

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC - SP

Larri Padilha Viegas

**A REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REGIÃO  
SUDESTE DA CIDADE DE SÃO PAULO: POTENCIALIDADES E LIMITES**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÃO PAULO

2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC - SP

Larri Padilha Viega

A REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REGIÃO  
SUDESTE DA CIDADE DE SÃO PAULO: POTENCIALIDADES E LIMITES

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação do Professor Dr. Ademir Alves da Silva.

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÃO PAULO

2012

BANCA EXAMINADORA

---

---

---

*Dedico esta dissertação à minha mãe e ao Marcelo, pelo carinho, mesmo com a distância física que nos separa, por sempre me entenderem, quando nem eu mesmo consigo*

*e*

*também à Ângela, responsável pelo meu “primeiro contato com a loucura”. Ainda hoje perambula, com uma pedra na mão, pelas ruas do bairro em que vivi minha juventude. Essa é a única maneira que ela achou para se livrar daqueles que gritam quando ela passa: “Ângela louca, Ângela louca, Ângela louca”.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus irmãos, Iara, Edson e Silvia e demais familiares pelo apoio e amor incondicional.

Às minhas sobrinhas e sobrinho: Vanessa, Valessa, Ana Claudia, Maria Eduarda e Guilherme. Meu amor por vocês não tem tamanho.

Ao Professor Orientador Doutor Ademir Alves da Silva pelos ensinamentos prestados, por ter me acompanhado nesta caminhada de forma sempre muito presente, possibilitando que este projeto se tornasse factível. Obrigado pelo respeito, presença e por estimular em mim reflexões sobre o tema.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC – SP pelos ensinamentos prestados durante a trajetória percorrida e aos demais funcionários, muito bem representados pela Vânia. Sou muito grato pela atenção que me foi prestada durante este período.

Às Professoras Dr<sup>as</sup> Maria da Graça Marchina Gonçalves e Regina Maria Giffoni Marsiglia por suas relevantes contribuições apresentadas na Banca do Exame de qualificação.

Aos colegas de aula que fizeram parte desse momento de minha vida. Sou muito grato pela convivência e as discussões tão importantes para a concretização deste projeto.

Aos meus amigos (as) e colegas que sempre tiveram a palavra certa no momento adequado e me impulsionaram a querer mais da vida, representados aqui pela Laura, Dirce, Bêre, Claudia Vaz, Raquel, Roseli, Dayane, Ana Paula Roland, Júlio, Jorge, Silvana, Alessandra Medeiros, Rita Oliveira, Malu, Neila Sperotto, Márcia, Natalina, Marcos Vinicius, Eder, Benê Matias, Carmen Trautwein, Ingrid, Elaine Lopes, Lúcia Felizardo, Claudia Longhi, Silvinha, Eliane Semmer, Claudia Donatila, Mônica Bagaglia, Thiago, Anna Carolina, Mara, Denise e Beatriz Alarcon.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, da Coordenadoria Técnica de Saúde Sudeste, do Hospital Artur Ribeiro de Saboya, do SAID – Serviço de Atenção Integral aos dependentes – e do CAISM Dr. David

Capistrano da Costa Filho da Água Funda por terem me possibilitado a realização da pesquisa de campo.

À CAPES e ao CNPq pelo incentivo à produção intelectual e por ter permitido a materialização de um sonho quando da concessão da bolsa de estudos.

A todos aqueles que participaram da pesquisa. Este trabalho só tem sentido se repercutir em melhorias para todos. Vocês são parte fundamental deste resultado.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para o resultado deste sonho.

Primeiro levaram os negros  
Mas não me importei com isso  
Eu não era negro  
Em seguida levaram alguns operários  
Mas não me importei com isso  
Eu também não era operário  
Depois prenderam os miseráveis  
Mas não me importei com isso  
Porque eu não sou miserável  
Depois agarraram uns desempregados  
Mas como tenho meu emprego  
Também não me importei  
Agora estão me levando  
Mas já é tarde  
Como eu não me importei com ninguém  
Ninguém se importa comigo

**Bertold Brecht (1898-1950)**

Na primeira noite  
Eles se aproximam  
Colhem uma flor de nosso jardim  
E não dizemos nada.  
Na segunda noite, já não se escondem  
Pisam as flores  
Matam nosso cão  
E não dizemos nada.  
Até que um dia  
O mais frágil deles  
Entra sozinho em nossa casa,  
Rouba-nos a lua e,  
Conhecendo nosso medo,  
Arranca-nos a voz da garganta.  
E porque não dissemos nada,  
Já não podemos dizer nada.

**Eduardo Alves da Costa**

## RESUMO

A presente dissertação de Mestrado tem como objetivo estudar a rede de atenção em saúde mental na região Sudeste da Cidade de São Paulo. A proposta deste estudo parte do cotidiano do autor e dos questionamentos feitos frente a sua atuação na área da saúde. Como objetivo principal busca-se identificar as limitações e as possibilidades da política pública de saúde mental, na referida região, tendo em vista os princípios e as diretrizes nacionais para a área, sob os parâmetros da Reforma Psiquiátrica. Para isso, parte-se da seguinte pergunta norteadora: Qual a configuração da rede de serviços territoriais de atenção psicossocial no município de São Paulo? A partir deste questionamento, busca-se levantar as potencialidades, as contradições e as consequências para a saúde da população. As principais categorias conceituais utilizadas são: rede, desinstitucionalização, cuidado, saúde mental, entre outras. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que compreende pesquisa bibliográfica, documental e de campo, além de observação da dinâmica de funcionamento dos serviços pesquisados, considerando-se ainda a experiência profissional e o cotidiano do pesquisador que atua como Assistente Social na área da saúde. Foram pesquisados oito serviços pertencentes à rede de atenção psicossocial, localizados na área de abrangência da Coordenadoria de Saúde Sudeste, sendo três de outras jurisdições, e entrevistados oito usuários e oito profissionais, sob a perspectiva de dar voz aos principais sujeitos desses espaços de cuidado. Para a compreensão do significado dos depoimentos é utilizada a análise de conteúdo para identificação dos pontos mais relevantes para o estudo. Como resultado, a pesquisa evidencia que, apesar de os serviços terem sido classificados de forma bastante positiva sob o ponto de vista dos usuários, a articulação entre eles se configura bastante fragilizada, demonstrando que, enquanto estratégia de política pública, a rede ainda requer aprimoramento com vistas à sua consolidação.

Palavras-chave:

política pública – rede – rede de atenção psicossocial – saúde – saúde mental.

## ABSTRACT

The objective of this Master's thesis was to study the attention network of mental health care in the Southeast region of São Paulo. The study proposals have started from the author's everyday life and also from his inquiries while his work in healthcare area. The main objective was to identify the limitations and possibilities of public policy for mental health in that region, in view of the principles and national guidelines for the area and also on the parameters of the psychiatric reform. For this proposal, the guiding question was: What is the network configuration of territorial psychosocial care services in São Paulo? From this questioning, the potential, the contradictions and consequences for population health were investigated. The main conceptual categories used were: network, uninstitutionalization, care, mental health and others. This is a qualitative research that comprised literature, documentary and field researches, and also the observation of services dynamic, considering the work experience and the researcher's everyday as a Social Assistant in healthcare. We interviewed eight services which belong to the network of psychosocial care located in the catchment area of Southeast Health Coordination (three of them were from other jurisdictions). We interviewed eight users and eight professionals as a way of giving voice to the main subject in areas of care. In order to understand the meaning of the testimonies we used content analysis to identify the most important points for the study. As a result, the research shows that although the services have been rated very positively from the point of view of users, the relationship between them is very weak sets, showing that while public policy strategy, the network still requires improvement to their consolidation.

Key-words:

public policy – network – psychosocial care network – health – mental health.

## LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
APPIA	Associação de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência do Rio de Janeiro
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAISM	Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CAS	Comissões de Assuntos Sociais
CCJ	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
CE	Comissão de Educação
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEP/SMS	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CJM	Colônia Juliano Moreira
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CPPII	Centro Psiquiátrico Pedro II
CPTM	Companhia Paulista de Trens Metropolitanos
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DEM	Partido dos Democratas
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família

FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
GM	Gabinete Ministerial
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NEPPS	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Sociais
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações não governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OSs	Organizações Sociais
PAI	Programa de Acompanhamento do Idoso
PAS	Plano de Assistência à Saúde
PDI	Psiquiatria Democrática Italiana
PNASH	Plano Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PPB	Partido Progressista Brasileiro
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS
PT	Partido dos Trabalhadores

PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
REME	Movimento de Renovação Médica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RT	Residência Terapêutica
SAID	Serviço de Atenção Integral aos Dependentes
Sisnad	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UAD	Unidade de Atendimento Domiciliar
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE QUADROS

1 – Reforma Psiquiátrica - Tendências .....	29
2 – CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – modalidades conforme o porto dos municípios.....	35
3 – Eixos de discussão do Congresso de Bauru .....	44
4 – Eventos relecantes da trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	45
5 – Reforma Psiquiátrica no Brasil .....	50

## LISTA DE TABELAS

1 – Rede de serviços de atenção em saúde mental – cidade de São Paulo .....	22
2 – Rede de serviços de Atenção em saúde mental – Coordenadorias Regionais de Saúde .....	24
3 – Localização territorial dos serviços pesquisados .....	26
4 – Centros de Atenção Psicossocial – cobertura – nº de unidades por 100.000 habitantes – estado de São Paulo.....	54
5 – Distribuição da população por sexo .....	58
6 – Distribuição de pacientes por faixa etária e tempo de internação .....	59

## LISTA DE GRÁFICOS

1 – Faixa etária dos profissionais.....	25
2 – Faixa etária dos usuários .....	25

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO I – RETROSPECTIVA HISTÓRICA</b> .....	<b>28</b>
1. BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA LUTA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS .....	28
2. A SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE SÃO PAULO .....	50
<b>CAPÍTULO II – SAÚDE E SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE SÃO PAULO: SITUAÇÃO E TENDÊNCIAS</b> .....	<b>55</b>
1. A SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE SÃO PAULO: UM OLHAR A PARTIR DO CENSO PSICOSSOCIAL.....	55
2. SAÚDE E SAÚDE MENTAL: QUESTÕES RELEVANTES NA ATUALIDADE.....	62
2.1 O matriciamento em saúde mental .....	62
2.2 A “epidemia” da doença mental .....	65
2.3 O Ato Médico.....	66
2.4 A internação compulsória e as comunidades terapêuticas .....	67
2.5 A terceirização da saúde – a presença das OS’s na gestão dos serviços de saúde .....	70
<b>CAPÍTULO III – DE QUE REDE ESTAMOS FALANDO?</b> .....	<b>73</b>
1. ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA .....	73
1.1 Avaliação dos serviços pelos usuários.....	73
1.2 Avaliação da rede pelos técnicos .....	76
1.3 Acesso aos serviços.....	79
1.4 Acesso aos direitos sociais .....	80
1.5 Relação com o território .....	82
1.6 Relação com a família.....	83
1.7 Religiosidade.....	84
1.8 Tratamento .....	85
1.9 De que rede estamos falando? .....	86
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>95</b>
<b>ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	<b>101</b>

<b>ANEXO B – RELAÇÃO DOS SERVIÇOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL .....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS .....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO G – PORTARIA N.º 336/GM DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO H – Nº DE ESTABELECIMENTOS/SERVIÇOS PRÓPRIOS DA SMS POR COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE E SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE - JULHO DE 2012 .....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO I – ENDEREÇO DOS CAPS AD, ADULTO E INFANTIL .....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO J – COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE E SUPERVISÕES TÉCNICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO K – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS NA ÁREA DA PESQUISA – COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO L – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS NA ÁREA DA PESQUISA – SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE IPIRANGA .....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO M – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS NA ÁREA DA PESQUISA – SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE MOOCA/ARICANDUCA/FORMOSA/CARRÃO .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO N – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS NA ÁREA DA PESQUISA – SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE PENHA .....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXO O – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS NA ÁREA DA PESQUISA – SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE VILA MARIANA/JABAQUARA .....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO P – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS NA ÁREA DA PESQUISA – SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE VILA PRUDENTE/SAPOPEMBA .....</b>	<b>124</b>

## INTRODUÇÃO

Após um longo período de formação que durou oito anos, ingressei no meu primeiro emprego como assistente social, devido à minha aprovação em um concurso público da Prefeitura Municipal de São Paulo. Os aprovados, que inicialmente seriam contratados para lotação na Secretaria da Assistência Social, foram deslocados para a Secretaria da Saúde, devido à grande necessidade desses profissionais no quadro de funcionários. Quando da opção por vaga, escolhi uma disponível na UBS – Unidade Básica de Saúde – localizada no Bairro Heliópolis. Ao iniciar o meu trabalho, além do impacto inicial de ter que articular a teoria à prática, já que se tratava de minha primeira experiência profissional neste campo, me deparei com a questão da saúde mental, e me causou certo incômodo a forma como se dava o trato dessa temática naquele espaço, principalmente no que se refere ao acesso aos profissionais considerados específicos da área em questão<sup>1</sup>. Posteriormente, pude perceber que essa realidade refletia uma condição presente em outros serviços de saúde da região. Essa constatação se deu a partir dos encontros e das discussões que passei a travar com os profissionais de outras UBSs, como forma de tentar entender o cenário que me inquietava.

Diante de tal fato, busquei me aproximar do tema para reunir condições de propor uma reflexão sobre as condições presentes, dado o fato de que essas condições contrariavam a forma de pensar a saúde, especialmente no trato com os usuários dos serviços. Foi um longo e prazeroso processo de aproximação com o tema e com as discussões em andamento. Para além de uma mera identificação das necessidades que se apresentavam como desafiantes ao exercício profissional era necessária a proposição crítica de alternativas para o enfrentamento da questão, partindo da premissa que a questão da saúde precisa ser compreendida em sua dimensão coletiva, na esfera pública, sob a primazia da responsabilidade do Estado.

*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, art. 196).*

---

<sup>1</sup> Refiro-me ao acesso à agenda dos Psiquiatras e Psicólogos.

Na década de 1990, o Ministério da Saúde propôs uma política de saúde mental e utilizou como parâmetros algumas experiências municipais reconhecidas como inovadoras e que estavam associadas às reflexões e às propostas operadas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica. Isso fez com que gestores, profissionais, usuários e sociedade civil tivessem conhecimento e acesso a um novo projeto de atenção em saúde mental, projeto esse que possuía em sua essência a intenção de transformação das práticas manicomiais, pois “... o campo é vasto, fértil, novo, muita coisa ainda não está bem definida, o que torna o profissional de saúde mental sujeito ativo na construção de uma história que está inacabada”. (RIBEIRO, 1996, p.53).

No projeto de pesquisa, que era um dos requisitos para a participação no processo seletivo do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC-SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo), foi proposta uma reflexão sobre a rede de atenção psicossocial. Durante a elaboração do referido projeto, procurei identificar de que forma a questão da saúde mental estava sendo pesquisada neste Programa, referência para o Serviço Social não só do Brasil, mas também da América Latina, e percebi que o tema da saúde mental não era recorrente.

Ao pesquisar o assunto na base de dados de teses e dissertações da PUC-SP<sup>2</sup>, identifiquei que a questão da saúde mental foi discutida no ano de 1995 por Reia Sílvia Rios Magalhães e Silva, em sua dissertação de Mestrado, cujo trabalho estava direcionado para “uma reflexão sobre a importância da equipe multiprofissional no processo de escolarização do deficiente mental educável, tendo a educação especial, os sujeitos sociais e o cotidiano institucional como núcleos fundantes da análise”. No ano seguinte, em um trabalho, também de Mestrado, Silvana Cavichioli Gomes Almeida estudou “a contribuição do Serviço Social aos trabalhadores interdisciplinares de Saúde Mental, apontando suas dificuldades e obstáculos” e objetivou “indicar também as perspectivas e possibilidades para a ampliação desta presença profissional”.

