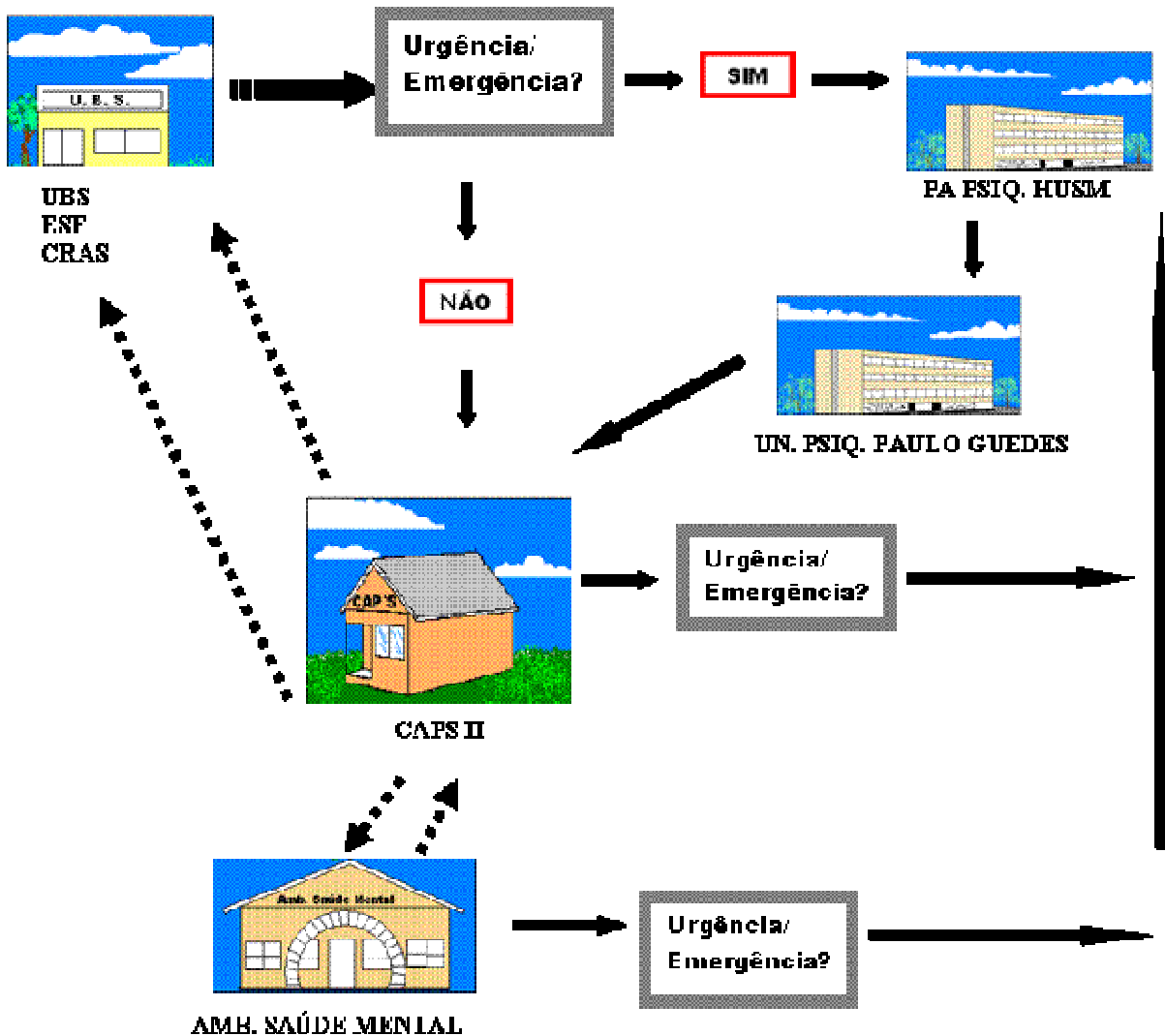


FIGURA 3 – Rede de atenção à saúde mental: sofrimento mental grave.

No quadro de sofrimento mental grave - para pessoas com instabilidade e comprometimento mental, não se tratando de álcool e outras drogas quando o paciente está em processo de confusão mental e/ou emocional – as unidades básicas de saúde e/ou outras referências de apoio fazem os processos de encaminhamentos devidos quando se trata de casos que atendam o perfil de atendimento para atendimento no Centro de Atenção Psicossocial Prado Veppo (CAPS II) que tem como objetivo atender e reintegrar pessoas com problemas psiquiátricos ao convívio social.

O CAPS II em Santa Maria atua com uma equipe formada por psicólogos, assistente social, enfermeiro, técnico em enfermagem, técnico em saúde mental, recepcionista, médicos das áreas de clínica geral e psiquiatria. Possui ainda oficinas terapêuticas de artes, canto, grupo terapia, atendimentos individuais além de

receberem alimentação diariamente (no caso para os pacientes que são atendidos em horário integral).

O CAPS II atende pessoas com problemas psiquiátricos que necessitam de uma atenção mais intensiva e sua política de atendimento direciona-se para as seguintes patologias: depressão crônica, transtorno afetivo bipolar (TAB), esquizofrenia, psicose maníaca depressiva e transtorno obsessivo compulsivo (TOC).

Para casos de internação, como mencionado anteriormente, o recurso encontrado no município é o Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM que tomará os procedimentos devidos para as unidades referenciadas para cada tipo de transtorno apresentado (Ambulatório CAPS). Em casos de não urgências o usuário recebe contra-referência (encaminhamento) também para as unidades que atenda ao perfil de cada demanda apresentada.

A integração das unidades básicas com a rede de saúde mental (federal e municipais) são circulares devendo prestar atenção e/ou atendimentos de acordo com a gravidade e/ou estabilidade apresentada pelo usuário do sistema. Os pacientes só recebem alta após certificação da estabilidade do seu quadro mental.

O processo inverso também é tomado pelos CAPS e o Ambulatório da Saúde Mental quando não conseguem manter as expectativas dos pacientes e diante da instabilidade apresentada, fazem contra-referência para atendimento emergentes: internações, medicamentos e/ou procedimentos especializados que são limitados nas unidades de saúde mental municipais.

Quando o paciente do CAPS II - para portador de transtorno mental - apresentar estabilidade no seu quadro mental, este será encaminhado para o Ambulatório da Saúde Mental para que receba acompanhamento com dia e hora agendados de acordo com sua necessidade e avaliação médica. O processo inverso acontece com os encaminhamentos do Ambulatório da Saúde Mental pra o CAPS II quando o tratamento dispensado ao paciente não está atendendo às expectativas, necessitando assim de um acompanhamento mais sistemático e dinâmico com envolvimento de outros profissionais.