---

<sup>2</sup> Disponível no site da Pós-Graduação em Serviço Social (<http://www.pucsp.br/pos/ssocial/teses.htm>). A base contempla, segundo o site, deste o ano de 1979 até 2008, porém para consulta os anos de 2000, 2001, 2002, 2007 e 2008 estavam indisponíveis quando foi realizada a pesquisa.

No ano de 1997, a então mestranda Ana Paula Roland Rocha Medeiros discutiu em sua dissertação a questão da saúde mental e trouxe como resumo do seu trabalho a seguinte questão: “Ainda hoje a doença mental é vista como misteriosa; a psiquiatria não conseguiu identificar uma causa ou uma origem específica. Sendo assim, considero que as doenças cujas causas são incompreendidas e múltiplas (misteriosas...) propiciam o uso de metáforas. Este estudo procura conhecer as interpretações simbólicas dos familiares cuidadores de portadores de transtorno mental, no que se refere ao transtorno, ao portador, e as suas influências no convívio social. O estudo também busca analisar as interpretações que esses familiares cuidadores, através de seus depoimentos, têm sobre os serviços de saúde mental e sobre o tratamento”.

Como último trabalho identificado naquela base de dados, localizei uma Tese de Doutorado em Psicologia Social apresentada por Odette de Godoy Pinheiro, a qual “pretendeu investigar como se configura a relação entre usuários de um centro de saúde e o serviço de saúde mental. Foram focalizadas as queixas ou motivos do pedido de ajuda, na versão da pessoa que busca entendimento, versão esta que atribui sentido para o sofrimento psíquico, processando múltiplas e contraditórias informações e vivências do cotidiano”.

Com base neste levantamento, identifiquei que existe uma lacuna na discussão sobre saúde mental no âmbito do Serviço Social, pelo menos no que diz respeito à esfera de produção científica do Programa que foi fonte de pesquisa, e que não é de hoje, haja vista que durante o período analisado a quantidade de trabalhos envolvendo esta questão é pequena, se forem consideradas as diversas discussões realizadas com a construção do conhecimento nas teses e dissertações defendidas na PUC-SP. Como já alertava a Comissão Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde em 2005:

*A produção científica brasileira, na abordagem dos temas da psiquiatria/saúde mental no campo da saúde pública, ainda é muito restrita. Aos poucos, entretanto, a dimensão de política pública começa a agregar valor ao ensino e à pesquisa, clínica e epidemiológica no campo da saúde mental. (BRASIL, 2005)*

Convém registrar que a perspectiva do trabalho no campo da saúde mental requer o reconhecimento do território como espaço privilegiado na estratégia de

tratamento dos pacientes, para que assim seja possível o convívio com a família e com a comunidade, que são partes constituintes de sua história. Convém registrar que para isso é necessário que os mesmos tenham acesso a uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Esse processo de transição, de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitária, requer a realização de um conjunto de ações dos governos nos âmbitos federal, estadual e municipal e a presença dos movimentos sociais<sup>3</sup> e da sociedade civil para que esta rede possa ser devidamente estruturada e composta por serviços que possam responder pelo tratamento e atenção às pessoas que apresentam demandas na área da saúde mental<sup>4</sup>, aos familiares e à comunidade.

Considerando a realidade de São Paulo e tendo como referência a rede composta pelos serviços disponibilizados à população, é possível supor que os recursos parecem não se encontrar devidamente articulados e em algumas regiões até mesmo indisponíveis<sup>5</sup>. Diante de tal fato constata-se uma situação que pode estar contribuindo para fragilizar ainda mais as relações sociais e a própria saúde dos pacientes e seus familiares. Tal fato não significa o início de um discurso que pretende idealizar o modelo asilar, mas sim uma proposta de reflexão que pretende fomentar a discussão sobre o vácuo existente entre o discurso preconizado na Reforma Psiquiátrica e a realidade vivida por esses pacientes e familiares na rede substitutiva. Conforme preconiza o Ministério da Saúde:

*Como nas outras áreas, na área mental, a organização da rede deve ser diversificada, complexa, com abordagens diversas e na perspectiva da integração social do usuário. É uma rede em formação, ainda muito distante das necessidades da demanda, e que busca recuperar o tempo perdido pela saúde no enfrentamento da questão. (BRASIL, 2005, p. 43)*

Esse novo modelo que propõe superar a lógica do atendimento centrado nos hospitais psiquiátricos preconiza uma rede de serviços articulados em um sistema de referência e contrarreferência no qual as figuras de “destaque” são os CAPS –

---

<sup>3</sup> Para maiores informações ver Gohn (2009).

<sup>4</sup> Para efeitos desta pesquisa foram considerados – e contemplados na amostra – como demandantes e usuários dos serviços de atenção em saúde mental, tanto as pessoas que apresentam transtornos mentais quanto as que têm déficit cognitivo ou comprometimento da inteligência e, também, os usuários de álcool e de outras drogas.

<sup>5</sup> Sobre a distribuição dos Serviços na Cidade de São Paulo, ver anexo K ou Tabela 2.

Centro de Atenção Psicossocial –, que podemos definir como serviços ou espaços que tem por objetivo substituir os hospitais – antigos hospícios ou manicômios – sob o formato de cuidado com as questões psiquiátricas.

Dentro desses serviços existem unidades específicas, como no caso dos CAPS ad, que são responsáveis por oferecer atenção a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e de outras drogas e também devem trabalhar vinculados à perspectiva do território. Os CAPS Adulto são reconhecidos como serviços que tem por objetivo e diretriz de trabalho o cuidado com as pessoas que possuem algum transtorno mental, em especial os transtornos severos e persistentes.

O CAPS i é um serviço destinado ao atendimento de crianças e de adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente e o CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa – é um equipamento estratégico que visa à inclusão social das pessoas com transtornos mentais, sendo recomendados para os municípios com mais de 200.000 habitantes.

As Residências Terapêuticas são espaços coletivos direcionados para pacientes egressos de internações psiquiátricas e que, em virtude da longa permanência, perderam vínculos sociais e familiares e não têm para onde retornar após a alta. Nesses espaços devem conviver aqueles egressos considerados, após avaliação técnica, em condições para o convívio social e devem ser acompanhados pela equipe do CAPS de referência do local em que o equipamento está localizado.

Conforme informação disponível no site da Prefeitura Municipal de São Paulo, os serviços específicos para atenção aos casos de saúde mental estão distribuídos conforme Tabela 1 apresentada na sequência.

**Tabela 1**  
 Rede de Serviços de atenção em saúde mental - Cidade de São Paulo

Tipo de serviço	Quantidade
AE SM <sup>6</sup>	2
CAPS ad	25
CAPS Adulto	29
CAPS Infantil/Adolescente <sup>7</sup>	23
CECCO	21
Residências Terapêuticas	24
SAID <sup>8</sup>	1

Fonte: site Prefeitura Municipal de São Paulo ref. Jul/12

Diante da magnitude da cidade de São Paulo que possui, segundo CENSO IBGE 2010, uma população de aproximadamente 11.253.503 habitantes, identifica-se que esta rede básica – haja vista que outros serviços precisam estar associados à mesma – parece apresentar-se muito aquém do que seria necessário para o atendimento dos pacientes:

*Aproximadamente 3% da população necessitam cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses, graves, transtornos de humor grave, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação). A magnitude do problema (no Brasil, cerca de 5 milhões de pessoas) exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva. Cerca de 10 a 12% da população sofrem transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem. (BRASIL, 2005, p. 44)*

Faz-se necessário considerar também que o tratamento da pessoa requer como condição para a sua efetividade uma distribuição adequada dos serviços nos territórios onde essa população reside, o que não é identificável na cidade de São Paulo, uma vez que existem regiões da cidade que possuem todos os serviços preconizados para o atendimento e a convivência comunitária e, em outras áreas, os serviços são inexistentes ou inversamente proporcionais à população daqueles territórios<sup>9</sup>, conforme pode ser comprovado na Tabela 2 (página. 24).

<sup>6</sup> Ambulatório de Especialidades de Saúde Mental.

<sup>7</sup> Referência de atendimento Infantil e Adolescente.

<sup>8</sup> Serviço de Atenção Integral aos Dependentes - Destinado para o tratamento de dependentes químicos. Funciona em regime de internação de curta permanência, atende adolescentes e adultos de ambos os sexos. O único serviço existente na cidade foi inaugurado em agosto/10.

<sup>9</sup> Segundo o Boletim CEInfo Informativo Censo Demográfico 2010 nº 02 de Julho 2012 a população está assim distribuída no território das Coordenadorias: Sudeste - 2.649.670 (23%); Sul - 2.553.804 (23%); Leste - 2.380.783 (21%); Norte - 2.214.654 (20%) e Centro-Oeste com 1.454.592 (13%).

Face à situação descrita, se estabeleceu como objetivo geral da pesquisa: Identificar as limitações e possibilidades da política pública de saúde Mental, na região Sudeste da cidade de São Paulo, tendo em vista os princípios e diretrizes nacionais para a área, sob os parâmetros da reforma psiquiátrica a partir da análise da rede de atenção psicossocial.

Assim, perguntamos: “Qual a configuração da rede territorializada de serviços de atenção psicossocial?”.

Em consonância com o questionamento central da pesquisa foi formulada a hipótese, com base na observação informal de alguns dos serviços, de que a rede serviços de atenção psicossocial encontra-se desarticulada.

Sob essa perspectiva, os objetivos específicos foram:

- ✓ Identificar e caracterizar a rede de serviços de atenção psicossocial;
- ✓ Avaliar a configuração e o funcionamento dos serviços sob a perspectiva do desenho organizacional e territorializado em rede;
- ✓ Identificar os impactos da oferta ou da carência de serviços na vida da população demandante ou usuária.

Cabe registrar que a pretensão com esta pesquisa, para além de discutir as questões acima, foi também contribuir para que, a partir do conhecimento construído, seja possível qualificar a atenção disponível à população.

Do ponto de vista metodológico foi realizado um levantamento bibliográfico e documental que permitiu a construção do referencial histórico, teórico-conceitual e legal-normativo da área em estudo. Foram levantados outros dados sobre o tema da saúde mental nos documentos oficiais dos órgãos de alguma maneira vinculados à questão, cabendo destaque à OMS – Organização Mundial da Saúde, OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde e a própria Prefeitura Municipal de São Paulo, responsável pela implementação da Política de Saúde na cidade, em conjunto com a União e com o Estado.

O acesso ao banco de dados e aos documentos institucionais permitiu a caracterização geral da “malha de serviços” e permitiu identificar como estes serviços estão disponíveis à população, assim como a forma pela qual estão distribuídos no território, conforme a tabela apresentada na sequência.

**Tabela 2\***  
 Rede de Serviços de atenção em saúde mental –  
 Coordenadorias Regionais de Saúde

CRS	Supervisão Técnica de Saúde	AESM	CAPS Ad	CAPS Adulto	CAPS Inf/Adol	CECCO	RT	SAID
<b>Centro-Oeste</b>	Butantã	-	-	1	-	1	2	-
	Lapa/Pinheiro	-	2	3	1	1	3	0
	Sé	1	2	-	1	-	-	-
	<b>Total Região</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<b>Leste</b>	Cidade Tiradentes	-	-	1	-	-	-	-
	Ermelino Matarazzo/São Miguel	-	2	2	1	1	1	-
	Guaianases	-	1	1	1	-	-	-
	Itaim Paulista	-	1	1	-	2	1	-
	Itaquera	-	1	1	2	1	1	-
	São Mateus	-	1	1	1	-	-	-
	<b>Total Região</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Norte</b>	Casa Verde/Cachoeirinha	-	1	1	1	-	-	-
	Freguesia/Brasilândia	-	1	1	1	1	1	-
	Pirituba/Perus	1	1	2	1	2	2	-
	Santana/Tucuruvi/Jaçanã/Tremembé	-	1	2	1	1	2	-
	Vila Maria/Vila Guilherme	-	-	-	1	1	-	-
	<b>Total Região</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<b>Sudeste</b>	Ipiranga	-	2	1	1	-	1	1
	Mooça/Aricanduva/Formosa/Carrão	-	1	1	1	1	4	-
	Penha	-	1	1	1	1	-	-
	Vila Mariana/Jabaquara	-	3	1	1	2	1	-
	Vila Prudente/Sapopemba	-	1	2	2	1	-	-
	<b>Total Região</b>	<b>-</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
<b>Sul</b>	Campo Limpo	-	-	2	-	2	2	-
	Capela de Socorro	-	1	-	1	1	-	-
	M'Boi Mirim	-	1	1	1	1	1	-
	Parelheiros	-	-	1	1	-	1	-
	Santo Amaro/Cidade Ademar	-	1	2	2	1	1	-
	<b>Total Região</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<b>Total de Estabelecimentos na Cidade</b>		<b>2</b>	<b>25</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>1</b>

Fonte: site Prefeitura Municipal de São Paulo ref. Jul/12 (representa informação parcial da tabela original)

\*Adaptada para os fins desta pesquisa

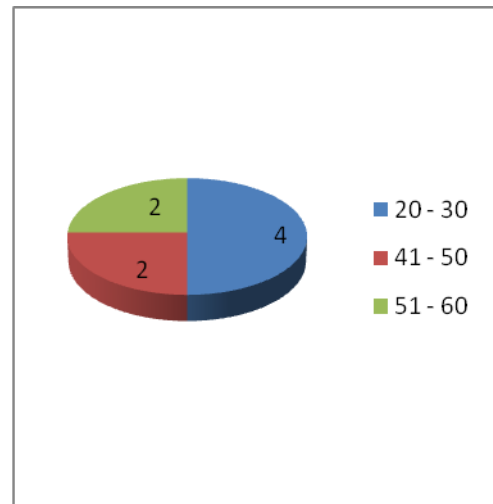
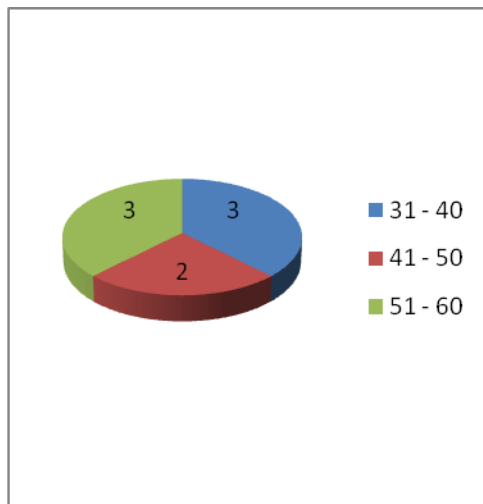
No próximo passo, buscou-se entender o contexto e identificar os impactos dessa configuração no cuidado com os pacientes e com os profissionais presentes nos serviços e, para tanto, foi realizada a coleta de dados a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada (Anexo A) que possibilitou uma aproximação com os participantes desta pesquisa e com as informações necessárias para que o objetivo do estudo fosse atingido. Com este instrumento pretendeu-se dar voz tanto para aqueles que utilizam os serviços quanto para aqueles que operacionalizam a política de saúde. Para tanto optamos pela pesquisa qualitativa, por entendermos que esta “responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de qualidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 1993, p. 21)”.

Dentro do universo de serviços de atenção psicossocial existentes na cidade de São Paulo optou-se por realizar a aplicação da pesquisa na área de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste<sup>10</sup>.

Considerando que “não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm, em função do que estamos buscando com a pesquisa (MARTINELLI, 1999, p. 23)”, a amostra foi composta por dezesseis sujeitos, sendo oito usuários e o oito profissionais, entre os quais oito são homens e oito são mulheres. No que diz respeito à faixa etária dos entrevistados, quatro estão entre 20 e 30 anos, três entre 31 e 40 anos, quatro entre 41 e 50 anos e cinco entre 51 e 60 anos, havendo uma distinção entre profissionais e usuários, conforme gráficos que seguem:

**Gráfico 1: Faixa Etária dos Profissionais**

**Gráfico 2: Faixa Etária dos Usuários**



Quanto ao uso dos serviços foi identificado que a maioria (63%) utiliza-se desses há mais de um ano. Esse mesmo percentual representa o número de profissionais que trabalham há mais de dois anos na instituição em que estão contratados e que participaram da pesquisa. Destes, 38% trabalham há mais de 10 anos na área da saúde mental, revelando experiência e maturidade quanto à percepção do espaço de cuidado o que convalida as informações obtidas nos depoimentos.

<sup>10</sup> Conforme informação constante na tabela 2 (pag. 24), existem cinco Coordenadorias de Saúde na cidade de São Paulo, sendo que a Sudeste possui um total de 31 estabelecimentos de atenção em saúde mental, sendo a Coordenadoria que mais possui esse tipo de serviço na Cidade.

Quatro categorias de profissionais participaram da pesquisa, sendo os enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos e fonoaudiólogos. Quanto a esta situação, cabe um esclarecimento sobre o fato de não constar a categoria dos assistentes sociais nesta amostra e, para tanto, deve-se considerar que a pesquisa pretendeu estudar o universo do cuidado na rede de atenção psicossocial, não importando a percepção de uma categoria em específico, o que não significa dizer que não se reconhece a importância dessa categoria no cuidado e na atenção com aos usuários.

Na Tabela 3 consta a localização dos serviços selecionados de forma aleatória, ao mesmo tempo em que se procurou contemplar todas as Supervisões Técnicas de Saúde na amostra. Para os fins desta pesquisa, buscou-se contemplar além dos serviços “específicos” previstos na Portaria Ministerial nº 336 de 19/2/2002, outros que, presentes no mesmo território, fazem parte dos recursos disponíveis para o cuidado com os pacientes que dependem desse tipo de atenção. Sendo assim, a escolha pela inclusão da Residência Terapêutica, do CECCO, do CAISM – Centro de Atendimento Integrado em Saúde Mental Dr. David Capistrano da Costa Filho, do Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya e do SAID – Serviço de Atenção Integral aos Dependentes, representa o reconhecimento desses outros recursos como fundamentais na rede de atendimento<sup>11</sup>.

**Tabela 3\***  
Localização territorial dos serviços pesquisados<sup>12</sup>

CRS	Supervisão Técnica de Saúde	CAISM	CAPS ad	CAPS Adulto	CAPS Inf/Adol	CECCO	RT	Hospital	SAID
Sudeste	Ipiranga	1	1	-	-	-	-	-	1
	Mooca/Aricanduva/Formosa/Carrão	-	-	1	-	-	-	-	-
	Penha	-	-	-	1	-	-	-	-
	Vila Mariana/Jabaquara	-	-	-	-	1	-	1	-
	Vila Prudente/Sapopemba	-	-	-	-	-	1	-	-
	Total Região	2	8	6	6	5	6	2	1
	Percentual da amostra sobre a região	50%	13%	17%	17%	20%	17%	50%	100%

Fonte: site Prefeitura Municipal de São Paulo ref. Jul/12 (representa informação parcial da tabela original)  
\*Adaptada para os fins desta pesquisa com inclusão dos demais serviços participantes da pesquisa.

<sup>11</sup> No decorrer da pesquisa, após a delimitação da amostra e já tendo sido realizadas as entrevistas, tomamos conhecimento da Portaria Ministerial 121 de 24/01/2012 que Instituiu a **Unidade de Acolhimento** para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, na modalidade de atenção residencial de caráter transitório. Tal situação justifica a não inclusão desse serviço na amostra, apesar de existirem 10 unidades em toda a cidade de São Paulo.

<sup>12</sup> A lista com os serviços participantes da pesquisa consta no Anexo B.

Esta opção permitiu a construção de uma amostra de 22% dos serviços disponíveis na área territorial escolhida como campo de pesquisa.

Quanto à escolha de quais seriam os sujeitos participantes, dentre as possibilidades existentes, optou-se para que a indicação fosse feita pelos gestores dos serviços, por entendermos que desta forma a interferência na dinâmica dos serviços seria menor, e que assim, a indicação iria contemplar aqueles com maior possibilidade de entendimento do objetivo do trabalho, uma vez que tal questão somente poderia ser validada por aqueles que têm o convívio com os usuários e os profissionais.

Para os fins desta pesquisa elegeu-se como referência a definição de Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Mendes (2011):

*Como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.(MENDES, 2011, p 82.)*

Com respeito às dificuldades para a realização da pesquisa é importante registrar que a alteração no procedimento para análise do projeto pelo CEP/SMS ocasionou uma demora na aprovação, e por consequência, um atraso na execução do cronograma que havia sido estabelecido. Parte deste atraso tem origem na migração do cadastro de todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos para a Plataforma Brasil, tendo em vista a complexidade de se estabelecer nacionalmente um sistema com interface com todos os CEP. Essa situação foi superada a partir do momento em que foram feitos os primeiros contatos com os Interlocutores de Saúde Mental da região e com os gestores dos serviços que prontamente se colocaram à disposição para que fossem realizadas as entrevistas.

## CAPÍTULO I – RETROSPECTIVA HISTÓRICA

### 1. BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA LUTA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS

O presente capítulo tem como finalidade discutir a questão da saúde mental a partir do processo de superação de um modelo que funcionava em desalinhamento com a perspectiva de assistência em saúde mental, recuperar como, historicamente, a saúde mental foi tratada e apresentar o resultado desse processo de construção de um modelo que deve ser operado na perspectiva do cuidado a partir do território. Também será apresentada uma visão de como esta situação foi se constituindo na cidade de São Paulo, lócus de realização desta pesquisa.

Este resgate do Movimento de Reforma Psiquiátrica tem como referência a discussão dos autores Birman & Costa (1994)<sup>13</sup>, com aporte na retomada histórica do cuidado com os pacientes de saúde mental feito por Amarante (2009). Birman & Costa partem do entendimento de que a psiquiatria clássica se fez historicamente a partir da “crise tanto teórica quanto prática” e elegem como maior radicalidade a mudança no que se refere “à perspectiva do tratamento da doença mental para a promoção da saúde mental”. Segundo estes autores, existem dois períodos distintos nos quais é possível identificar a existência de diferentes campos teórico-assistenciais responsáveis pelo redirecionamento da psiquiatria. Apesar de singulares, conforme os mesmos autores, “esta periodização apresenta-se como estratégias diversas para atingir o mesmo fim”.

*A mesma estrutura que efetiva uma Psiquiatria Institucional é a que torna possível também uma Psiquiatria Comunitária. O que tanto uma quanto a outra visam é o mesmo: a promoção da Saúde Mental, sendo esta inferida como um processo de adaptação social. (BIRMAN & COSTA, 1994, p. 44 apud AMARANTE, 2009, p. 22)*

---

<sup>13</sup> Segundo Amarante (2009, p. 21) esta discussão encontra-se no artigo “Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária”, publicado originalmente em 1976, no *Relatório de Resumos do 2º Congresso Brasileiro de Psicopatologia Infanto-Juvenil*, promovido pela APPIA.

## Quadro 1 Reforma Psiquiátrica – Tendências

	Perspectiva/Característica	Modelos	Países
<b>Primeiro Período</b>	Crítica à estrutura asilar. Sendo os manicômios considerados espaços de cura, se faz necessário resgatar este caráter positivo da instituição pelo movimento de reforma interna.	Movimento das Comunidades Terapêuticas (1946)	Inglaterra e EUA
		Psicoterapia Institucional (1952)	França
<b>Segundo Período</b>	Extensão da psiquiatria ao espaço público. O objetivo passa a ser a prevenção e promoção da saúde mental.	Psiquiatria de Setor (1950)	França
		Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (1950)	EUA

Elaboração do autor, com base em Birman & Costa (1994)

Ainda para Birman & Costa [op.cit] em ambos os períodos, tanto em uma estrutura como nas demais, “a importância dada pela psiquiatria tradicional à terapêutica das enfermidades dá lugar a um projeto muito mais amplo e ambicioso, que é o de promover a saúde mental, não apenas em um ou outro indivíduo, mas na comunidade em geral”. Pelo fato de ambos os modelos acreditarem na “instituição psiquiátrica como locus de tratamento” e na psiquiatria enquanto saber competente, os mesmos são considerados como meros reformadores do modelo psiquiátrico, diferente da proposta de Basaglia que, ao atualizar “com suas experiências um nível teórico-prático fundante de um novo momento, de um movimento inicialmente político”, passa a ser referência para uma antipsiquiatria, pois opera na perspectiva da ruptura com o modelo tradicional.

Antes de continuarmos analisando o modelo psiquiátrico propriamente dito, se faz necessário entender o contexto físico em que o pretense cuidado é operacionalizado. Neste sentido, é incontestável a importância da obra *Manicômios, Prisões e Conventos*, de Goffmann (2008), que trata de entender a estrutura e a natureza das instituições psiquiátricas, definidas no bojo do que o autor denomina de “instituições totais”.

Os Hospitais Gerais e as Santas Casas representavam o espaço de recolhimento de todos aqueles que por algum motivo deveriam ser segregados, apartados da sociedade, ou seja, aqueles considerados como “marginais”, e entres estes podemos citar: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos e todos aqueles que por um motivo ou por outro representavam de alguma maneira uma ameaça “à lei e à ordem social”. Segundo Amarante (2009, p. 24) “o olhar sobre a

loucura não é, portanto, diferenciador, das outras categorias marginais, mas o critério que marca a exclusão destas está referido à figura da desrazão”. Castel (1978), ao analisar a prática social do internamento, reconhece o Hospital Geral como uma instituição médica que objetiva se ocupar de uma “ordem social de exclusão/assistência/filantropia para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material”.

Para Amarante (2009, p. 24), é na segunda metade do Século XVIII que esta desrazão deixa de ser o objeto fundante do saber e da prática psiquiátrica, pois, gradativamente, a alienação passa a ocupar esse espaço que é de identificação de distinção do louco ante a ordem social. Mesmo na perspectiva de Pinel que “liberta os loucos das correntes”, não ocorre um rompimento com a relação de institucionalização da doença mental, pois agora, os loucos passam a ser acorrentados como objetos de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental.

Em contrapartida ao modelo pineliano, surgem as colônias de alienados que objetivam reformular o caráter fechado do asilo, pois propõem um trabalho em regime de portas abertas, de não restrição ou de maior liberdade, mas que, na verdade, segundo Amarante (2009, p. 27), propiciam uma ampliação social e política da psiquiatria, assim como neutralizam parte das críticas existentes ao hospício em seu formato tradicional. Com o passar dos anos, é possível notar que as colônias, apesar de seus princípios de liberdade e de reforma institucional, não se afastam ou se diferenciam dos asilos pinelianos.

O processo de Reforma Psiquiátrica ganha maior envergadura com os acontecimentos que se sucederam a partir do final da primeira metade do século XX. A partir daqui, retomaremos a discussão dos preceitos presentes nos períodos – primeiro e segundo – apresentados anteriormente.

Como já informado, a Comunidade Terapêutica é fruto de experiências originariamente da Inglaterra e se caracteriza como “um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico”. O objetivo é a transformação da dinâmica asilar e, para isso, são adotadas algumas medidas administrativas na perspectiva da democracia, da participação e das coletividades. Esta proposta serviu como alerta para a precária condição em que viviam as

peças nas instituições da época; tal circunstância é uma microrrepresentação da sociedade no período pós-guerra. Segundo Amarante (2009, p. 28), esta proposta de reforma asilar estava sendo tratada como algo essencial para a reparação dos enormes danos causados pela guerra, ao mesmo tempo em que representava um “imperativo social e econômico, perante o enorme desperdício de força de trabalho”. Mediante tal situação, era imprescindível “a recuperação da mão-de-obra invalidada pela guerra”.

É neste cenário que surgem algumas propostas inovadoras de reformulação do espaço asilar, desconhecidas e ao mesmo tempo com pouca credibilidade. A primeira reconhecida como “Terapêutica ativa ou Terapia Ocupacional” tem origem na década de 20 do século XX e foi estabelecida por Herman Simon. Birman, ao analisar esta proposta terapêutica, sinaliza para o fato de que esta seria uma retomada “ao mito de que o trabalho seria a forma básica para a transformação dos doentes mentais, pois mediante o trabalho se estabeleceria um sujeito marcado pela ‘sociabilidade da produção’”. Essa crítica deve-se ao fato de que alguns pacientes de Simon, considerados crônicos, foram utilizados como mão-de-obra para a construção de um hospital e que “efeitos benéficos” teriam sido observados, assim como o ambiente teria sido transformado, possibilitando “respirar uma atmosfera de ordem e tranquilidade”.

No ano de 1929, surge outra proposta com base na experiência de Sullivan que também pretende introduzir uma série de benfeitorias nos espaços da instituição asilar. Sullivan “transforma o seu enfoque terapêutico” quando abandona o tratamento individual e redireciona o serviço para a perspectiva da integração dos pacientes em sistemas grupais. Já no ano de 1940, Menninger apresenta grande contribuição no tratamento de pacientes mentais em pequenos grupos, nos quais os problemas e soluções eram compartilhados e debatidos com o intuito de facilitar a sua ressocialização.

Ainda sob o aspecto da Comunidade Terapêutica, Maxwell Jones procura o envolvimento dos sujeitos com sua própria terapia e com a dos demais, ao organizar os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades. Para ele, a ideia de comunidade terapêutica pauta-se na tentativa de “tratar grupos

de pacientes como se fosse um único organismo psicológico”. Uma proposta terapêutica que contemplava:

*A realização de reuniões diárias e assembléias gerais, por exemplo, tem por intuito dar conta de atividades, participar da administração do hospital, gerir a terapêutica, dinamizar a instituição e a vida das pessoas. (AMARANTE, 2009, p. 29)*

Para Jones (apud AMARANTE, 2009, p. 29), a comunidade terapêutica tem na possibilidade de analisar o comportamento em situações do cotidiano dos hospitais sua maior vantagem. Esse autor acreditava que com isso, o paciente pudesse “com auxílio dos outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com pessoas que o podem auxiliar” em um trabalho sendo realizado no momento em que o conflito emerge. O trabalho de Jones, responsável por inaugurar uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, é reconhecido como sendo a marca da Reforma Sanitária Inglesa.

Franco Rotelli reconhece as modificações que ocorreram dentro dos hospitais, a partir da experiência inglesa da comunidade terapêutica, e alerta para o fato de que esta não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, a base que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico, o que segundo Amarante alerta para o fato de que a reforma proposta para a comunidade terapêutica praticamente reduz-se ao espaço asilar.

Basaglia amplia a discussão sobre a comunidade terapêutica ao sinalizar que esta “opõe-se à realidade em que vivemos”. Essa crítica é feita sendo o mesmo um administrador de uma comunidade terapêutica no Hospital de Gorizia. O entendimento para Basaglia era que as premissas do modelo se afastavam pouco a pouco do plano de realidade na qual vivia a sociedade, uma vez que esta é formada por princípios de autoridade os quais estão sendo desconstruídos na perspectiva da Comunidade Terapêutica.