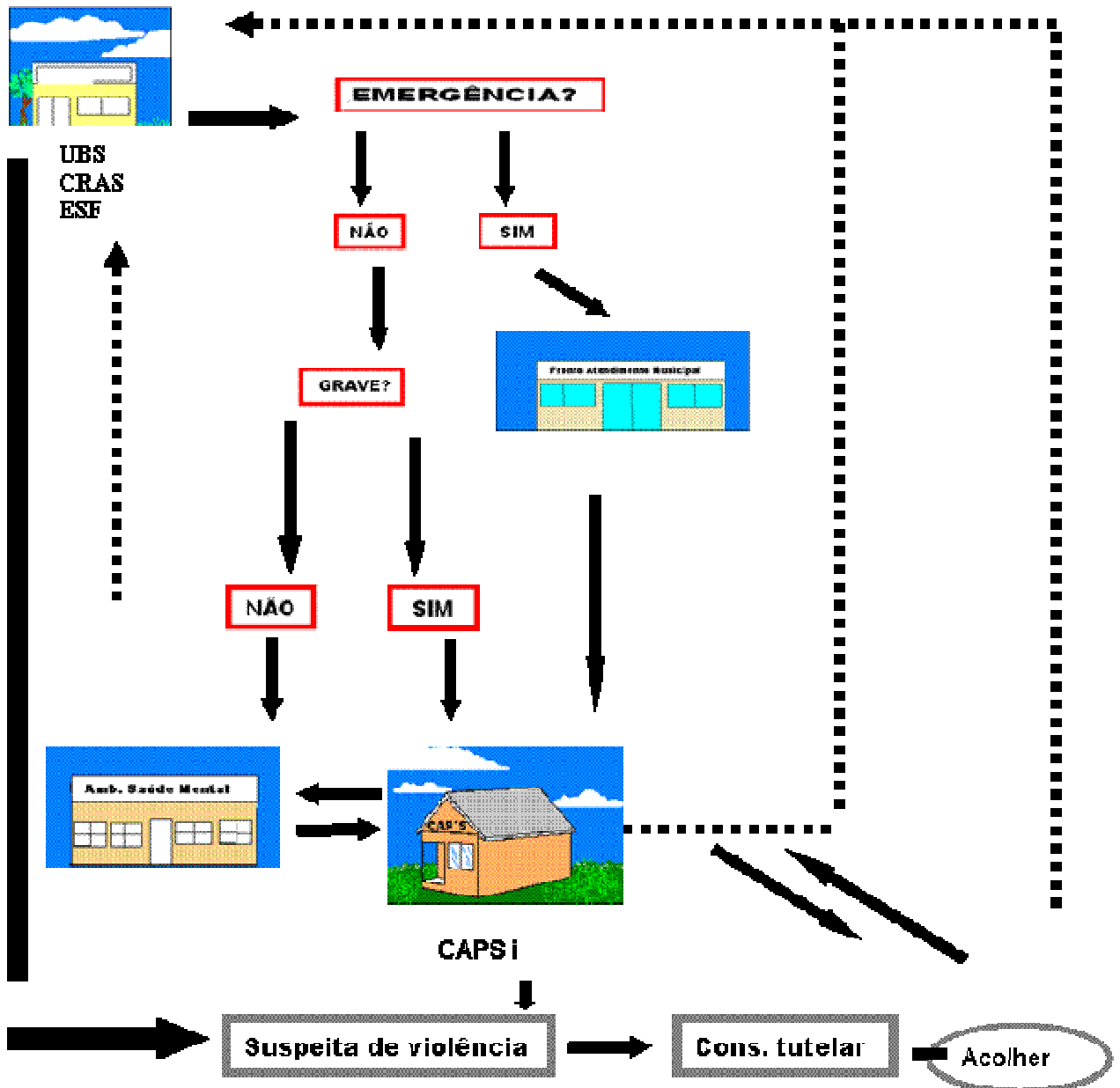


FIGURA 4 – Rede de atenção à saúde mental em caso de sofrimento mental na infância e adolescência.

O Centro de Atenção a Infância e Adolescência Infantil – CAPSi presta atendimento pra crianças e adolescentes com transtornos mentais, ansiedades, depressivos e dependência química e que estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais, contribuindo para o seu desenvolvimento e capacitando-os para a participação ativa na vida familiar, escolar e social. Recebe contra-referência de toda rede de apoio, como mostra o fluxograma acima, inclusive dos conselhos tutelares, escolas, poder judiciário e do Programa Acolher que atende às crianças e adolescentes vitimizados e vice-versa. Crianças e adolescentes que

apresentam quadro de transtornos leves são encaminhados para atendimento com a psicologia no Ambulatório da Saúde Mental e o processo inverso ocorre quando se trata de demanda com transtorno que necessita de maior atenção.

O trabalho no CAPS i conta com profissionais das áreas da psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, arte terapia, técnico administrativo, serviço social, enfermagem, técnico em enfermagem, educadores e pediatria que juntos desenvolvem metodologias de trabalho – de acordo com o estatuto da saúde mental e SUS – para reabilitação e ressocialização da demanda.

Em casos de suspeitas de abusos e maus tratos, haverá encaminhamento para os Conselhos Tutelares e/ou o Programa Acolher.

O caso da política em saúde mental para crianças e adolescentes no município de Santa Maria é outro fator que confirma a necessidade de melhor atendimento e atenção às crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas (drogas, álcool, cigarro).

O uso de drogas, como é conhecido, é um tipo de alteração de comportamento bastante visto na adolescência. A dependência de drogas, que é o transtorno mais grave desse grupo, manifesta-se pelo uso da substância associado a uma necessidade intensa de ter a droga, ausência de prazer nas atividades sem a droga e busca incessante da droga, muitas vezes envolvendo-se em situações ilegais ou de risco para se conseguir a mesma (roubo e tráfico). O tratamento envolve psicoterapia, educação familiar e alguns fármacos, por vezes necessitando internação hospitalar.<sup>13</sup>

A ausência de uma política voltada especialmente ao atendimento integral e medida de internação para recuperação da dependência química dificulta o processo da reabilitação e ressocialização desta demanda. Não há leitos e profissionais especializados o suficiente em psiquiatria infanto-juvenil na Cidade ficando os casos emergenciais sob a responsabilidade do Pronto Atendimento Municipal. Quando há casos necessários de internação, o adolescente é encaminhado para uma unidade fora do município.

De acordo com a Comissão da Saúde Mental, são e compõem os “...recursos no município que devem ser adicionados e acionados conforme a situação singular de cada usuário e a capacidade de cada Serviço em criar uma Rede que possibilite a Reabilitação Psicossocial” as seguintes instituições:

---

<sup>13</sup> Para maiores informações: Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?424>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

- Ambulatório da Saúde Mental – Centro Integral de Assistência e Bem Estar Social - CISBES.
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Caminhos do Sol – CAPS-AD.
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS i.
- Centro de Atenção Psicossocial Prado Veppo.
- Casa 13 de Maio - PRD - Programa Redução de Danos
- CRAS LESTE – Centro de Referência em Assistência Social
- CRAS OESTE – Centro de Referência em Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência Especializada em Assistência Social
- Acolher/Sentinela – Serviço de cuidado de prevenção a Violência Física, Psicológica e Sexual de Crianças e - Adolescentes e suas famílias
- CAVV – Centro de Apoio às Vítimas de Violência, CARI – Centro de Referência ao Idoso
- Pronto Atendimento Psiquiátrico do HUSM
- Unidade de Psiquiatria Paulo Guedes - HUSM
- SERDEQUIM – Unidade de Desintoxicação – HUSM
- UBS – Unidades Básicas de Saúde
- ESF – Estratégia de Saúde da Família.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Fonte: Comissão da Saúde Mental de Santa Maria/RS, 2008.

## **5 O INÍCIO DA POLÍTICA AMBULATORIAL EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS**

Os dados aqui colhidos originaram de informações obtidas pelos profissionais do Ambulatório da Saúde Mental que foram os pioneiros na construção da política em saúde mental no município no ano de 2000. Não encontramos registros que mostrassem a criação da unidade Ambulatorial por mais que se comentem sobre suas existências.

Várias foram às tentativas para encontrar algum documento que registrasse a criação do Ambulatório da Saúde Mental junto à Secretaria de Saúde, todas em vão, não conseguimos obter nenhum documento oficial. O que aqui mostraremos são informações passadas pelos profissionais que ajudaram na implantação inicial da política em saúde mental no município.

O atendimento em saúde mental no município de Santa Maria partiu da iniciativa de profissionais das áreas da psicologia, enfermagem e da psiquiatria preocupados com o grande contingente de pessoas que buscavam ajudas sem, contudo, que o município oferecesse uma política especializada e voltada ao atendimento a esta demanda.

Inicialmente o atendimento ambulatorial era realizado na unidade sanitária do Centro Social Urbano (CSU) situado na Rua Venâncio Aires no bairro Passo D'areia onde tudo começou no ano de 2000. Diante da crescente demanda sentiu-se a necessidade de ampliação do espaço físico havendo assim a transferência para o Centro Integrado de Saúde e Bem-Estar Social (CISBES) localizado na Av. Borges de Medeiros nº. 802 no mesmo bairro. Mais tarde – em fevereiro de 2008 - sendo a sede transferida para a Rua Silva Jardim, n1.383-Centro.

Vale lembrar que nessa época, foi implantado o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS adultos que passou a dividir o mesmo espaço que o CISBES. Com o crescente aumento do fluxo de atendimento e a falta de espaço físico, motivou-se a buscar um novo local para os pacientes que eram assistidos no CAPS. Este passou então a prestar atendimento aos pacientes com transtornos mentais mais graves e que necessitavam de cuidados e acompanhamentos continuamente, na Rua Conde de Porto Alegre, nº. 1.111 – Centro da Cidade.

Ressalta-se que a dinâmica do CAPS difere do trabalho ambulatorial, pois, no

seu programa de atendimento, acolhe diariamente os pacientes que necessitam de atenção na integralidade contando com uma equipe profissional mais ampliada do que pede a política de ambulatório - que não ficou clara mesmo com a reforma psiquiátrica, fato este que discutiremos no decorrer deste trabalho.

Com a separação dessas políticas de atendimento à saúde mental o CISBES passou então a manter a penas o atendimento ambulatorial sendo denominado Ambulatório da Saúde Mental, como política de atendimento de referência pública municipal na área da psiquiatria para a população santa-mariense e distritos pertencentes ao Município. O Ambulatório da Saúde Mental (CISBES) é política pública municipal e atua segundo as normas do SUS, Reforma Psiquiátrica e o Estatuto da Saúde Mental (Portaria nº. 251, de 31 de janeiro de 2002) que direcionou os CAPS no atendimento ao portador de sofrimento mental em substituição ao antigo regime hospitalocêntrico já destacado.

### **5.1 Perfil do atendimento ambulatorial em Santa Maria: A quem atender?**

De acordo com a divisão regional de saúde do Rio Grande do Sul, o Ambulatório da Saúde Mental em Santa Maria está incluído na 4ª. Divisão das Coordenadorias Regionais de Saúde do estado (4ª. CRS) e seu quadro profissional conta com especializações nas áreas da psiquiatria, psicologia, enfermagem e serviço social.

Na política de atenção em Saúde Mental em Santa Maria, o serviço ambulatorial deve prestar atendimento nos seguintes casos diagnosticados:

- **Transtornos Psicóticos:** (delírios, alucinações, transtorno delirante, Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux, Codependência).

Esquizofrenia é uma doença mental que se caracteriza por uma desorganização ampla dos processos mentais. É um quadro complexo apresentando sinais e sintomas na área do pensamento, percepção e emoções, causando marcados prejuízos ocupacionais, na vida de relações interpessoais e familiares. Nesse quadro a pessoa perde o sentido de realidade ficando incapaz de distinguir a experiência real da imaginária. Essa doença se manifesta em crises agudas com sintomatologia intensa, intercaladas com períodos de remissão, quando há um abrandamento de sintomas, restando alguns deles em menor intensidade. É uma doença do cérebro com manifestações psíquicas, que começa no final da adolescência

ou início da idade adulta antes dos 40 anos. O curso desta doença é sempre<sup>15</sup> crônico com marcada tendência à deterioração da personalidade do indivíduo.<sup>16</sup>

- **Transtornos do Humor:** (transtorno bipolar do humor (psicose maníaco-depressiva).

Até bem pouco tempo conhecida como psicose maníaco-depressiva, a doença bipolar do humor é caracterizada por períodos de um quadro depressivo, geralmente de intensidade grave, que se alternam com períodos de quadros opostos à depressão, isto é, a pessoa apresenta-se eufórica com muitas atividades, às vezes fazendo muitas compras ou efetuando gastos financeiros desnecessários e elevados, com sentimento de onipotência, quase sempre acompanhados de insônia e falando muito, mais que seu habitual. Esse quadro é conhecido como mania. Tanto o período de depressão quanto o da mania podem durar semanas, meses ou anos. Geralmente a pessoa com essa doença tem, durante a vida, alguns episódios de mania e outros de depressão. É importante ficar claro que mania, no sentido médico, é diferente de mania para o leigo, significando para estes hábitos que a pessoa sempre repete **16**.

- **Transtornos de Ansiedade:** (síndrome do pânico, fobia (simples, social), generalizada, obsessivo-compulsivo).

Os principais Transtornos de Ansiedade são: Síndrome do Pânico, Fobia Específica, Fobia Social, Estresse Pós-Traumático, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Distúrbio de Ansiedade Generalizada. Todos têm a ansiedade como manifestação principal. Ansiedade é um estado emocional de apreensão, uma expectativa de que algo ruim aconteça, acompanhado por várias reações físicas e mentais desconfortáveis. É comum que haja sobreposição de sintomas e assim uma pessoa pode apresentar sintomas de mais de um tipo de transtorno de ansiedade ao mesmo tempo. No geral, os transtornos de ansiedade respondem muito bem ao tratamento psicológico.<sup>17</sup>

- **Transtornos de Personalidade e do Comportamento:** (transtornos de Personalidade: Paranóide, esquizofrenia, borderline, narcisista, obsessivo-convulsiva, anti-social...).

Trata-se de distúrbios graves da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, não diretamente imputáveis a

<sup>15</sup> Para maiores informações: Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?419>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

<sup>16</sup> Para maiores informações: Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?189>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

<sup>17</sup> Para maiores informações: Disponível em: <<http://www.psicoterapia.psc.br/scarpatto/transtorn.html>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

uma doença, lesão ou outra afecção cerebral ou a outro transtorno psiquiátrico. Estes distúrbios compreendem habitualmente vários elementos da personalidade, acompanham-se em geral de angústia pessoal e desorganização social; aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência e persistem de modo duradouro na idade adulta.<sup>18</sup>

- **Transtornos somatoformes:** (transtorno de somatização, transtorno somatoforme indiferenciado, transtorno conversivo, transtorno doloroso, transtorno dismórfico corporal).