Segundo Amarante (2009, p. 32), psicoterapia institucional é a denominação dada por Daumezon e Koechlin ao trabalho desenvolvido por François Tosqueles no Hospital Saint-Alba na França. Esse hospital, durante o crítico período da Segunda Guerra Mundial, serviu como ponto de referência e de resistência. O trabalho realizado no hospital buscava enfrentar a situação precária dos internos que

estavam afastados do processo de cura e representou um “palco privilegiado” de denúncia e de luta contra o caráter segregador e totalizador da psiquiatria, assim como ficou marcado como um espaço de resistência ao nazismo.

*De acordo com Fleming, Saint Alba transforma-se, rapidamente, num local de encontro de ativistas de resistência, marxistas, surrealistas, freudianos que, assim, forjam “aquilo que mais tarde viria ser um grande movimento de transformação da prática psiquiátrica na França”. (FLEMING, 1976, p.43 apud AMARANTE, 2009, p.32)*

Segundo o próprio Tosquelles, o objetivo principal era o resgate terapêutico do hospital psiquiátrico, tal como era a pretensão de Pinel e Esquirol, pois, segundo estes, o hospital psiquiátrico havia sido criado para a cura e para o tratamento das doenças mentais, portanto, não deveria ser destinado à outra função que não esta. O objetivo está focado no coletivo dos pacientes e dos técnicos, fazendo assim oposição ao modelo tradicional de hierarquia e verticalização. A psicoterapia institucional questionava a instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, criticando o poder médico e “a verticalidade das relações intrainstitucionais”. Para Tosquelles, a cura da doença mental era possível, assim como a reinserção do paciente na sociedade e, para isso, era necessário que o hospital fosse “reformado, eficiente e dedicado à terapêutica”. De certa maneira esta forma de pensar o espaço de cuidado demonstrava que as próprias instituições possuíam características doentes e, sendo assim, precisavam ser tratadas.

A crítica a este modelo se dá pelo entendimento de que as bases estão excessivamente centradas no espaço institucional asilar, ficando desta forma restrita à “reforma asilar”, não questionando a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos.

Para Amarante (2009, p. 34), a psiquiatria de setor apresenta-se como um movimento de contestação da perspectiva da psiquiatria asilar, que é anterior às experiências de psicoterapia institucional. Tem como horizonte a ideia de “levar a psiquiatria à população” como forma de evitar tanto a segregação quanto o isolamento do doente. A referência deste movimento é Bonnafé e um grupo de psiquiatras considerados progressistas que contestam o trabalho dos manicômios franceses no pós-guerra.

A proposta dessa perspectiva era a consonância de uma divisão hospitalar alinhada com uma delimitação da área geográfica social. Buscava uma relação de proximidade entre o espaço de tratamento e a “origem geográfica e cultural do paciente”, pois assim seria possível a continuidade do tratamento na comunidade em que estava inserido este serviço. Para Castel (apud AMARANTE, 2009, p.35) “o setor é a matriz da política psiquiátrica francesa desde aos anos 60, e isto consiste em transferir para a comunidade o dispositivo de atendimento dos doentes mentais, antigamente exclusivamente do hospital psiquiátrico”.

Esse modelo tem como pressuposto que ao hospital psiquiátrico compete o “auxílio ao tratamento”, sendo a internação apenas uma etapa, pois essa passa a ser um “fator terapêutico”, e o tratamento na comunidade o principal momento. Em 1960, esta diretriz passa a ser a política oficial:

*Com a oficialização desta política, os territórios passam a ser divididos em setores geográficos, contendo uma parcela da população não superior a setenta mil habitantes, contando, cada um deles, com uma equipe constituída por psiquiátricas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que tem a função de assegurar o tratamento, a prevenção e a “pós-cura” das doenças mentais. (AMARANTE, 2009, p. 35)*

Atualmente, no Brasil, a rede de atenção psicossocial deve estar organizada de acordo com o porte dos municípios. Neste sentido, os CAPS podem ser classificados conforme a sua especificidade, tendo a questão populacional como referência para a implantação dos serviços. Estes tipos e especificidades são definidos, conforme abaixo, tendo como referência a Portaria n.º 336/GM – Gabinete do Ministério de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde <sup>14</sup>.

- ✓ CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes;
- ✓ CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes;

---

<sup>14</sup> Nesta portaria também são definidos outros quesitos referentes ao atendimento prestado, o horário de atendimento e o quadro de recursos humanos, entre outros.

- ✓ CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes;
- ✓ CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local;
- ✓ CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000.

**Quadro 2**  
CAPS – Centro de apoio Psicossocial -  
modalidades conforme o porte dos municípios

<b>População Município</b>	<b>Serviços</b>
Até 20.000 habitantes	Rede básica com ações de saúde mental
Entre 20.000 a 70.000 habitantes	CAPS I e rede básica com ações de saúde mental
Mais de 70.000 a 200.000 habitantes	CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental
Mais de 200.000 habitantes	CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU

Elaboração do autor. Fonte Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002

Na França o modelo de psiquiatria de setor foi visto pelo Estado como uma forma de diminuir os custos com a manutenção dos hospitais psiquiátricos e também como possibilidade de controle e de normalização de uma população que no pós-guerra se encontra convivendo com vários problemas mentais. Ocorreu uma crítica de parte dos intelectuais, que entendiam esta perspectiva como “extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria” e de parte da população que se sentia ameaçada com a presença dos loucos nas ruas, tais situações contribuíram para que essa experiência não alcançasse os resultados esperados. Segundo Amarante (2009, p.36) “a psiquiatria preventiva ou comunitária surge no contexto da crise do organicismo mecanicista e situa-se no cruzamento da psiquiatria de setor e da socioterapia inglesa”.

O grande diferencial da estratégia de intervenção que nasce nos Estados Unidos é o fato de que esta almejava uma atuação para além da prevenção – propunha intervir nas causas e no surgimento das doenças mentais – também,

fundamentalmente, a promoção da saúde mental. As péssimas condições da assistência psiquiátrica, os problemas gerados pela Guerra do Vietnã (1959-1975), o rápido aumento dos jovens envolvidos com drogas e o aparecimento de gangues são alguns dos motivos que contribuem para o redirecionamento da política para este setor, tendo seu ápice na assinatura do decreto pelo então presidente Kennedy, no qual a redução da doença mental nas comunidades passa a ser um objetivo da psiquiatria. Essa metodologia, ou filosofia de trabalho, passa a incorporar o discurso das Organizações Sanitárias Internacionais (OMS/OPAS) e, como não poderia deixar de ser, também o dos países de outros continentes, principalmente aqueles entendidos como do “Terceiro Mundo”.

A crítica a esse pensamento se dá pelo fato de que “instaura a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas quando são detectadas precocemente”, entendendo assim que, se a doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, é possível prevenir e erradicar os males da sociedade. Isso faz com que esse pensamento simplista desencadeie a ideia de que “pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade” e para isso é necessário identificar as pessoas potencialmente doentes, aqueles que viriam a ser os candidatos à enfermidade, os suscetíveis ao mal. Tal fato faz com que ocorra uma busca por candidatos, uma vez que as pessoas de fato somente procuravam os serviços ou o médico quando já estavam doentes. Assim:

*A busca de suspeitos de doença mental ou de distúrbios emocionais é feita prioritariamente através de questionários distribuídos à população (screening<sup>15</sup>), e seu resultado indica possíveis candidatos ao tratamento psiquiátrico. (AMARANTE, 2009, p. 37)*

Consideradas as particularidades de cada processo de construção dos modelos assistenciais, é possível afirmar que, tanto a instauração de outros modelos de atenção à saúde mental quanto a própria proposta de desinstitucionalização<sup>16</sup>,

<sup>15</sup> Lancetti, (1989 apud AMARANTE, 2009, p. 40) alerta para o fato de que o termo screening possui dois diferentes significados: um é o de “seleção” e o outro é de “proteção contra” e que a tradução brasileira de Caplan optou pela expressão “programa de triagem”, enquanto a espanhola preferiu “programa de procura de suspeitos”.

<sup>16</sup> Segundo o movimento que questionou as bases do saber psiquiátrico e a função social e política dos manicômios, conhecido como PDI – Psiquiatria Democrática Italiana, desinstitucionalizar significa entender a instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos. Trata-se de um processo crítico-prático para a reorientação de todos

são frutos da perspectiva preventista americana, tanto é que a expressão que funda a perspectiva contemporânea da maioria dos países no que se refere à política de saúde mental – a desinstitucionalização – surge nos Estados Unidos no contexto do projeto preventista. Uma vez que se entendia que:

*[...] a institucionalização/hospitalização ganha matizes de um projeto de enfrentamento, na medida em que possibilita a produção de um processo de “dependência” do paciente à instituição, acelerando a perda dos elos comunitários, familiares, sociais e culturais e conduzindo à cronificação e ao “hospitalismo”. (AMARANTE, 2009, p. 41)*

Como reflexo do modelo preventista são implementados diversos serviços alternativos à hospitalização, com características que visam à redução do tempo médio de permanência no hospital. Surge uma proposta de “despsiquiatrização” que nada mais é que a discussão sobre a exclusividade do trabalho médico nas decisões e nas atitudes terapêuticas, dando a outros profissionais, e até mesmo ao atendimento por equipes multidisciplinares<sup>17</sup>, relevância nesta temática. Independentemente destas questões, o que ocorre é uma ausência de resposta terapêutica adequada, pois tanto os serviços considerados preventivos quanto a aplicação do *screening* contribuem para o aumento de contingente de pacientes para os tratamentos mentais, somando-se aqueles que se encontravam internados.

*Ocorre uma psiquiatrização da vida social e do desenvolvimento de práticas de ajustamento social encobertas pelas boas intenções da promoção da saúde mental. Desta forma, todos os espaços sociais e culturais da comunidade podem ser passíveis de adoecimento e consequentemente ser objeto de intervenções psiquiátricas. (KODA, 2002, p. 27)*

Neste resgate da linha do tempo do percurso do Movimento de Reforma Psiquiátrica, Amarante dispensa à tradição Basagliana um espaço de destaque, pois Franco Basaglia representa um dos mentores do modelo antipsiquiatria que procurou romper no âmbito teórico com o modelo existente, tendo como ponto de partida a desconstrução do saber médico como locus privilegiado “de

---

os elementos constitutivos da instituição para outro objeto bastante diferente do anterior. (Rotelli, 2001). Para maiores informações ver Amarante (2008) e Nicácio (2003).

<sup>17</sup> No entanto, segundo Vasconcelos (2008) “a multidisciplinaridade (ou multiprofissionalidade) pode ser visualizada nas práticas ambulatoriais convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, geralmente sem cooperação e troca de informações entre si, a não ser por meio de um sistema de referência e contrarreferência dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa”.

explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais”, dando lugar a um novo projeto de comunidade terapêutica e de questionamento ao saber psiquiátrico.

A antipsiquiatria surge na década de 60, na Inglaterra, a partir de um consenso de psiquiatras<sup>18</sup> que consideram como inaptas a relação do saber e das práticas psiquiátricas no trato com a loucura, especificamente com a questão da esquizofrenia, isso por que é no tratamento desta patologia que o fracasso é maior, ao mesmo passo que “é com a esquizofrenia que é mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiátrica”. Segundo Birmann (apud AMARANTE, 2009, p. 42) “o que era óbvio passou a ser objeto de dúvidas e inquietações”, fazendo com que ocorresse um deslocamento da interpretação deste fenômeno para “o pólo de uma produção social e institucional da loucura como enfermidade mental”.

Ocorre uma significativa mudança no conceito de loucura, vista não mais como doença mental, mas como uma “incorporação das críticas oriundas das ciências sociais a respeito das normas sociais”. Isso significa dizer que a antipsiquiatria “busca um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles”. O método utilizado por esta corrente não preconiza o tratamento químico ou físico, pois aposta na “análise do ‘discurso’, através da ‘metanóia’ da viagem e do delírio do louco, que não deve ser podada”. Dito de outra forma inicia-se um processo de ruptura radical com o saber psiquiátrico moderno. A antipsiquiatria, ao elaborar uma referência teórica para a esquizofrenia, inspira-se na “teoria da lógica das comunicações” da Escola de Palo Alto, deslizando para o que é considerada por Fleming (apud, AMARANTE, 2009, p. 44) “uma gênese comunicativa”, ou seja, “uma explicação causal da esquizofrenia calcada nos problemas de comunicação entre as pessoas.” Neste sentido, sua contribuição está muito mais voltada para as contribuições feitas para a transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização como desconstrução.

Um trabalho pautado na humanização do hospital foi desencadeado por Franco Basaglia no manicômio de Gorizia. Ao contrário do modelo clássico psiquiátrico, que entende a loucura como uma doença e assim justifica e produz um tratamento e assistência no modelo de distanciamento do louco do convívio social, a

---

<sup>18</sup> Neste sentido são referenciados: Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson.

tradição Basagliana “traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença.” Esse movimento considerado como político ilumina o território e as relações sociais e econômicas, ao dar a estes uma centralidade antes negada, ao mesmo tempo em que concede aos movimentos sociais um lugar nuclear para o confronto com os espaços institucionais.

É com essa experiência que se torna possível refletir sobre os riscos do modelo de comunidade terapêutica que perpetuava a relação médico/paciente e as relações pautadas na lógica saber/prática. Ao mesmo tempo em que reduzia a loucura a um mero objeto de intervenção, se humanizava o manicômio, mas não se colocava em relevo as relações de tutela e custódia. Segundo Barros (apud AMARANTE, 2009, p. 48) os três pilares de crítica da tradição Basagliana são: a relação de dependência entre psiquiatria e justiça, a origem das classes dos internos e a não-neutralidade da ciência. Amarante alerta para o fato de que as instituições psiquiátricas materializavam uma questão por ele considerada fundamental: “a impossibilidade, historicamente, construída, de trato com a diferença e os diferentes”.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil inicia-se a partir da década de 70 do século XX e tem como seu maior expoente o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, doravante mencionado como MTSM. Este movimento da sociedade congregava atores diversos: núcleos estaduais de saúde mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), as Comissões de Saúde Mental dos sindicatos dos médicos, o Movimento de Renovação Médica (REME), a Rede de Alternativas à Psiquiatria e outros atores considerados relevantes, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a indústria farmacêutica e as universidades, assim como o Estado, que se faz representar pelos órgãos do setor de saúde como o Ministério da Saúde e, na época, o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Segundo Amarante (2009, p. 51) o MTSM constituiu-se como um relevante ator e “sujeito político” na materialização do projeto de Reforma Psiquiátrica no Brasil, uma vez que é dele que derivam as propostas de revisão e

recontextualização do sistema assistencial no qual “se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico”.

É recorrente entre os pesquisadores sinalizar a crise da DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental<sup>19</sup> – como o “estopim” do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Tendo como pano de fundo uma precariedade no quadro de funcionários da DINSAM, uma vez que desde meados da década de 50 não era realizado concurso público para provimento do déficit, e sendo assim, os bolsistas<sup>20</sup> eram contratados para trabalhar como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, assumindo muitas vezes cargos de chefia e de direção. Se não bastasse tal situação na composição do quadro de funcionários, estes últimos trabalhavam em condições precárias e em clima de violência, tanto a eles quando aos próprios pacientes, dentro das próprias instituições criadas, a princípio, para a proteção e para o cuidado com esta população.

Três médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II são responsáveis por trazer a público as condições a que estavam sujeitos, e fizeram isso com o registro da situação no livro de ocorrência do plantão do pronto-socorro. Tal situação tomou uma proporção para além do espaço institucional, passou a contar com o apoio de profissionais de outras unidades e ganhou espaço do REME e do CEBES. O MTSM denuncia a situação em que estão convivendo os trabalhadores e pacientes e as consequências para a assistência dispensada a estes últimos.

*Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação na assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 2009, p. 52)*

Esse movimento tem como principais características:

*[...] a opção por uma não institucionalização, a fim de evitar os males colocados pela institucionalização, a perda da autonomia, a burocratização, o encastelamento das lideranças e a cooptação do movimento pelos poderes políticos. (KODA, 2002, p. 30)*

<sup>19</sup> Tratava-se do órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação de políticas de saúde do subsetor de saúde mental. Segundo Amarante, a DINSAM era composta por quatro unidades localizadas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho).

<sup>20</sup> Segundo Amarante, os bolsistas eram profissionais graduados ou estudantes universitários que trabalhavam como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, muitos destes exercendo cargos de chefia ou direção.

As reivindicações trazidas por esta organização misturam demandas de ordem profissional, mas não deixam de apresentar pilares de um projeto que propõe uma transformação do modelo de atenção psiquiátrica. Dentre essas reivindicações, Amarante destaca alguns aspectos relacionados com pendências salariais, que tanto estão relacionadas com questões voltadas para reivindicações de férias, 13º salário, adicional de insalubridade, entre outras questões, quanto para a regularização da situação dos bolsistas que têm sido utilizados pelo período de até 22 meses quando o prazo máximo era de seis.

Outro foco de reclamação dizia respeito às questões voltadas para a formação de recursos humanos, o que significa dizer que as solicitações estão direcionadas para questões como criação de centros de estudos, supervisão profissional para os bolsistas, supervisão diária nos setores, reuniões de serviços semanais e outras estratégias pensadas como forma de garantia tanto da assistência quanto na qualificação do trabalho que se espera prestar. Também são apontadas algumas questões quanto ao número insuficiente de profissionais, potencializando um padrão considerado como não adequado ao que preconiza a OMS.

No que se refere ao tema mais direcionado ao embate com o modelo vigente, cabe ressaltar os “apontamentos críticos sobre os limites das atividades terapêuticas biológicas, consideradas prioritárias pela DINSAM”, assim como a crítica ao totalitarismo das instituições, às ameaças de punições e demissões e à política de saúde imposta, questionamento da responsabilização indiscriminada atribuída ao médico e aos demais técnicos pelo mau atendimento dispensado à população.

A estratégia do MTSM para o não esvaziamento do movimento, que se vê inicialmente fortalecido pela greve dos médicos residentes e que vem posteriormente ganhar maior visibilidade do que o próprio MTSM – pelo número de profissionais envolvidos neste enfrentamento, é continuar atuando para evitar que o movimento caia no ostracismo.

Cabe registrar que do ponto de vista de visibilidade nacional<sup>21</sup>, foi no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocorrido em Camboriú/SC no período de 27 de outubro a 1º de novembro de 1978, em que pela primeira vez os movimentos em saúde mental participaram de um encontro dos setores considerados conservadores. Tal fato permitiu aglutinar em reuniões paralelas os movimentos em saúde mental progressistas de todo o Brasil.

*Previsto para ser um encontro científico de psiquiatria ligado aos setores conservadores das universidades, aos consultórios e hospitais privados, e uns poucos identificados com a linha entendida como progressistas, termina por ser 'tomado de assalto' pela militância dos movimentos e faz com que a entidade promotora, a ABP, tenha de servir de avalista para o projeto político do MTSM. (AMARANTE, 2009, p. 54)*

Na plenária de encerramento, é lido o memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia, onde é possível identificar um tom crítico que vai da denúncia da psiquiatrização à luta por melhores condições técnicas de trabalho. No documento também é possível reconhecer já uma crítica à política privatizante da saúde naquele momento.

Também no ano de 1978, porém no Rio de Janeiro, ocorre o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de grupos e Instituições. Esse evento acontece no período de 19 a 22 de outubro e possibilita a vinda ao Brasil daqueles que são considerados como os principais idealizadores de uma rede alternativa à psiquiatria, do Movimento Psiquiatria Democrática Italiana, dentre eles, Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffmann, entre outros. Basaglia denuncia o caráter elitista do evento e com o apoio do CEBES é presença marcante em conferências nas universidades, nas associações e nos sindicatos, passando a ser considerado como uma marcante influência no pensamento crítico do MTSM desde então e operando uma “ressignificação de suas estratégias e princípios” (KODA, 2002, p. 34).

Nos dias 20 e 21 de janeiro de 1979, em São Paulo, no Instituto Sedes Sapientiae ocorre o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental onde se conclui que “a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde” está relacionada com a luta de outros setores sociais e tem como objetivo a busca pela democracia plena e uma organização mais justa da sociedade. No documento final

---

<sup>21</sup> Já existia uma organização em alguns estados, porém era necessário articular nacionalmente os diversos agentes em torno dos objetivos do MTSM.

consta o registro da necessidade de incluir a participação de técnicos naquelas que seriam as diretrizes dos órgãos responsáveis por fomentar as políticas nacionais e regionais de saúde mental. Não menos importante, há uma crítica ao modelo vigente, representado pelos grandes hospitais psiquiátricos públicos, conduzindo a um redirecionamento do MTSM, uma vez que os aspectos relacionados ao modelo de atenção psiquiátrica passam a ser prioridade no discurso, em detrimento do que seriam os aspectos mais direcionados para as questões corporativas.

O III Congresso Mineiro de Psiquiatria, ocorrido na cidade de Belo Horizonte, em novembro de 1979, contou com a presença de Franco Basaglia, Robert Castel e Antonio Slavich. Neste evento, apesar de alguns debates estarem direcionados para “o levantamento da realidade assistencial e dos planos de reformulação propostos pelo governo e pelo INAMPS<sup>22</sup>”, permanecem sendo debatidos outros temas clássicos como a psicofarmacologia, a terapia da crise, a esquizofrenia e a identidade profissional.

No ano de 1980, o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental é realizado no Rio de Janeiro, de 23 a 25 de maio, onde são discutidos:

*[...] os problemas sociais relacionados à doença mental, à política nacional de saúde mental, às alternativas surgidas para os profissionais da área, suas condições de trabalho, à privatização da medicina, à realidade político-social da população brasileira e às denúncias de muitas 'barbaridades' ocorridas em instituições psiquiátricas. (AMARANTE, 2009, p. 56)*

Neste mesmo ano, em Salvador, realiza-se o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que ocorre paralelo ao VI Congresso Brasileiros de Psiquiatria, de 22 a 27 de agosto. Também é neste período que se inicia um distanciamento entre o MTSM e a ABP; tal fato decorre de uma postura considerada como “politizada, radical e crítica que o MTSM vem assumindo em sua trajetória”. A aproximação dessas duas entidades se deu por ocasião do “Congresso da Abertura”<sup>23</sup>. Este rompimento tem como desencadeante a discordância desses dois agentes no que se refere ao que foi considerado como “caráter não democrático” do processo de eleição da diretoria da ABP.

---

<sup>22</sup> O INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – foi extinto pela Lei 8.689 de 27 de julho de 1989.

<sup>23</sup> Referência ao V Congresso Brasileiro de Psiquiatria que já foi comentado anteriormente.

Em 1987, a partir da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorre um movimento de “reforma teórica e política” do MTSM, representada pela busca de uma organização mais independente, o que deriva em um distanciamento entre o movimento e o Estado, ao mesmo passo em que ocorre uma aproximação com as entidades formadas por usuários e familiares. Neste mesmo ano, ocorre na cidade de Bauru – SP, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, onde é forjado o lema *Por uma sociedade sem manicômio*, o qual norteará a conduta do MTSM. É neste momento que se constitui o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) e se institui o dia Nacional de Luta Antimanicomial como sendo o dia 18 de maio.

*O MLA, ao se constituir como um Movimento Social, não se filia a esta ou aquela corrente teórica, evitando assim concepções subjetivistas ou psicologizantes. Retoma-se a denúncia da psiquiatrização e institucionalização, e percebe-se as limitações colocadas por uma estratégia que se volte apenas à modernização da Psiquiatria e de suas instituições (Koda, 2002, p. 34)*

São três os eixos do Congresso de Bauru:

### **Quadro 3** Eixos de discussão do Congresso de Bauru

Eixo	Dimensão
<b>Por uma sociedade sem manicômio</b>	A proposta é discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura.
<b>Organização dos trabalhadores de Saúde Mental</b>	Diz respeito à relação com o Estado e com a condição de trabalhadores na rede pública. As questões do corporativismo e interdisciplinaridade, o contingente não universitário, as alianças, táticas e estratégias.
<b>Análise e reflexão sobre as práticas concretas</b>	Uma instância crítica de discussão e avaliação. A discussão gira em torno de duas dimensões: a quem servimos e de que maneira.

Elaboração do autor com base em Koda (2002:34)

*O hospital psiquiátrico é tomado como emblema de uma sociedade que exclui a diferença e que rejeita aqueles que não são “aceitáveis”. Há uma mudança radical ao se fazer prevalecer a noção de desinstitucionalização em um sentido mais propriamente antimanicomial. (KODA, 2002, p. 34)*

Esse breve levantamento do processo histórico e a sua contribuição para o redirecionamento da política pública de atenção no campo da saúde mental se

estabeleceu como referência para o entendimento, a partir da organização da sociedade e dos diversos atores que participaram desta luta, desse importante momento de luta no campo da saúde, referência na atualidade, pois se vivem tempos de distanciamento do Estado na provisão e na efetivação das políticas públicas.

**Quadro 4**  
Eventos relevantes da trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Ano	Evento	Cidade – UF
1978	Greve dos funcionários das quatro unidades da DINSAM	Rio de Janeiro – RJ
1978	Constitui-se o MTSM	Rio de Janeiro – RJ
1978	V Congresso Brasileiro de Psiquiatria	Camboriú – SC
1978	I Congresso Brasileiro de psicanálise de Grupos e Instituições	Rio de Janeiro – RJ
1979	I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental	São Paulo – SP
1979	III Congresso Mineiro de Psiquiatria	Belo Horizonte – MG
1980	I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental	Rio de Janeiro – RJ
1980	II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental	Salvador – BA
1980	VI Encontro Brasileiro de Psiquiatria	
1985	I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste	Vitoria – ES
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde Tema 1: A saúde como direito Tema 2: Reformulação do sistema nacional de saúde Tema 3: Financiamento do setor	Brasília – DF
1986	I Encontro Estadual de Saúde Mental	Rio de Janeiro – RJ
1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental Tema 1: Economia, Sociedade e estado: impactos sobre saúde e doença mental Tema 2: Reforma Sanitária e reorganização da Assistência à saúde mental Tema 3: Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental	Brasília – DF
1987	II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental	Bauru – SP
1987	I Conferência Estadual de Saúde Mental	Rio de Janeiro – RJ
1987	II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste	Barbacena – MG
1989	Lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado	Brasília – DF
1990	Convenção de Caracas	
1992	II Conferência Nacional de Saúde Mental Tema: A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil	Brasília – DF
2001	Aprovação da Lei 10.216	Brasília – DF
2002	III Conferência Nacional de Saúde Mental Tema – Cuidar sim, excluir não.	Brasília – DF
2010	IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial Tema – Saúde Mental: direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios	Brasília – DF

Elaboração do autor

Vasconcelos (2008), ao sistematizar a “periodização da história dos avanços na reforma psiquiátrica no Brasil recente”, define cinco períodos<sup>24</sup>, tendo sido eleito como ponto de partida para o **primeiro período** o ano de 1978, identificado pelo autor como o ano em que “se assiste à reemergência dos principais movimentos sociais no país” considerando que tal acontecimento ocorre após um longo período de repressão pelo regime militar. Com destaque para esse período sinaliza a presença do MTSM e aponta os principais objetivos e as palavras de ordem que são: luta pela humanização dos hospitais públicos e privados utilizando a denúncia como forma de dar visibilidade às condições de assistência e de trabalho, na luta por melhorias nas condições vivenciadas; denúncia da presença do Mercado no que foi considerado uma “indústria da loucura” nos hospitais privados então conveniados com o INAMPS, e que atualmente está representado na cidade de São Paulo pela Parceria Público-Privada da Saúde<sup>25</sup>, e reivindicação por expansão dos serviços, apesar do autor pontuar que neste momento ainda não estava muito claro como esses serviços deveriam ser organizados.

É também neste período que ocorre a primeira tentativa de alteração no sistema global de saúde do país, o que mais tarde será conhecido como Reforma Sanitária.

O **segundo período (1980 – 1987)**, apresentado como tendo sido iniciado em 1980, se caracteriza pelo processo conhecido como “Co-Gestão”. Tratava-se de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e versava sobre a administração dos hospitais públicos. Isso possibilitou a abertura política para a liderança do MTSM e contribuiu para a implantação de processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos. Foi o primeiro passo para o

---

<sup>24</sup> Resumidamente estes períodos poderiam ser representados, respectivamente: por uma fase de mobilização social e luta pela garantia de serviços; por um período de expansão e formalização do modelo sanitário e incremento das condições de atenção, assim como pela conquista de espaços na área política; outro pelo recrudescimento da participação no espaço político com redirecionamento da direção da estratégia em rumo ao modelo de desinstitucionalização; o quarto período pelo avanço e consolidação da perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica e o quinto como sendo o período de limitação à expansão da Reforma no plano federal devido à diretriz neoliberal do Governo FHC. Convém registrar que mesmo neste cenário e com esta perspectiva governamental ocorre a consolidação e difusão dos Serviços de Atenção Psicossocial no Plano Municipal.

<sup>25</sup> As normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública são instituídas pela Lei Federal nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004. No município de São Paulo, o Programa de Parcerias Público-Privada foi instituído pela Lei nº 14.517, de 16 de outubro de 2007.

lançamento do CONASP<sup>26</sup> em 1982-1983, “que possibilitou a implementação gradativa em todo o país do modelo sanitário” e que desaguou mais tarde no SUS – Sistema Único de Saúde.

Lideranças do MTSM se aproximaram das Secretarias Estaduais de Saúde em São Paulo e em Minas Gerais, e isso permitiu uma intervenção nos hospitais psiquiátricos, o que contribuiu para uma expansão gradativa da rede de atendimento em saúde e, especificamente, em saúde mental. As propostas políticas do MTSM foram redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e não criação de novos; regionalização das ações em saúde mental, buscando a interligação dos diversos serviços do território; controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos ampliação da rede e composição de equipes multiprofissionais, assim como o objetivo de humanização dos asilos.

No **terceiro período (1987 – 1992)** está presente a autocrítica realizada pelo movimento, que se vê vinculado à estrutura do Estado ao mesmo tempo em que há um afastamento dos movimentos populares. Ocorre, assim, um retrocesso na ocupação desses espaços políticos, tendo em vista a gestão do então presidente José Sarney e dos governadores Fleury, em São Paulo, e Newton Cardoso, em Minas Gerais. Quanto ao estado do Rio Grande do Sul, esse andou na contramão da história, com avanço a partir do ano de 1986. Apesar disso, é neste período que é promulgada a Constituição Federal de 1988 e aprovada a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que apontam para a construção do SUS.

É neste período em que são implementadas as primeiras experiências municipais da rede de cuidados em saúde mental, a partir do modelo inspirado em Trieste, Itália. A principal referência é a experiência de Santos com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). A perspectiva era de substituição dos hospitais, com serviço comunitário de portas abertas funcionando sete dias por semana, durante as

---

<sup>26</sup> Em 1982, o Plano CONASP - dava ênfase à atenção primária, sendo a rede ambulatorial a porta de entrada do sistema. Visava a integração das instituições públicas de saúde, mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propôs a criação de sistemas de referência e contrarreferência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; o estabelecimento de níveis e limites orçamentários compatíveis; a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos (portaria MPAS 3046/82).