A característica comum dos Transtornos Somatoformes é a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral (daí, o termo somatoforme), porém não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Pânico). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes. Em comparação com os Transtornos Factícios e a Simulação, os sintomas físicos não são intencionais (isto é, não estão sob o controle voluntário). Os Transtornos Somatoformes diferem dos Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica, na medida em que não existe uma condição médica geral diagnosticável que explique plenamente os sintomas físicos... O Transtorno de Somatização (historicamente chamado de histeria ou síndrome de Briquet) é um transtorno polissintomático que inicia antes dos 30 anos, estende-se por um período de anos e é caracterizado por uma combinação de dor, sintomas gastrointestinais, sexuais e pseudoneurológicos.<sup>19</sup>

- **Transtornos Dissociativos:** (amnésia dissociativa, despersonalização/desrealização, personalidade múltipla, fuga dissociativa...).

O aspecto central dos transtornos dissociativos (ou também chamados conversivos) é a perda total ou parcial de uma função mental ou neurológica. As funções comumente afetadas são a memória, a consciência da própria identidade, sensações corporais, controle dos movimentos corporais. Esses acometimentos estão por definição ligados a algum evento psicologicamente estressante na vida do paciente cuja ligação o paciente costuma negar e conseqüentemente o psiquiatra precisa de auxílio para detectar.<sup>20</sup>

- **Transtornos Mentais Orgânicos:** (Demência na doença de Alzheimer, Demência vascular, Demência na doença de Parkinson, Demência na doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], Demência em outras doenças especificadas

<sup>18</sup> Para maiores informações: Disponível em: <[http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f60\\_f69.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f60_f69.htm)>. Acesso em: 28 nov. 2008.

<sup>19</sup> Para maiores informações: Disponível em: <<http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/somat.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

<sup>20</sup> Para maiores informações: Disponível em: <<http://www.psicosite.com.br/tra/sod/dissociativo.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

classificadas em outra parte).

Este agrupamento compreende uma série de transtornos mentais reunidos tendo em comum uma etiologia demonstrável tal como doença ou lesão cerebral ou outro comprometimento que leva à disfunção cerebral. A disfunção pode ser primária, como em doenças, lesões e comprometimentos que afetam o cérebro de maneira direta e seletiva; ou secundária como em doenças e transtornos sistêmicos que atacam o cérebro apenas como um dos múltiplos órgãos ou sistemas orgânicos envolvidos.<sup>21</sup>

Os casos de transtornos leves e crônicos podem ser tratados nas unidades básicas de saúde (UBS). Episódios depressivos só devem ser encaminhados para o Ambulatório da Saúde Mental quando há diagnóstico de casos de recidiva de maior gravidade e risco social.

Pacientes graves que não tenham melhoras sustentadas no Ambulatório devem ser encaminhados ao CAPS (atendimento voltado para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes) para que tenham acompanhamento contínuo com outros profissionais e procedimentos diários para sua promoção psicossocial.

As ações e o trabalho desenvolvidos na unidade se dão a partir do reconhecimento socioeconômico, perfil epidemiológico e de saúde da pessoa, infraestrutura de serviços disponíveis e outras de proteção e recuperação para os portadores de sofrimento psíquico, a partir daí, inicia-se o processo de trabalho multidisciplinar com a equipe profissional para atender as necessidades apresentadas pela demanda e busca da integração coma rede de apoio, sem estimativa de tempo para o término do tratamento.

É indispensável salientar que o tratamento dos transtornos mentais e da dependência química, via de regra, é de longa duração, não havendo incremento da resolutividade com o prolongamento das internações psiquiátricas, mas sim através de ações no âmbito ambulatorial. (SS/RS, 08).<sup>22</sup>

Importa dizer que no município, atualmente, não há nenhum registro por

---

<sup>21</sup> Para maiores informações: Disponível em: <[http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f00\\_f09.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f00_f09.htm)>. Acesso em: 28 nov. 2008.

<sup>22</sup> Guia de Serviço de Saúde mental do Rio Grande do Sul: Cuidar, Sim. Excluir, Não. Governo do Rio Grande do Sul, Secretaria de Saúde, Porto Alegre, 2001.



escrito consumando a diretriz do trabalho ambulatorial em saúde mental. O que vem sendo exposto até então sobre o perfil de atendimento ambulatorial é um processo que está em discussão e articulação entre equipe de trabalho da unidade e a comissão da saúde mental que tem como participantes profissionais atuantes nas políticas de atendimento à saúde mental (e rede de apoio) no município, como: (CAPS, Programa da Redução de Danos (PRD), HUSM, UBS, CRASS, CISBES, Programa Renascer) além de representantes de usuários da rede.

Ressalta-se que as referências encontradas sobre a política em saúde mental geralmente estão direcionadas aos trabalhos dos CAPS que ficaram encarregados do controle social e da reabilitação dos portadores de transtornos mentais (em substituição dos leitos hospitalocêntricos tradicionais). Isso vem gerando certa incompreensão quanto ao real papel da política de atenção ambulatorial do município na sociedade e até mesmo entre os profissionais atuantes na área da saúde, dificultando alguns procedimentos na atenção básica de atendimento psicossocial das pessoas que procuram os serviços da rede.

Pensando nisso, e em outros impasses frente à realidade enfrentada por anos de atuação na área da saúde mental, é que profissionais e usuários junto com representantes da Secretaria de Município de Saúde da Cidade se unem semanalmente para discutirem sobre o matriciamento das políticas de atendimento e assistência em saúde mental da rede.

Redirecionar e repensar a condução e estratégias políticas de atendimento aos pacientes com transtornos mentais implica repensar um histórico de articulação política e de interesses particulares nas implantações dos processos políticos e sociais de atendimento à população, e aí incluído a saúde como grande incentivadora política, econômica e do controle social.

## **5.2 A prática multidisciplinar de atenção ambulatorial em Santa Maria/RS**

Sabendo que o trabalho com os portadores de transtorno mental é duradouro a equipe do Ambulatório da Saúde Mental em Santa Maria (CISBES) vem trabalhando com um perfil de atendimento qualificado de acordo com as condições oferecidas pela prefeitura. É da Secretaria de Município de Saúde - responsável pela gestão dos serviços de atendimento na área da saúde – que emana a gestão da política assistencial de atenção à saúde que são dispensadas à população santa

mariense e distritos.

O trabalho no CISBES procura prestar atendimento referenciado às pessoas que chegam encaminhadas pela rede pública. Quando se fala em rede pública destacam-se: as unidades básicas de saúde (UBS), educação, instituições de medida de proteção à criança e adolescência, conselho tutelar, poder judiciário, CAPS, Hospital Universitário de Santa Maria, por exemplo. As instituições da sociedade civil também podem solicitar apoio quando necessário.

Para a concretização da proposta de trabalho no Ambulatório da Saúde Mental a equipe conta com profissionais das áreas da enfermagem (responsável pelo acolhimento e análise do quadro biopsicossocial do paciente, administração de medicamentos, procedimentos de internação, atividades com grupos etc); Psicologia (adulto e infantil); Psiquiatria (atendimento médico aos pacientes diagnosticando os tipos de transtornos que possam implicar num bom desenvolvimento mental e social das pessoas) e serviço social (elo entre o trabalho dos profissionais e a política assistencial institucional). Contam ainda estagiários de nível superior que atuam na recepção, na psicologia e enfermagem.

Esses profissionais procuram dar visibilidade ao trabalho na unidade articulando meios que auxiliem na proposta da promoção biopsicossocial dos pacientes assistidos reinserindo-os ao meio social para que os mesmos não fiquem a margem dos direitos e deveres cidadãos, bem como a qualidade de vida.

Mas como se dá a inserção social do portador de sofrimento psíquico na sociedade atual? Esse é o maior desafio encontrado pelos os profissionais atuantes na área da saúde mental e o mais preocupante também por vários fatores encontrados no perfil demandado como o desemprego, a falta de qualificação, baixo nível de instrução, vulnerabilidade socioeconômica para atendimentos das necessidades básicas (educação, alimentação, saúde, habitação entre outras) e até mesmo o tipo de patologia apresentado muitas vezes implica no bloqueio e acesso à dignidade das pessoas que acabam se submetendo – e/ou dependendo – dos auxílios das políticas públicas (ou outras instituições) como forma de garantia de um mínimo para a “sobrevivência”.

Constatado que boa parte dos usuários do SUS demanda da classe popular, muitos dependem das ações governamentais. A cidadania para elas perpassa a condição própria de luta pela vida, ficando sob a total responsabilidade do órgão assistencial em promover sua transformação psicossocial. Os profissionais do

Ambulatório se deparam com esta realidade cotidianamente ao perceberem a “incapacidade” dos pacientes no enfrentamento das situações na atual conjuntura global para que possam ser agentes próprios da sua transformação social.

Cabe aqui a cada profissional ter uma visão mais ampliada do paciente assistido. Um ser humano que necessita de uma série de intervenções que possam contribuir na auto-estima como um passo importante para a melhoria da qualidade de vida de uma pessoa.

É claro que não podemos negar a existência hereditária quando falamos em transtorno mental, pois, além dos fatores psicossociais e econômicos aqui mencionados, a hereditariedade familiar em transtornos mentais implica ainda mais no quadro social das pessoas - principalmente em se tratando de casos cujas famílias se encontram em situação de vulnerabilidade social. Nestes casos, a procura por atendimentos pode ser confundida – pela demanda – pela busca de solução financeira como a procura por benefícios previdenciários como meio de ganho pra manutenção do meio familiar, por exemplo. Mas este assunto não será foco de discussão neste trabalho. O assistente social é o profissional encarregado de atuar nessa problemática junto aos outros profissionais.

O que importa-nos neste item é destacar o modo de trabalho entre os profissionais e como em conjunto atuam em prol da dignidade das pessoas que recorrem à ajuda na unidade. O usuário aqui é visto como um ser que necessita de subsídios necessários à sua sobrevivência e não somente do auxílio de medicação. É nesse momento que entra em questão o trabalho multidisciplinar envolvendo a equipe em prol da promoção social do paciente assistido, como destaca o artigo terceiro da Lei 8.080 (SUS),

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.<sup>23</sup>

### **5.3 Fatores que implicam na qualidade e serviço de atendimento no Ambulatório da Saúde Mental**

Como qualquer política pública, o Ambulatório da Saúde Mental não ficou livre

---

<sup>23</sup> Sistema Único de Saúde – SUS, Lei 8.080 de 1990.

dos problemas existentes para que se pudesse trabalhar de uma forma coerente de acordo com as normas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As contradições entre teoria (lei) e a prática são visíveis e sentidas não só pelos profissionais, mas também pelos pacientes e toda a sociedade que constantemente, cobrava ao órgão gestor (Secretaria de Município de Saúde) providências quanto às melhorias no sistema de atenção a saúde mental no município.

Como exemplos citam a falta de profissionais na psiquiatria agravando ainda mais a possibilidade de abertura de novas vagas e/ou triagens das pessoas que procuravam por atendimentos em saúde mental.

A necessidade da ampliação no quadro desses profissionais foi um agravante não só para o Ambulatório da Saúde Mental, mas também para os CAPS que tiveram que tomar este mesmo procedimento bloqueando assim o acesso de novos usuários contrariando a Lei 8.080 (Sistema Único de Saúde-SUS) quanto ao acesso universal (das pessoas) no sistema de saúde público, mostrando ainda a deficiência do município em conseguir prestar atendimento coerente para a população.

Art. 2º. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (SUS: 1990)

Assim como ocorria na área da psiquiatria, a psicologia também apresentou dificuldades em conseguir prestar atendimento às pessoas devido a grande procura, principalmente na parte infantil demandada em grande parte pela rede pública de ensino e os conselhos tutelares. Diariamente aumentavam as listas de pessoas na fila de espera para estes profissionais acarretando novamente no bloqueio ao acesso a novos atendimentos, ficando a prestação de novos atendimentos somente para os casos considerados de maior risco.

Os profissionais da psicologia e psiquiatria ficaram sobrecarregados submetendo-se a fazer atendimentos com uma demanda acima da capacidade do número de atendimentos para melhor qualidade dos serviços prestados. Quanto a psiquiatria, os retornos dos atendimentos se davam em espaços longos (de 3 a 6 meses) sendo insuficiente para garantir boa qualidade do serviço aos pacientes dependendo do tipo de transtorno apresentado.

Uma “solução” encontrada para isto foram os encaminhamentos dos

pacientes que apresentavam estabilidade mental para a rede de apoio (como os programas Estratégia em Saúde da Família (ESF), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Postos de Saúde) para que continuassem se mantendo em acompanhamento com outros profissionais – conforme prescrição e orientação da psiquiatria. Esta idéia foi tomada junto com a Secretaria de Município de Saúde na tentativa de dar abertura para novas vagas e dar prosseguimento às listas de espera que permaneciam estacionadas por longos períodos.

Este procedimento, que seria para auxiliar até mesmo na questão de abertura para novas vagas de atendimentos no Ambulatório da Saúde Mental, no entanto, não teve grande êxito por parte dos profissionais que atuam na rede de apoio visto o desconhecimento destes mesmos na área psiquiátrica. Muitos pacientes retornavam ao Ambulatório da Saúde Mental queixando-se da falta de atenção, levando a equipe a formular estratégias para intervenção diante dessa realidade, como por exemplo: aumento do atendimento grupal; orientação e capacitação dos profissionais da rede (médicos e enfermagem) quanto ao tratamento e acompanhamento do paciente psiquiátrico. A enfermagem tomou a iniciativa de fazer o elo com as unidades sanitárias quais eram encaminhados os pacientes do Ambulatório.

Esse trabalho com a rede contou com a colaboração de dois profissionais da psiquiatria (em articulação com o Ambulatório e a Secretaria de saúde) que se deslocavam até as unidades das redes referenciadas (PSF's e Postos de Saúde), mas mesmo diante desse esforço a aceitação a este tipo de trabalho e demanda apresentou um andamento lento tendo ainda como maior barreira a resistência em trabalhar a saúde mental com o portador de sofrimento psíquico.

Outro procedimento tomado - pela Secretaria de Saúde - foi a contratação de mais um psiquiatra para atuar na unidade com uma proposta direcionada à prática de um novo modelo de trabalho - que por algum período possibilitou a abertura de novas vagas e andamento da lista de espera da psiquiatria. Esse novo modelo de trabalho denominado de triagem coletiva reunia um número estipulado de pessoas que em conjunto eram avaliadas pelo profissional psiquiátrico para seleção das pessoas que atendiam o perfil demandado e passariam a ter atendimento na unidade.

O modelo elaborado teve seu lado efetivo por pouco tempo frente a grande procura da demanda pelo serviço oferecido na unidade. Em pouco tempo perdeu sua característica inicial sobrecarregando mais esse profissional psiquiátrico, como aconteceu como os outros da mesma área, não dispondo de mais agilidade e

disponibilidade de atendimentos e horários.