24 horas do dia. Em São Paulo, as referências são os Centros de Convivência e os Centros de Atenção Psicossocial, estes, diferentemente dos NAPS, funcionavam oito horas por dia durante cinco dias da semana.

O **quarto período (1992 – 1995)** é considerado aquele no qual mais mudanças ocorreram na política de saúde mental no Brasil, apesar do conservadorismo do governo de Fernando Collor de Melo. Neste período ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental e foram baixadas algumas portarias ministeriais que versavam sobre a normatização e o financiamento dos novos serviços de saúde mental, o estabelecimento do processo rigoroso de controle e supervisão da melhoria da assistência dos hospitais psiquiátricos, bem como o estabelecimento de critérios e patamares sucessivos de qualidade (conhecidos como psiquiatria I, II, III, IV).

Houve uma redução do número de leitos em hospitais privados e públicos que não tinham a mínima condição de atendimento, o que não significa garantia da qualidade do cuidado nos serviços. Como era de se esperar, isso acarretou um aumento nos leitos psiquiátricos em hospitais gerais e de serviços considerados como de atenção psicossocial, entre eles: hospitais-dia, CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – e NAPS, alinhando-se desta maneira ao novo paradigma de atenção<sup>27</sup>.

O **quinto período**, que teve início em 1995 e para o qual o autor não demarca o encerramento, é representado pela consolidação da política neoliberal do governo FHC, repercutindo em âmbito federal no bloqueio às tentativas de avanço da reforma psiquiátrica, ao mesmo tempo em que algumas conquistas são presentes. Entre essas conquistas citamos: a legislação federal sobre cooperativas sociais, para inclusão no trabalho de indivíduos dependentes, a portaria do Ministério da Saúde sobre as residências terapêuticas, o avanço na direção de conquista dos direitos dos usuários, o sucesso e a difusão do Programa de Saúde da Família<sup>28</sup>, que coloca na ordem do dia a questão do cuidado em saúde mental comunitária, o sistema de referência e contrarreferência a serviços psiquiátricos mais

---

<sup>27</sup> Convém registrar que o CAPS estava vinculado à Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e os NAPS à gestão Municipal de Santos. Sendo assim, a articulação destes enquanto uma rede possuía especificidades que se refletiam na possibilidade de uma assistência integral, na cobertura e acessibilidade aos serviços, entre outras questões.

<sup>28</sup> Atualmente chama-se Estratégia de Saúde da Família.

complexos, além de “uma mudança significativa no perfil de participação do Movimento na Luta Antimanicomial, com cada vez maior participação de usuários e familiares nos encontros locais, regionais e nacionais do movimento (Vasconcelos, 2008, p.30)”.

Tendo em vista a proposta desta pesquisa, considero pertinente acrescentar um **sexto período (2003 – 2010)**, representativo dos dois mandatos do então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. A pretensão é analisar este período, tendo como referência um documento elaborado pelo Ministério da Saúde intitulado Saúde Mental em dados<sup>29</sup>, que apresenta algumas séries históricas de dados do campo da saúde mental. A edição aponta algumas marcas deste período, entre elas pontuo o aumento da rede de atenção em saúde mental, sendo que o ano de 2010 termina com uma cobertura de 66%. No que se refere ao número de serviços<sup>30</sup>, houve um aumento de 68% sobre o indicador do ano de 2002 que era de 0,21 CAPS para cada 100.000 habitantes. Cabe uma ressalva a este fato, pois mesmo que, posteriormente, seja apresentado o indicador referente ao Serviço Residencial Terapêutico (SRT)<sup>31</sup>, esse não foi considerado no que o documento intitula “rede de atenção em saúde mental”, ficando esta restrita ao serviço dos diversos tipos de CAPS.

No que se refere à atenção psiquiátrica hospitalar, é sinalizado que “cerca de 18.000 leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial foram fechados no período entre dezembro de 2002 e 2010 através do PNASH/Psiquiatria e do PRH (Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica)”. Isso não me parece ser um resultado que tenha a ver com um trabalho específico sob a perspectiva da nova proposta de atenção à saúde mental no Brasil, uma vez que a efetiva qualidade dos serviços é algo que já vem preconizado no SUS; ou seja, a luta pela diminuição nos leitos em hospitais psiquiátricos deve estar associada à substituição por outros serviços ou por disponibilidade de leitos em Hospitais Gerais.

Também é informado sobre o que seria “uma mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos restantes”, pois grande parte dos leitos em psiquiatria está

---

<sup>29</sup> Especificamente neste caso, estou me referindo ao de número 8 que foi publicado em janeiro/11.

<sup>30</sup> Aqui somente está sendo considerado o número de CAPS I, II, III, Ad e i.

<sup>31</sup> Ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 6).

vinculada a hospitais de pequeno porte; a desinstitucionalização de pessoas internadas por um longo período, com o Programa de Volta para Casa, e investimento em ações de inserção social através de empreendimentos solidários.

**Quadro 5**  
Reforma Psiquiátrica no Brasil

<b>Período</b>	<b>Principais aspectos</b>
1º 1978	Reemergência dos movimentos sociais Presença do MTSM
2º 1980 – 1987	Cogestão (MS e MPS) CONASP Modelo Sanitarista
3º 1987 – 1992	Retrocesso RS – Avança a partir de 1986 1988 – Constituição Federal 1990 – Lei 8080 Primeiras experiências de rede de cuidados (Santos, SP)
4º 1992 – 1995	Várias mudanças II Conferência Nacional de Saúde Mental Fixação de critérios e patamares (Psiquiatria I, II, III e IV)
5º 1995 - 2003	Consolidação da Política Neoliberal Portaria Ministerial 106/2000 Instituiu os Serviços Residências Terapêuticos Aumento da participação popular no MLA
6º 2003 – 2010	Aumento da rede de atenção em saúde mental Instituição do auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações

Sinopse elaborada pelo autor com base em Vasconcelos (2008). O sexto período consiste em minha proposição, segundo os propósitos da pesquisa.

## 2. A SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE SÃO PAULO<sup>32</sup>

No ano de 1973, na cidade de São Paulo, um projeto experimental de Saúde Mental na Atenção Básica passa a ser gestado pelo então coordenador de Saúde Mental do Estado, prof. Luiz Cerqueira, e o professor da Medicina Preventiva da USP, Guilherme Rodrigues da Silva. Essa perspectiva de atenção, que foi responsável pela formação de pessoas e por influenciar a política pública, inicialmente foi implementada no Distrito de Pinheiros e se estendeu, posteriormente, para o Butantã, na zona oeste da cidade.

Durante a gestão do governador André Franco Montoro (PMDB), nos anos de 1982 a 1986, ocorreu a ampliação da rede de assistência extra-hospitalar, com a criação de ações em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde e novos ambulatórios, tendo como referência o projeto de saúde mental implantado em 1973 por Luiz Cerqueira. Na cidade de São Paulo, na gestão de Mário Covas (PMDB),

<sup>32</sup> Para maiores informações ver Scarcelli (1998); Guljor(2003).

nos anos de 1983 a 1985, foi executado o Plano Metropolitano de Saúde, envolvendo a Secretaria de Higiene e Saúde, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo. Esse período é reconhecido como responsável por trazer várias contribuições na organização dos serviços de saúde mental, isso porque ocorreu um processo de discussão e de reflexão crítica a respeito das ações no âmbito das políticas públicas de saúde mental.

A criação do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em 1987 foi significativa para a cidade, pois possibilitou pensar o atendimento para além do espaço institucionalizado do hospital, configurando-se como uma estrutura intermediária entre este e a comunidade. Organizado de forma mais flexível, destinava-se ao atendimento dos usuários considerados psicóticos e neuróticos graves.

Segundo Luzio:

*[...] o projeto original previa a criação, pela SES-SP, de uma rede de CAPS, em que privilegiasse a construção de uma prática clínica na qual a fala do doente seria tomada “não pelo reconhecimento do sintoma, mas como produção de um sujeito social dentro dos limites, certamente problemáticos, que a loucura impõe”. (LUZIO, 2006, apud GOLDBERG, 1986, p.21)*

A proposta clínica do CAPS buscava privilegiar uma prática centrada na vida cotidiana da instituição e do usuário e que fosse capaz de possibilitar a instância terapêutica por meio do reconhecimento da importância da fala e da escuta como meio de desvelamento dos sentidos.

*As intervenções deveriam ativar várias práticas terapêuticas (medicação, psicoterapia, grupos, reuniões de usuários, atividades expressivas) na abordagem global do usuário, ancoradas nas concepções contemporâneas da psiquiatria, em outras áreas do conhecimento e, principalmente, em toda uma bagagem de experiências práticas. (LUZIO, 2006, p. 285 apud GOLDBERG, 1986)*

Tendo em vista a proposta de rompimento com o modelo anterior que o serviço trazia em sua origem, algumas dificuldades se apresentaram para a equipe, sendo relevante sinalizar o distanciamento entre os profissionais e os usuários, devido à inexperiência dos primeiros e, também, ao preconceito em relação às pessoas com sofrimento psíquico intenso, e à dificuldade no rompimento com o modelo médico, centrado no medicamento como forma de tratamento. Um dispositivo importante criado na época foi a Associação Franco Basaglia, que

contava com a participação de profissionais, usuários, familiares e demais interessados. Essa associação, em conjunto com o CAPS, foi responsável por desenvolver projetos especiais que buscavam a promoção da autonomia dos pacientes, e para isso foi essencial a presença da família e da sociedade, como forma de viabilizar a gestão extraclínica da vida dos usuários, com o objetivo de possibilitar o exercício pleno da cidadania e difundir novos valores, noções, conceitos e modos de perceber a loucura e de efetivar sua assistência.

A proposta de ampliação desse tipo de serviço não foi levada a cabo, devido aos retrocessos ocorridos nos governos estaduais Quércia e Fleury (1987 a 1994), além da implementação do processo de municipalização da saúde, responsável em parte pela retração do investimento do governo Estadual na criação de novos serviços de saúde.

No governo Municipal de Luiza Erundina (PT), mais precisamente no ano de 1989, foi implantado um programa de saúde mental com base em duas premissas fundamentais: a primeira dizia respeito ao reconhecimento de que o sofrimento psíquico era parte integrante e indissociável do sofrimento dos indivíduos submetidos a desigualdades sociais, e a segunda com o entendimento de que uma política de saúde mental precisava romper com o modelo hegemônico centrado nas internações psiquiátricas e em outras práticas manicomiais.

Em síntese, a experiência desenvolvida pelo gestor municipal no início da década de 1990 reproduziu, de maneira geral, a lógica do modelo hierarquizado implantado na década de 1980. Porém, deve-se destacar que a criação dos CECCOs representou uma significativa contribuição para a construção de novos modelos assistenciais em saúde mental.

Durante os governos de Maluf e Pitta (1992 a 2000), esse projeto foi desativado. Implantou-se o Plano de Assistência à Saúde (PAS), pelo qual toda a assistência em saúde e em saúde mental foi terceirizada, ficando sob a responsabilidade das cooperativas médicas profissionais. Uma parte dos funcionários municipais da saúde, em especial da saúde mental, não aderiu ao PAS, e as cooperativas contrataram novos e inexperientes profissionais. Com isso, as ações voltaram a ser restritas às consultas e aos exames, centradas no modelo

médico-curativo tradicional. Na realidade, o PAS produziu desassistência e caos na saúde.

A partir do ano 2000, os prefeitos Marta Suplicy (PT), José Serra (PSDB) e Gilberto Kassab (DEM) realizaram a gestão da saúde no município buscando implantar a política de saúde mental, tendo como maior desafio a criação e a manutenção da rede de atenção psicossocial capaz de atender às necessidades da população.

O que é possível concluir, contrastando os dados apresentados com a realidade, é que os avanços ocorreram, porém não ainda suficientes para dar conta de uma demanda que requer resposta em curto prazo, pois envolve o sofrimento humano e social, repercutindo diretamente nas relações e nos espaços de vida dos que estão envolvidos com esta questão.

**Tabela 4**  
Centros de Atenção Psicossocial  
Cobertura – nº de unidades por 100.000 habitantes  
estado de São Paulo

	Mai/06 SM1	Jul/06 SM2	Dez/06 SM3	Ago/07 SM4	Out/08 SM05	Jun/09 SM06	Mai/10 SM7	Jul/11 SM9
<b>População</b>	40.442.795.	40.442.795	40.442.795	40.442.795	41.011.635	41.011.635	41.011.635	41.252.160
<b>CAPS I</b>	36	37	37	43	48	53	55	61
<b>CAPS II</b>	50	51	53	57	64	72	75	76
<b>CAPS III</b>	14	15	15	15	17	17	19	22
<b>CAPSi</b>	18	20	20	21	22	24	27	30
<b>CAPS ad</b>	35	35	40	42	45	49	59	62
<b>CAPS ad III</b>								
<b>Total</b>	153	158	165	178	196	215	253	251
<b>Indicador CAPS/100.000hab</b>	0,35	0,36	0,38	0,41	0,44	0,48	0,53	0,56

Elaboração do autor com base nos Boletins "Saúde Mental em dados" do Ministério da Saúde.

O Boletim nº 8 diz respeito a uma análise do Governo Lula (2003/2010), e não contempla a quantidade pormenorizada de CAPS nos estados, como os demais Boletins.

## CAPÍTULO II – SAÚDE E SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE SÃO PAULO: SITUAÇÃO E TENDÊNCIAS

### 1. A SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE SÃO PAULO: UM OLHAR A PARTIR DO CENSO PSICOSSOCIAL<sup>33</sup>

Na primeira parte deste capítulo tratarei da situação dos serviços de saúde mental na atualidade. Inicialmente será apresentado um estudo feito no Estado de São Paulo através de uma parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde e a FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo – que resultou na publicação de um Censo Psicossocial. *A posteriori* serão destacadas e apresentadas algumas questões presentes na atualidade sobre o tema em discussão neste trabalho. O livro *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*, organizado por Sônia Barros e Regina Bichaff, é fruto de um levantamento realizado nos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo e tem como objetivo obter um diagnóstico situacional da população internada nas instituições psiquiátricas para que, a partir desta apropriação, possam ser construídas propostas de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência nos hospitais psiquiátricos. O Censo Psicossocial se materializou tendo em vista a necessidade de efetivar as diretrizes do Plano Estadual de Saúde (PES) para o quadriênio 2008 – 2011<sup>34</sup>.

Na parte introdutória do livro é apresentado ao leitor um resumo, no qual é abordada a história da loucura. É possível compreender pelo relato como, ao longo da história, diferentes formas de olhar essa temática foram sendo construídas e como os desdobramentos destas repercutiram não só na sociedade, mas também nos familiares e nos pacientes. O relato inicia com a experiência europeia, acrescenta informações sobre a ação psiquiátrica nos Estados Unidos da América e desemboca na experiência brasileira que tem forte influência do modelo que foi idealizado na Itália, mais precisamente na cidade de Gorizia, de onde, como já dito, provem o modelo brasileiro de tratamento da questão da saúde mental.

---

<sup>33</sup> Este capítulo foi desenvolvido a partir de uma resenha realizada para um seminário que apresentei no NEPPS – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Públicas da PUC-SP, em junho de 2011.

<sup>34</sup> Gestão do então Governando José Serra.

Para os fins deste levantamento, foi adotado como critério para reconhecimento dos pacientes institucionalizados o tempo de institucionalização e, sendo assim, foram considerados todos os pacientes internados há um ano ou mais, até o momento da solicitação das informações aos hospitais, que ocorreu em 30 de novembro de 2007.

Utilizou-se como referência para o censo 58 hospitais psiquiátricos localizados em 38 municípios, estando estes sob diferentes modelos de gestão: natureza pública (16%), filantrópica (59%) e privada (26%). Diante dessa constatação, cabe registrar que tal situação aponta para a presença de diferentes atores na operacionalização da política de saúde que, a partir da década de 70, com os processos de transformação e revisão do papel do Estado, tornam mais evidentes a presença e a apropriação, pelos agentes econômicos, dos recursos orçamentários na atenção à saúde. Tal fato vem sendo qualificado como mercantilização da saúde, no sentido de que "o setor privado de bens e prestação de serviços de saúde ganha autonomia no que diz respeito às suas condições de financiamento, ao mesmo tempo em que o Estado desenvolve um novo aparato regulatório para o desenvolvimento do setor" (NEGRI & GIOVANI, apud NOGUEIRA e PIRES, 2004). No meu entender, tal processo evidencia a vinculação dos direitos sociais à dimensão econômica.

Dentre os 58 hospitais participantes da pesquisa, somente dois estabelecimentos informaram não possuir usuários nesta situação. Partindo desta constatação, apesar de não ser este o objetivo central do censo, penso que caberia um aprofundamento para saber quais motivos propiciaram tal realidade, pois esse fato poderia apontar para um modelo de tratamento terapêutico que propiciasse tal resultado. Entre os 56 hospitais que fizeram parte do Censo, a presença de pacientes variou de 1 (um) a 512 (quinhentos e doze) pessoas com mais de um ano de internação, sendo que inicialmente haviam sido comunicados 6.543 "moradores"<sup>35</sup> e, no momento da aplicação da pesquisa, esse número registrou 6.349 pacientes<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Segundo o Censo (op.cit.) são os pacientes que se encontram hospitalizados. Tendo em vista o fato de não concordar com o termo, toda vez que o mesmo for utilizado para representar os pacientes internos será mencionado entre aspas.

<sup>36</sup> Neste lapso temporal ocorreram 141 altas, 95 óbitos, 109 exclusões e 152 inclusões.

O instrumento utilizado para obtenção de dados no trabalho de campo foi um questionário composto por três partes, sendo que na parte inicial constavam os dados de caracterização da população (incluem as informações pertinentes aos dados pessoais e relacionados com a família, bem como as questões mais direcionadas à doença) e eram obtidos inicialmente nos prontuários, sendo os “moradores” ou técnicos consultados quando necessário. Na segunda parte, destinada aos dados psicossociais, as informações eram obtidas junto ao “morador” e, se necessário, junto à equipe do hospital e estavam relacionadas com as questões do tipo: vínculos sociais, participação no contexto institucional e capacidade de interação do paciente com o meio externo. Na terceira parte foi reservado um espaço para que os pesquisadores pudessem relatar suas impressões e anotações de dados considerados relevantes durante a aplicação do questionário.

O Censo revelou que aproximadamente 5% dos pacientes estavam com a data de nascimento ignorada no prontuário e, conforme ressaltado no livro, isso aponta para uma falta de acesso a um direito fundamental de cidadania: o registro civil. Tomando essa consideração como ponto de partida, convém sinalizar também para o que pode ser entendido, pelo menos inicialmente, como uma possível impessoalidade no trato com esse cidadão, que não deveria estar sendo atendido por determinados programas ou políticas, haja vista que o quesito idade, muitas vezes, também está relacionando com a forma de acesso a determinado direito<sup>37</sup>. Uma das recomendações do grupo de trabalho foi “a realização do “Projeto Cidadania”, que visa à recuperação da documentação original ou à obtenção da Certidão tardia de Nascimento dos 1.312 “moradores” denominados “ignorados”, para que com tal atitude fosse possível operar no resgate de histórias, identidades e vínculos e promover as condições para o acesso aos benefícios e aos direitos previstos na legislação”.

Cabe registrar outros pontos que fazem parte do resultado do Censo, que demonstrou ser importante instrumento de reconhecimento da população presente no interior dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo; condição esta essencial, porém acredito não ser a única contribuição para que seja materializada a Lei Federal 10.216/2001 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

---

<sup>37</sup> Resumidamente podemos apontar como exemplo, a Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei 10.741/2003 - Estatuto do Idoso.

Correndo o risco de ser sintético demais, porém entendendo a necessidade de apresentar os principais dados resultantes do levantamento, faz-se necessário resumidamente caracterizar a população dos hospitais psiquiátricos que é majoritariamente do sexo masculino.

**Tabela 5**  
Distribuição da população por sexo

Sexo	Nº	%
Masculino	3930	61,9%
Feminino	2419	38,1%
Total	6349	100%

Fonte Barros e Bichaff (2008:40)

A faixa etária dos 30 a 60 anos corresponde a 58% do total da população, e esta é identificada, no que se refere ao quesito raça/cor, como branca (60,29%). No que se refere ao estado civil, mais de 80% são solteiros e esta condição demonstra que o “manicômio é lugar de trocas zero” (ROTELLI, 2001) que cronifica e instaura a segregação e opera segundo “princípios eugênicos<sup>38</sup>” (COSTA, 1984). Vale registrar que isso também corrobora a tese do caráter totalitário dos estabelecimentos psiquiátricos (GOFFMAN, 2008), que se materializa na busca pelo controle da vida dos indivíduos, procurando substituir todas as possibilidades de interação social por "alternativas" internas. A maioria (62,07%) foi identificada como não alfabetizada e este percentual chegaria a 70,76% se neste critério também fossem incluídos como não alfabetizados aqueles que somente conseguem escrever o seu nome, ou seja, se fosse levado em conta o analfabetismo estrutural<sup>39</sup>.

Ao analisar o tempo de internação, o censo identificou os seguintes resultados: das 28 crianças e adolescentes localizadas na instituição, 18 estavam há mais de 5 anos internadas. Do total dos 6.349 pacientes um pouco mais que 18% destes estavam internados entre 5 e 10 anos, e 19,31% com um tempo de internação de 10 a 15 anos, outros 13,34% vivendo de 15 a 20 anos nestes

<sup>38</sup> É possível entender eugenia como um conjunto de leis e métodos estatísticos que favoreceriam a reprodução dos “melhores indivíduos” – uma seleta elite eugênica –, impedindo ainda a reprodução dos representantes das raças consideradas inferiores ou menos aptas.

<sup>39</sup> Caracteriza-se pela ausência de alfabetização, incluídas nesse grupo as pessoas que não conhecem bem as letras do alfabeto da própria língua e não conseguem formar palavras com essas letras. Difere do analfabetismo funcional, uma vez que este é caracterizado basicamente pela falha na interpretação.

espaços. Sendo que 65% da população “moradora” encontram-se internados há mais de dez anos.

**Tabela 6**  
Distribuição de pacientes por faixa etária e tempo de internação

Tempo de internação	Faixa etária									Total
	0 a 12	12 a 18	20 a 30	30 a 40	40 a 50	50 a 60	60 a 70	70 a 80	>80	
1 a < 5	0	6	42	63	103	90	82	37	17	440
5 a < 10	5	8	64	161	182	122	84	35	10	671
10 a < 15	0	5	92	122	173	156	100	52	15	715
15 a < 20		0	44	174	122	107	63	28	4	542
20 a < 25		0	11	59	156	85	60	38	19	428
15 a < 30		0	1	9	95	140	77	51	22	395
30 a < 35				1	14	86	120	70	31	322
35 a < 40				1	2	19	65	45	30	162
40 a < 45					1	2	13	5	2	23
45 a < 50					1	0	6	5	2	14
50 a < 55							3	1	2	6
55 a < 60							1	5	0	6
60 a < 65							1	3	2	6
>65							0	0	1	1
Total	5	19	254	590	849	807	675	375	157	3731

Elaboração do autor<sup>40</sup> com base em Barros e Bichaff (2008)

Foram identificados pacientes de outros estados, e até mesmo de outros países; esse fato me parece ser um agravante para o isolamento familiar e até mesmo ser um complicador para a situação de abandono na instituição.

Dentre os diagnósticos de doenças identificados nos prontuários dos pacientes, os mais relevantes em termos de volume são: esquizofrenia, 42,66%; retardo Mental, 30,46% e transtornos mentais orgânicos, 21,61%. Estes dois últimos motivos para a internação mereciam por parte da instituição e dos técnicos uma reavaliação, pois totalizam 3.484 pessoas que poderiam não precisar estar em uma instituição deste tipo. Dentre os pacientes que apresentaram deficiências

<sup>40</sup> Na publicação, a informação está separada em quatro tabelas distribuídas por segmento: crianças e adolescentes; jovens adultos; adultos e idosos. Existe uma diferença de 210 pacientes entre os aqui apresentados e os 3941 pacientes analfabetos identificados nas instituições. Entendo que deva dizer respeito ao fato de que na publicação não foi apresentada a tabela referente àqueles com menos de 1 ano de internação e nem aqueles com idade entre 19 e 20 anos.

associadas, 51,07% apresentaram deficiência física, 30,47% deficiência visual e 18,47% deficiência auditiva.

Dentre os motivos de permanência no hospital psiquiátrico, o questionário aplicado incluiu, juntamente com a doença clínica e com o transtorno mental, um item identificado como “precariedade social” e este juntamente com ou outros dois motivos, representam mais de 77% dos fatores para que os pacientes permanecessem nos hospitais. Considerando que precariedade social neste contexto estava associada ao fato do “morador” não ter lugar para morar fora do hospital e/ou não ter renda, significa dizer, no meu entender, que o adoecimento estaria associado à perda do convívio familiar e, em partes, também da autonomia financeira, mesmo tendo sido realizado o censo em um ano em que já vigorava a BPC – Benefício de Prestação Continuada – regulamentado pelo Decreto nº 6.214 de 26 de setembro de 2007.

Diversos outros indicadores foram apresentados no livro, como o fato de que somente 2,98% dos pacientes eram acamados e que existiam 114 pacientes que não faziam uso de nenhum medicamento (psiquiátrico ou clínico), além de tantos outros que poderiam ser apresentados com o intuito de fomentar a importância de elegermos a saúde e seus desdobramentos para a sociedade como questões que necessitam de atenção. Deixo-os, porém, somente sinalizados, como forma de suscitar nos leitores o encontro com os demais resultados desta pesquisa.

Particularmente, considero que o censo se constitui como um ponto de partida, pois significa que muitos são os desafios presentes no trato da questão da saúde mental, tanto é que inúmeras recomendações no final da pesquisa foram feitas pelo Grupo de Trabalho responsável por este consistente levantamento. Tal fato significa dizer que muito ainda precisa ser feito para que tenhamos um tratamento adequado e disponível aos pacientes. Cabe registrar que essas recomendações se pautam na legislação vigente e que, sendo assim, reforçam a perspectiva de que a atenção é necessária e urgente e que não podem ser pensadas sem que tenhamos uma efetiva participação da sociedade na discussão do tema, e sem o acesso aos recursos preconizados na proposta terapêutica que privilegia os CAP's; as RT's; os CECCO's e tantos outros espaços necessários para a promoção da saúde e a garantia do convívio social dos pacientes.

Além das recomendações sinalizadas, é necessário que no território desses pacientes, possamos encontrar equipamentos públicos que possam suportar tanto os pacientes quanto os seus familiares, pois é isso que está preconizado na Lei 10.216/2001. É preciso pensar que esse censo serve como alerta para a importância da atenção aos familiares desses cidadãos, pois os mesmos precisam ter acesso à política de saúde que garanta o cuidado e que não ocorra simplesmente uma troca do local de isolamento. Ou seja, é preciso atentar para que a desinstitucionalização que tanto se busca não represente uma irresponsável transferência de uma situação de abandono e de descuido institucional para permanecer da mesma forma, porém agora em um ambiente “residencial”.

Para que isso ocorra, as famílias precisam ser vistas como agentes neste processo e não ser responsabilizadas pelo cuidado e pela atenção especializada que este tipo de paciente demanda. É preciso operacionalizar o tratamento para além da doença, pois tantas outras questões estão presentes no adoecimento, entre elas: o gênero, a idade, a condição sexual, raça/cor, credo, a renda familiar, a escolaridade e tantas outras não citadas, mas nem por isso, menos importantes ou passíveis de desconsideração.

Sabendo que o cenário contemporâneo ainda é de persistência do neoliberalismo e que este tem como prerrogativa o Estado mínimo, onde as políticas públicas são reduzidas ou repassadas ao setor privado, é necessário que pacientes; profissionais e familiares se organizem e se mobilizem nas lutas pelo direito à saúde, sob a perspectiva de crítica à sociedade burguesa, nos moldes ou na dimensão do que fez o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978. Esse importante movimento contribuiu muito para a conquista do SUS, pois entre seus atos destacava-se a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, além da sua crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Os desdobramentos da questão social deflagram os problemas mentais e as pessoas com transtornos mentais têm agravada a sua problemática social. Ou seja, os problemas sociais levam a problemas mentais e no sentido inverso, também a

experiência mostra como os problemas mentais levam os indivíduos a enfrentarem sérios problemas sociais.

É necessário também que seja abandonada a perspectiva de tratamento que privilegia o modelo centrado no diagnóstico e na medicação, assim como os serviços que estejam alinhados com a perspectiva do ajustamento, da medicalização e da adaptação, para que seja possível operacionalizar uma atenção que priorize a integração social como meio para a promoção do bem-estar, tornando os espaços coletivos como espaços de aproximação de todos, sem focalização e fragmentação humana e social.

## 2. SAÚDE E SAÚDE MENTAL: QUESTÕES RELEVANTES NA ATUALIDADE

A seguir, apresento alguns temas presentes na atualidade e que merecem destaque. Referem-se a algumas discussões colocadas em pauta e que envolvem os desafios presentes no campo da saúde.

### 2.1 O matriciamento em saúde mental

O fato de não existir na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990<sup>41</sup> nenhuma referência específica à questão da saúde mental permite supor que esta está inserida na perspectiva da saúde como um todo, porém, na realidade é possível inferir que existe uma predisposição em deixar para segundo plano as questões específicas da saúde mental. Como exemplo, cabe pontuar a descontinuidade na realização das conferências, nas diversas esferas de governos, assim como a dificuldade pontuada por muitos profissionais no trato com esta temática e a falta de prioridade para esta área.

*As demandas de saúde mental seguem sendo postergadas: primeiro as crianças, depois os velinhos, a saúde da mulher (como aparelho reprodutor), mais recentemente a dos homens, porque andam morrendo mais e ameaçando a economia e a previdência social. (PITTA, 2011, p. 4581)*

---

<sup>41</sup> Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Não obstante, na cidade de São Paulo, o atendimento em saúde mental na Atenção Básica se dá, em um primeiro momento, pela estratégia de matriciamento. Segundo o Ministério da Saúde (2011) matriciamento ou apoio matricial

*[...] é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária. (CHIAVERINI, 2011, p. 13)*

Esta proposta de atendimento se configura como um arranjo organizacional que tem como objetivo dar um suporte técnico aos profissionais responsáveis pelo acolhimento às demandas de saúde mental. Essas demandas geralmente têm origem em encaminhamentos feitos pelos profissionais médicos para que os pacientes sejam atendidos por psicólogos e/ou por psiquiatras.

Sob esta perspectiva de atendimento, existe uma cisão entre os profissionais quanto a sua utilização. Parte deles entende que essa estratégia é uma forma de suprir um déficit de profissionais, e outra parte a percebe como uma forma de capacitação que ocorre no próprio local do trabalho, mediante a troca de experiências que são vividas na discussão dos casos, e que esta estratégia amplia para outras categorias o que geralmente tem sido atribuído aos psicólogos e aos psiquiatras.