Algo parecido também acontecia na psicologia que realizava grupos terapêuticos e triagens individuais sem, contudo, conseguir por muito tempo evitar a reincidência de novas filas de espera. Os profissionais do Ambulatório da Saúde Mental mensalmente contam com inúmeros índices de consultas sobrepondo a limitação numérica adequada para que os profissionais pudessem prestar uma qualidade melhor e mais tempo para as consultas, ficando o sistema mecanizado - de acordo com a lei estadual em saúde mental – numa duração de trinta minutos cada atendimento.

Dependendo do caso a ser investigado e/ou trabalhado, este tempo não é suficiente para garantir um processo de trabalho mais minucioso na hora da consulta, é o caso dos atendimentos na psicologia que é a segunda especialidade mais procurada na unidade como mostra a tabela dos atendimentos na parte seguinte.

É importante salientar que na impossibilidade de abertura para novas vagas nos CAPS o Ambulatório ficou mais sobrecarregado ainda pela responsabilidade de atendimentos a demanda que atendia inclusive aos perfis dos CAPS infantil e para portadores de transtorno mental. O número de adolescentes em risco (com tentativas de suicídios) corriqueiramente aparecia solicitando atendimentos sufocando ainda mais a qualidade do trabalho realizado e as agendas dos profissionais psiquiátricos e da psicologia, sem contar com a demanda encaminhada pelo poder judiciário que também apresentava grande demanda.

QUADRO 2 – Produção dos atendimentos no Ambulatório da Saúde Mental entre os meses de janeiro a agosto de 2008.

Meses/ Ano/2008	Psiquiatria	Psicologia (Profissionais /Estagiários)	Enfermagem	Serviço Social	Triagens Coletivas	Total de Atendi- Mentos
Janeiro	671	314	31	441	-----	1.060
Fevereiro	265	95	19	42	-----	421
Março	421	301	63	17	-----	802
Abril	486	372	63	40	-----	961
Mai	671	301	91	53	121	1.237
Junho	687	396	107	169	159	1.518
Julho	621	364	114	46	51	1.196
Agosto	471	301	107	02	-----	881
<b>Total Geral</b>						<b>8.076</b>

FONTE: Ambulatório da Saúde Mental de Santa Maria/RS, 2008.

A tabela acima mostra o quantitativo dos atendimentos referentes aos meses de janeiro a agosto de 2008 no Ambulatório da Saúde Mental, meses estes que foram presenciados diretamente na dinâmica institucional para a elaboração deste trabalho. Após isto, não obtivemos os dados dos meses posteriores.

A psiquiatria é a especialidade mais procurada, seguida da psicologia, enfermagem e serviço social. Pela tradição do “atendimento à loucura”, ou seja, para aquelas pessoas que apresentam desequilíbrio emocional ou mental, o serviço ambulatorial em saúde mental ainda é visto pela sociedade – como observado pelos profissionais da área – como uma política para atendimento direcionado para os profissionais psiquiátricos.

Retornando a tabela acima, a média da produção dos profissionais da psiquiatria é a maior apresentada dentre os profissionais que atuam na unidade. As oscilações que são apresentadas nos meses de fevereiro, março, abril e agosto se deram por causa dos períodos das férias e/ou licenças tiradas pelos profissionais.

As triagens coletivas duraram apenas três meses, maio, junho e julho, sendo que o mês de junho apresentou maior quantidade de atendimentos. No mês de agosto podemos perceber o menor índice dos atendimentos devido ao esgotamento de dias e horários para atendimento com a psiquiatria, sendo que neste momento houve novo trancamento de inscrições para novas triagens.

Nem todos os usuários que eram encaminhados (inclusive pelas escolas e poder judiciário) necessitavam necessariamente de consultas com a psiquiatria. De acordo com diagnóstico dos atendimentos, muitos casos encaminhados não necessariamente estão implicados em transtornos mentais depressivos e sim, com problemas socioeconômicos (desemprego, fome, miséria e exclusão, por exemplo) fatos estes que têm levado muitas pessoas ao desequilíbrio emocional.

Além dos fatores até aqui apresentados, este fato não poderia passar despercebido, uma vez que esta realidade vivida pelas camadas mais vulneráveis na atual conjuntura global é a responsável pelo desequilíbrio socioeconômico das pessoas que ficaram a margem da vulnerabilidade. Este perfil demandado vem ocupando cada vez mais as listas de espera e procura pelos serviços aumentando a estatística dos atendimentos no ambulatório – que na verdade originou de um dado perfil historicamente construído como já destacado neste trabalho.

Mas é claro que a equipe mesmo diante dessa realidade não ignora que as

condições precárias de vida do ser humano podem levar as pessoas ao desequilíbrio emocional por isso a necessidade em trabalhar em conjunto e com outras políticas de cunho assistencial e buscar métodos de sensibilização e atenção em saúde mental voltados para essa problemática que se depara com o “novo perfil” de uma demanda que cada vez mais recorre à ajuda na saúde como forma de amenizar os conflitos existentes.

Diante de tudo o que podemos ver até então como fatores dificultadores no trabalho desta política de saúde e atendimento em sofrimento mental há o desgaste dos profissionais diante da fragilidade dos poderes governamentais em não conseguir atender as expectativas da instituição e aos problemas vividos no cotidiano. Estes profissionais que abraçaram a causa da saúde mental objetivando trabalhar a melhora da qualidade de vida das pessoas se depararam com inúmeras situações de constrangimento que no decorrer dos anos, fizeram com que desestimulassem quanto a eficiência dos órgãos governamentais em mudar a situação da política em saúde mental no estado e no município.

Tentar articulação novamente com estes profissionais não é tarefa fácil e é preciso que os órgãos públicos de saúde apresentem novos planos estratégicos e propostas que possam mudar e/ou inovar este quadro atual da política ambulatorial em saúde mental ajudando na auto-estima dos funcionários e melhor eficiência do trabalho, além é claro de proporcionar melhor prestação e qualidade dos serviços pelo SUS não ferindo os princípios e as demais normas estabelecidas constitucionalmente.



## CONCLUSÃO

Tentamos mostrar neste trabalho como está articulada a política de saúde mental no Município de Santa Maria no estado do Rio Grande do Sul em conformidade as normas Legislativas e da Reforma Psiquiátrica - que foi o grande marco que direcionou um novo modelo de tratamento às pessoas portadoras de sofrimento mental abandonando o antigo modelo aplicado a esta demanda.

A gestão e organização da política em saúde mental em Santa Maria, no entanto, vem sendo alvo de muitas discussões entre os profissionais que atuam no meio, bem como se apresenta como um desafio para com aqueles que desconhecem o que vem a ser este trabalho, muitas vezes resistindo na prestação e atenção aos que precisam deste tipo de atendimento – como o caso da rede de apoio e auxiliares – mostrando que tais atitudes podem muitas vezes ser exemplos de despreparo profissional na área da saúde.

Falar em saúde mental mais do que pensar somente na figura tradicional de uma pessoa com aparência demente e incapaz, requer pensar que todo o ser humano necessita ser trabalhado em suas emoções. A saúde mental engloba todo um conjunto de fatores e necessidades que promovem o bem-estar biopsicossocial de um indivíduo e pensando nisso entra em cena o trabalho das instituições comprometidas com a política de trabalho em saúde mental nos territórios como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Ambulatório da Saúde Mental na tentativa de resgatar a auto-estima e garantir os direitos que muitas vezes são negados na sociedade.