Entendemos que esta estratégia de atendimento, mesmo que possa parecer uma resposta à falta de profissionais, se configura como uma oportunidade de outros profissionais se inserirem na discussão dos casos de saúde mental, podendo contribuir para essa discussão, apontando uma ação que vá para além da terapia e do medicamento. Atuando neste cenário, me deparei muitas vezes com situações que possuíam um caráter muito forte de vulnerabilidade social como desencadeador do estado de saúde do paciente, representada, por exemplo, por uma situação de abandono de crianças por pais, falta de acesso ao mercado de trabalho e assédio moral no ambiente de trabalho, entre outros. Atendemos alguns casos de encaminhamentos feitos para atendimento com psicólogo de pacientes que reclamavam de ejaculação precoce sem nenhuma investigação clínica ou algum

atendimento feito por um especialista de saúde. A origem da ejaculação precoce é vista como uma soma de fatores psicológicos e biológicos e poucos são os casos em que se pode dizer que há apenas um desses componentes envolvido. Muitas vezes um fato ou outro presente nesta questão não é devidamente considerado quando do acolhimento da queixa inicial, o que repercute na atenção ao paciente e no tratamento.

A perspectiva do atendimento via matriciamento faz parte de “uma nova conjuntura de políticas públicas de saúde no Brasil, e sua implementação rompe com paradigmas e pretende superar saberes e práticas institucionalizadas”. Sendo assim, pode ser entendida como uma possibilidade de reorganização dos serviços, mesmo que ainda encontre limitações que podem ser consideradas típicas do conflito: atendimento integral na Atenção Básica e especificidade da saúde mental<sup>42</sup>.

Não sendo os CAPS os únicos serviços de atenção em saúde mental, a Atenção Básica, representada nesta discussão pelas UBS, se configura como a porta de entrada das questões de saúde mental, isso por que as proximidades com as famílias e a localização das Unidades Básicas de Saúde possibilitariam ou deveriam facilitar esta aproximação entre a necessidade e a oferta do serviço.

O que precisa ser considerado diante deste fato é que nem sempre a Atenção Básica possui condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos humanos, ou a falta de capacidade técnica podem prejudicar o funcionamento do serviço e, por consequência, o tipo de atenção que as pessoas têm recebido nestes espaços de cuidado. Nesse sentido, e conforme orientação do Ministério da Saúde, é essencial que as políticas públicas possam dar respostas a estas questões, pois sem isso se corre o risco de dar continuidade ao cenário atual, não contribuindo para a eficácia das práticas e para a promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.

*As ações de saúde mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2003)*

---

<sup>42</sup> Para maiores informações ver: Moraes e Tanaka (2012) e Dimenstein (2009).

## 2.2 A “epidemia” da doença mental

Outra questão que merece destaque diz respeito ao que vem sendo entendido como “a epidemia da doença mental”. É crescente no mundo o número de diagnósticos sinalizando a existência de doença mental e, diante de tal situação, é necessário analisar os fatos encobertos nesse cenário para que possamos criticamente estabelecer uma relação entre os mesmos e o seu significado, além de identificar o tipo de tratamento comumente aplicado neste tipo de situação. Isso por que é possível inferir que, prioritariamente, o tratamento com base em medicamentos tem sido o mais utilizado, deixando para o segundo plano o que se costuma intitular como “terapia da conversa”.

A priorização deste tipo de tratamento coincide, segundo Angell (2011, p. 44), com o entendimento de que a doença mental é resultado de um desequilíbrio químico no cérebro, podendo desta forma ser corrigido pelo uso de medicamentos. A doença mental precisa ser entendida enquanto resultado de múltiplos fatores, pois, se assim não fosse, o uso de determinada medicação seria suficiente para resolver a situação.

Existe uma relação estreita entre o uso das drogas como tratamento e o interesse da indústria farmacêutica. Segundo um estudo realizado nos Estados Unidos, as indústrias farmacêuticas devem apresentar todos os testes clínicos que foram realizados. Estes testes são geralmente duplo-cegos e controlados com placebo. Aqueles que participam tem conhecimento de que podem estar recebendo o medicamento ou o placebo, ou seja, nem eles, nem os médicos sabem o que estão recebendo.

Segundo Angel (2011, p. 46) não existe limite para realização de testes, ou seja, eles são realizados até o momento em que o resultado apresentado seja positivo para quem patrocina o teste. Geralmente os laboratórios responsáveis por este patrocínio dão notoriedade e fazem questão que seus testes sejam publicados em revistas médicas e sejam amplamente divulgados entre os profissionais. Segundo Kirsch (apud Angell, 2011), em um estudo sobre a aprovação dos antidepressivos mais utilizados nos Estados Unidos entre 1987 e 1999, foi percebido que a maioria dos testes chegou a resultados negativos, pois quando administrados como antidepressivos, remédios que deveriam aumentar a serotonina, diminuem ou

não tem nenhuma influência sobre ela, aliviam a depressão mais ou menos no mesmo grau. Outro detalhe apontado no estudo diz respeito ao fato de que em alguns casos foi identificada a inexistência de relação entre o funcionamento melhor de altas doses se comparado com as baixas.

A entrada em cena das drogas pode ser, de certa forma, responsável por uma divisão dentro da categoria dos psiquiatras: de um lado um aparente desinteresse dos profissionais pelas histórias e pela vida dos pacientes, característico daqueles que abraçaram o modelo biológico, e do outro lado aqueles que se contrapõem a esta perspectiva de trabalho e que buscam sobrepor a prática do medicamento à da escuta. Também se questiona a existência de uma relação estreita entre os profissionais médicos e os laboratórios farmacêuticos. Alguns médicos se rendem aos laboratórios farmacêuticos e indicam antidepressivo em casos em que não seria necessário tal procedimento, em parte pelo desconhecimento do que deve ser considerado uma patologia e o que precisa ser identificado como tristeza.

### **2.3 O Ato Médico**

O Projeto de Lei (PL) 268 relativo ao “ato médico”, de autoria do ex-senador Benício Sampaio (PPB-PI), foi aprovado em 8 de fevereiro de 2012 pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Senado Federal. O caminho percorrido até agora está permeado de discussão sobre o teor deste projeto, que pretende atender uma antiga reivindicação da categoria dos médicos com a delimitação legal de seu campo de atuação. O grande questionamento feito pelas demais categorias profissionais diz respeito ao risco de que o texto, se transformado em lei, esvazie as funções e resulte em uma reserva de mercado para os médicos, isso porque de acordo com o texto aprovado, em princípio, só o médico pode diagnosticar doenças e determinar tratamento, decidir sobre cirurgias e determinar procedimentos invasivos.

Cabe deixar registrado que é legítima a luta de uma categoria pela regulamentação da profissão, porém esta conquista não pode, de maneira alguma, interferir na autonomia do exercício profissional das demais profissões, nem nos

avanços conquistados, neste caso, no âmbito de nosso sistema público de saúde, conforme alertado pelo CFESS em nota publicada em seu site no em maio de 2012<sup>43</sup>.

*A grande questão apresentada pelas profissões de saúde em relação ao ato médico refere-se à sua previsão de exclusividade por parte dos médicos para realizar diagnóstico de doenças e à respectiva prescrição terapêutica, o que impõe a necessidade de uma prescrição médica para que o/a usuário/a seja atendido/a por outros/as profissionais.*

A categoria dos assistentes sociais, representada pelo conjunto CFESS/CRESS, considera um desrespeito aos princípios fundamentais do SUS e defende que um texto que pretende negar o livre acesso da população aos profissionais de saúde e a autonomia do exercício das demais profissões não representa uma avanço para a população, mas sim um retrocesso, pois o ato médico impõe uma hierarquização entre as profissões e uma maior burocratização do acesso aos serviços de saúde.

Para a efetivação da política de saúde segundo o amplo conceito previsto pelo SUS, entende-se como fundamental a presença de uma intervenção multiprofissional na qual a concepção de saúde não seja reduzida à ausência de doença, e sim, sejam considerados os vários determinantes do processo saúde-doença.

O projeto que trata do ato médico precisa ainda passar pelas Comissões de Educação (CE) e de Assuntos Sociais (CAS) antes de ir a Plenário, e diversos setores da sociedade de inúmeras categorias profissionais estão atuando para que este Projeto de Lei não venha a desconstruir as conquistas até agora obtidas e, para isso, seguirão na luta por sua modificação.

#### **2.4 A internação compulsória e as comunidades terapêuticas**

Outro Projeto de Lei que tem causado polêmica na atualidade é de autoria do Deputado Pastor Marco Feliciano (PSC-SP), o PL 3167/12, que dispõe sobre a internação compulsória de dependentes e usuários de drogas e de bebidas alcoólicas pelo prazo considerado necessário para o tratamento integral. O PL busca

---

<sup>43</sup> Manifesto foi publicado no site <http://www.cfess.org.br/> no dia 28/05/2012.

possibilitar que a internação seja requisitada pela autoridade pública competente, ou por membro da família, que tenha a guarda ou tutela do usuário e, caso necessário, o uso do entorpecente poderá ser comprovado por meio de exame clínico, prova testemunhal, ou pela apreensão dos objetos e drogas utilizadas.

Caso seja aprovada, a proposta irá alterar a chamada Lei de Drogas (Lei nº 11.343 de 23/8/2006)<sup>44</sup>. A legislação atual estabelece como penas possíveis para os usuários: a advertência sobre seus efeitos no organismo; a prestação de serviços à comunidade e a imposição de comparecimento a programa ou curso educativo.

O argumento utilizado para a proposição deste PL é que a droga se constituiu como “a nova chaga social” e como tal precisa ser combatida. Como forma de justificar sua implementação, recorre-se ao uso da mídia com discurso distorcido dos reais motivos que levam as pessoas ao consumo de drogas e que coloca no mesmo patamar usuários e dependentes. Isso ocorre sem discutir os elementos que levaram ao uso ou dependência e que contribuem para que as pessoas vivam nesta condição. Equivocadamente, o parlamentar afirma que a maioria dos municípios brasileiros precisa de novas políticas públicas de saúde, em um discurso restrito que busca “resolver” uma situação com a criminalização e não com a atenção que a mesma requer.

Vale questionar até que ponto aqueles que serão os responsáveis pela indicação da internação compulsória terão capacidade em discernir quando a medida excepcional de internação compulsória será a mais apropriada e também a que interesses vem atender a utilização deste recurso no momento em que for tomada a decisão. Segundo alertado pelo conjunto CFESS/CRESS no ano de 2012, a equivocada ação policial na cidade de São Paulo mostrou para todo o mundo cenas de violência contra usuários/as de drogas e população em situação de rua na chamada Cracolândia<sup>45</sup>. Como resposta a esta questão, o governo federal propôs o Plano de Enfrentamento ao Crack, que se configura como uma ação que atua na contramão da Reforma Psiquiátrica e das diretrizes da Atenção à Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista que banaliza a internação compulsória e

---

<sup>44</sup> Quanto à questão das Drogas ver Andrade (2011) e Moreira (2008).

<sup>45</sup> Sobre a formação da Cracolândia, ver Pezzotti (2012).

assegura o patrocínio oficial do Estado às comunidades terapêuticas<sup>46</sup>, deixando para segundo plano os aspectos mais importantes para transpor esta situação que nada mais é do que o reflexo da ausência do Estado na saúde.

Segundo o professor-pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Marco Aurélio Soares, as chamadas comunidades terapêuticas que existem atualmente, em sua maioria, são criadas por entidades religiosas, e não têm nenhuma relação com o conceito original. Segundo o Professor “o que existe no Brasil nem se aproxima da ideia verdadeira de comunidades terapêuticas, que foram pensadas pelo psiquiatra inglês Maxwell Jones como espaços democráticos, onde as pessoas ficam se quiserem, participam de assembléias, etc”<sup>47</sup>.

Para além desta atenção especial que merece a discussão sobre os diversos fatores presentes na regulamentação da internação compulsória e no trabalho realizado pelas comunidades terapêuticas, convém pensar a possibilidade de alternativas para o enfrentamento desta questão. Merece destaque para além desta bipolarização – intervenção x direito de escolha – que a princípio pode parecer reducionista, a luta pela implantação dos consultórios de rua.

*Em 2009 o Ministério da Saúde propõe o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - PEAD, sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas através de ações de rua. (BRASIL, 2010b)*

Passados alguns anos, pouco evoluímos nesta proposição que foi pensada como estratégia capaz de:

*Promover articulações na rede intersetorial, uma vez que ao atuar na ponta, com um público com especificidades tão complexas, com queixas e demandas múltiplas, necessitam de aliança com outros setores para dar retaguarda aos encaminhamentos, buscando romper o isolamento do setor saúde, construindo efetivamente parcerias eficazes e resolutivas, e que de fato atendam às necessidades da população. (BRASIL, 2010b)*

Outro aspecto que não pode ser negligenciado nesta discussão é a luta pela conquista da implantação dos CAPS 24 horas. Este serviço permite o cuidado

---

<sup>46</sup> Na 14ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 2011 foi aprovada uma moção de repúdio ao financiamento do governo federal para comunidades terapêuticas.

<sup>47</sup> Esta entrevista foi publicada online no site <http://www.epsjv.fiocruz.br/> no dia 09/3/2012.

intensivo de usuários que apresentam quadro de muita gravidade e/ou vulnerabilidade. Diferente dos “Leitos em hospitais gerais que envolvem especialmente agravos clínicos, como quadros de abstinência, pneumonia, arritmias secundárias ao uso de crack” (BRASIL, 2010b), os leitos em CAPS deste tipo permitem que o usuário seja acompanhado em período de crise pela mesma equipe que o acompanha no cotidiano, ou seja, quando está fora da crise. Tal fato faz muito diferença no cuidado com esta população que precisa ser atendida em sua especificidade e que necessita de atenção qualificada no trato com sua condição. O leito pode ser utilizado também como recurso de redução de danos ou prevenção à recaída.

## **2.5 A terceirização da saúde – a presença das OS’s na gestão dos serviços de saúde**

Com referência ao processo de terceirização das atividades na área da saúde, cabe destacar alguns pontos presentes no documento elaborado pela Frente Nacional pela procedência da ADIn 1.923/98 e Contra as Organizações Sociais (OSs) <sup>48</sup>, intitulado “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”. Segundo este documento, uma das justificativas para que os governos implantem as Organizações Sociais é a de que elas darão maior agilidade nos serviços prestados à comunidade. Entretanto, alguns fatos recorrentes no cotidiano dos serviços e, eventualmente veiculados na mídia, demonstram que esta afirmativa não se confirma, ao contrário, refutam o discurso centrado na apologia ao privado e na *satanização* do Estado. Esta privatização do serviço é apontada como um grande risco à efetivação dos direitos sociais, uma vez que ameaça a continuidade do que foi conquistado legalmente e que ainda está em construção.

---

<sup>48</sup> A ampliação das Organizações Sociais em vários estados do Brasil propiciou a articulação dos Fóruns de Saúde do Rio de Janeiro, Paraná, Alagoas, São Paulo e Londrina, em maio de 2010, para compor uma Frente Nacional pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) nº. 1.923/98, contra a Lei n. 9.637/98, que “dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências”, e contra a alteração do inciso XXIV do artigo 24 da Lei n. 8.666/93, com redação dada pelo artigo 1º da Lei n. 9.648/98, que permite a dispensa de licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais (OS). (BRAVO, 2011, p.185).

No **Manifesto** são apontados fatos que comprovariam “a existência de fraudes nas Organizações Sociais de Saúde”. A dispensa de licitação que é garantida às OSs para compra de material e a cessão de prédios públicos para estas entidades se configuram, segundo o manifesto, como facilitadores para o desvio do erário público, havendo uma violação frontal ao princípio da moralidade na administração pública. Diante de tal questão, a presença do Controle Social é fundamental, porém a Lei nº 9.637 de 15/5/1998 não