O Ambulatório da Saúde Mental não tem conseguido manter seu total comprometimento político para com a sociedade santa-mariense em conseguir seguir o ritmo da demanda que diariamente procura os serviços encaminhados pela rede, escolas e Poder Judiciário por exemplo. A falta de profissionais especializados assim como a necessidade de uma reavaliação do seu sistema de atendimento agrava ainda mais no desconhecimento do que vem a ser o seu papel no sistema político de saúde pública.

É preciso que as autoridades competentes articulem junto com os profissionais atuantes na área da saúde mental, os conselhos de saúde e a sociedade para que se possa reverter a atual realidade da saúde mental no

município principalmente na política de atenção ambulatorial que opera com um sistema diferenciado dos CAPS prestando atendimentos a demanda que não atende aos perfis destes.

A comissão em saúde mental é um movimento que se preocupa com esta problemática articulando profissionais de diversas áreas na tentativa de amenizar os conflitos existentes, levando maior conhecimento e articulação à sociedade e a rede como um todo. Mas é preciso que outros movimentos se formem e se manifestem reforçando as mudanças e/ou melhorias que possam contribuir para a reversão do atual quadro político encontrado para que não se fechem as portas para os atendimentos às pessoas que procuram o serviço e não fira os princípios legislativos.

Caso isto não aconteça o Ambulatório da Saúde Mental poderá perder espaço na sociedade santa-mariense correndo até mesmo o risco de fechar as portas no Município, ou seja, não mais existir. Se acaso isto vier acontecer caberá os órgãos gestores de política em saúde municipal articular outros procedimentos que possam suprir a falta desta política institucional, já que a demanda referenciada nem sempre pode ser direcionada para tratamentos nos CAPS.

Para onde e como se darão os atendimentos? A rede está preparada para receber a demanda portadora de sofrimento mental caso a política ambulatorial acabe? Há profissionais especializados e/ou suficientes para suportar a demanda? Estes e outros questionamentos vêm sendo pauta de muitas discussões entre a comissão em saúde mental bem como entre os profissionais do Ambulatório da Saúde Mental e gestores da política de saúde municipal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei 8.080 de 19/09/1990. Sistema Único de Saúde – SUS.

\_\_\_\_\_. Lei Antimanicomial nº. 10.216 de 6/4/2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.

COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL DE SANTA MARIA/RS, 2008.

CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. 15 anos depois de Caracas, Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

INTERNET. Disponível em: <[http://209.85.173.132/search?q=cache:fDKUAU4dN8IJ:portaltese.icict.fiocruz.br/transf.php%3Fscript%3Dthes\\_chap%26id%3D00006303%26lng%3Dpt%26nrm%3Diso+historia+da+loucura+no+brasil&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br](http://209.85.173.132/search?q=cache:fDKUAU4dN8IJ:portaltese.icict.fiocruz.br/transf.php%3Fscript%3Dthes_chap%26id%3D00006303%26lng%3Dpt%26nrm%3Diso+historia+da+loucura+no+brasil&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br)>. Acesso em: 10 set. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/constitui%C3%A7%C3%A3o\\_brasileira\\_de\\_1891](http://pt.wikipedia.org/wiki/constitui%C3%A7%C3%A3o_brasileira_de_1891)>. Acesso em: 15 abr. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?419>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?189>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?424>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/apresenta.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/pinel.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos01.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos02.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos03.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos04.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos05.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/camisa.html>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/decreto.html>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/docProntuario1.html>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/docPensionistas.html>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/docPassaporte.html>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/DocProntuario2.html>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.cliopsyche.uerj.br/arquivo/juliano.html>>. Acesso em: 16 abr. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <[http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f60\\_f69.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f60_f69.htm)>. Acesso em: 28 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <[http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f00\\_f09.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f00_f09.htm)>. Acesso em: 28 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/>>. Acesso em: 27 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 27 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.psicosite.com.br/tra/sod/dissociativo.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.psicoterapia.psc.br/scarpatto/transtorn.html>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/somat.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

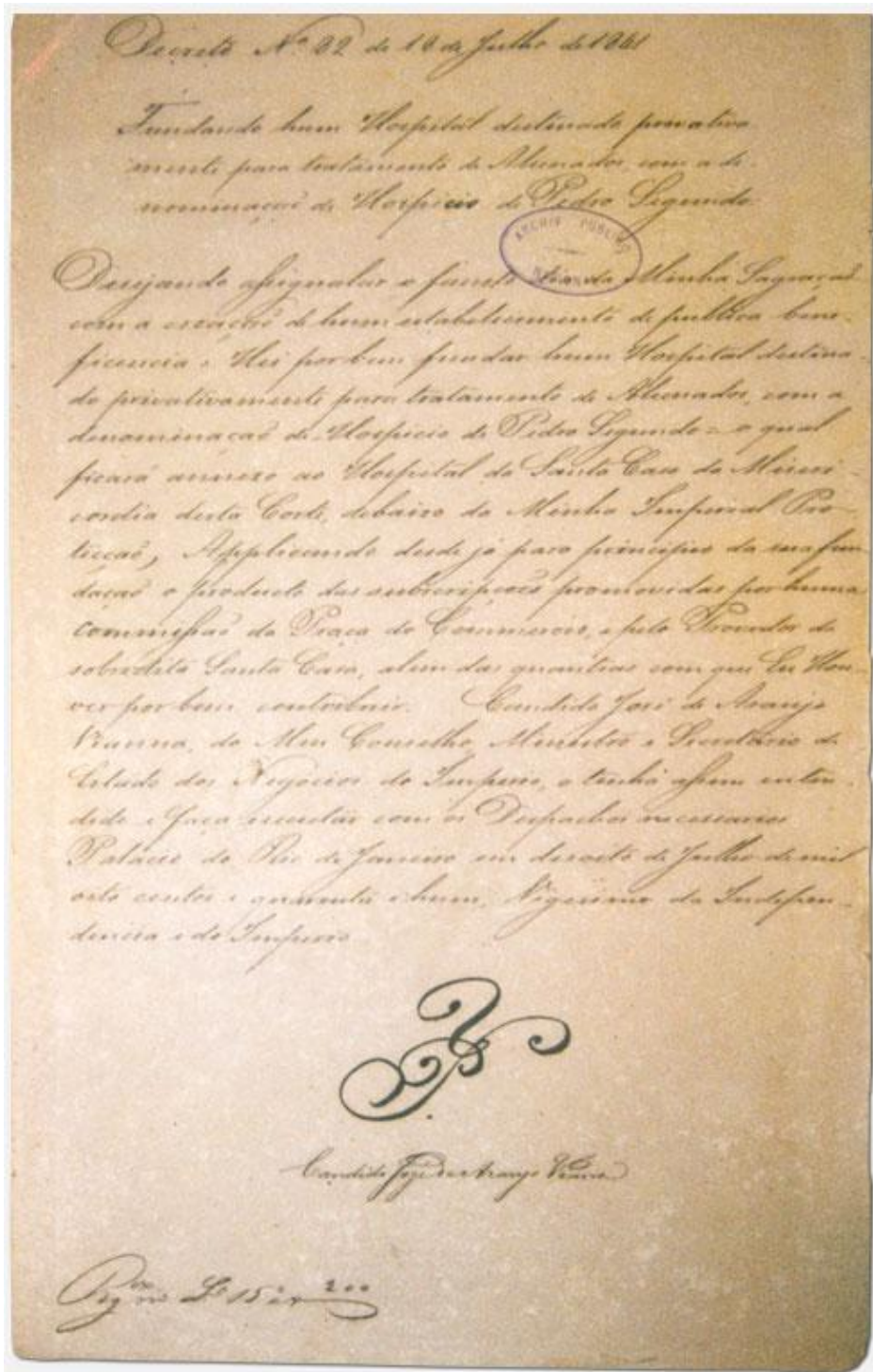
LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁRES, J. M. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.

RELATÓRIO DO AMBULATÓRIO DA SAÚDE MENTAL. 2006, Santa Maria,RS, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. **Guia de Serviço de Saúde Mental do Rio Grande do Sul:** Cuidar, Sim. Excluir, Não. Governo do Rio Grande do Sul, Secretaria de Saúde, Porto Alegre, 2001.

## ANEXOS

ANEXO A – Acervo Documental: Decreto de Fundação do Hospício de Pedro II (1841).

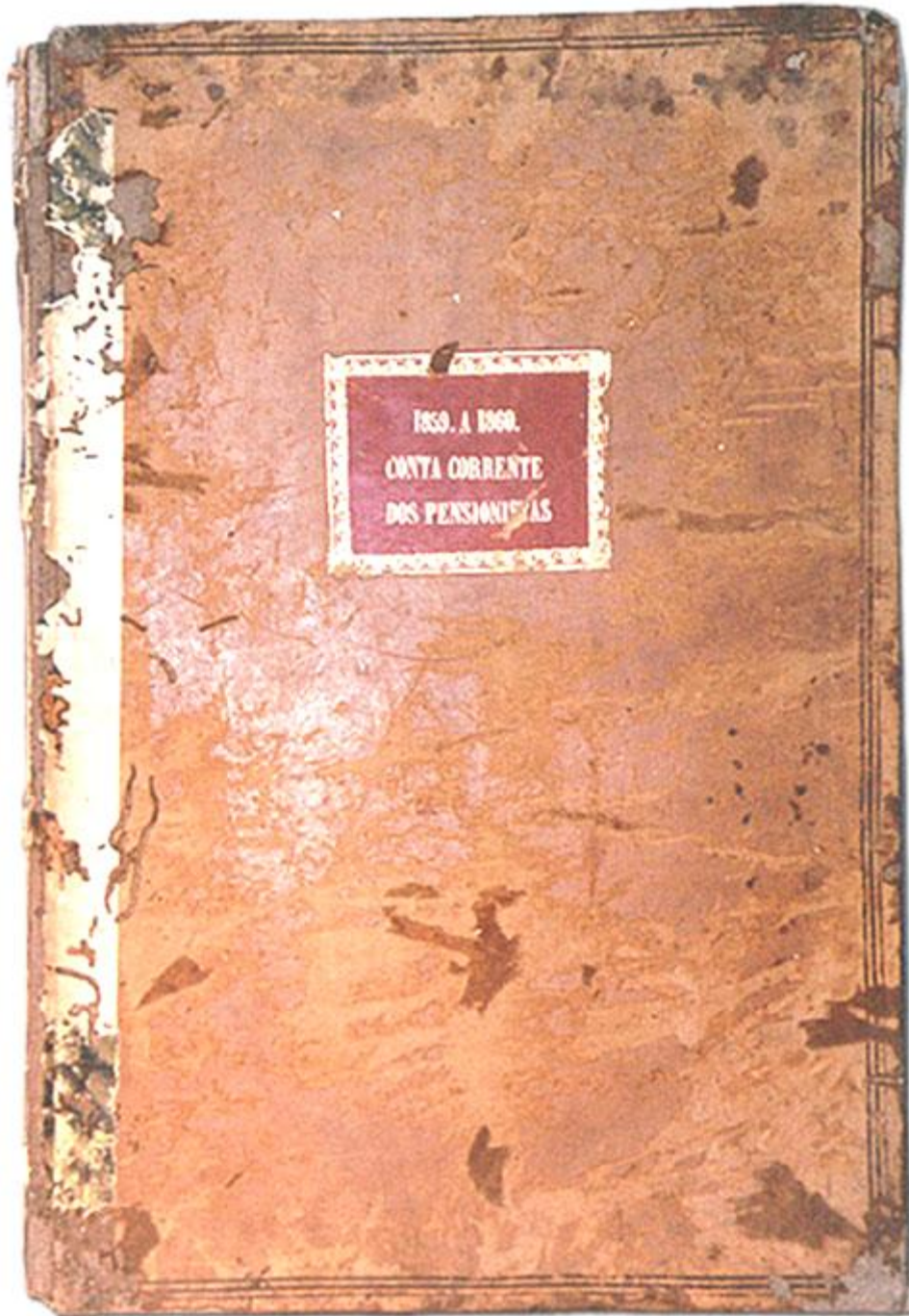


Acervo do Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS)





ANEXO C – Acervo Documental: Livro dos Pensionistas do Hospício de Pedro II (1859-1860).



Acervo do Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS)



## ANEXO D – Acervo Documental: Registro das Roupas do Hospício de Pedro II (1862).

*Relação da Roupas Entradas  
No Hospício de Pedro Segundo em 1862*

50	Pães alveolares brs qbrts	240	77	501.920
13	" " Branco	580	3	225.000
54	" " largo	450	-	566.550
48	" Gangas recadumbas	440	-	467.280
40	" " Amalada	380	-	507.360
40	" Vinandimas	400	-	934.500
2	" Buro de linho branco	300	-	48.000
50	" Alveolares	360	-	937.160
6	" Bacta Azul	300	-	580.000
13	" Arum	5.615	-	101.470
60	Cobertas escarlatas	5.000	-	500.000
35	Pães de Lóden	300	-	480.000
16	Colas desmançadas brancas	5.400	-	129.600
10	Pães recados de linho p. Colas	600	-	619.790
7	" " de "	300	-	119.000
13	" para vestidos	290	-	113.100
				Total Dos 6.492.8620

Acervo do Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS)

ANEXO E – Acervo Documental: Prontuário do Hospício Nacional de Alienados (1917).

N.º 98

7.4.1917  
Assistencia a Alienados  
HOSPITAL NACIONAL

SECÇÃO ESQUIZOL

Nome	Nação Brasil	Class. D. P.
(V. Observações)		
Côr. preta Sexo feminino	Naturalidade	Entrada na Secção:
Idade 15 annos Estado civil solteira		Em 4-4-1917.
Profissão domestica		
Residencia		
Procedencia 6º Districto Policial		
Internante Repartição Central da Policia Guia;		
nº 332, de 29 de Março de 1917.		
Entrada 29 de Março de 1917.		
Diagnostico <i>Doença mental</i>		



Em 7 de Maio de 1917  
O Medico assistente *Compartim*

MATICULE-SE

O Director Geral *Juliano*

Matriculada a fls. 1 do livro 20 Numero de ordem geral *61.807*

Em 9 de Maio de 1917 Numero de ordem annual *357*

*Chirurgia em 8/1/18*

Alta em de de 191	Falleceu em de de 191
<i>Regressada</i>	Causa mortis
Sabia em 1.º de Setembro de 1917	
O Assistente	O Medico

visto)

O Director Geral

Acervo do Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS)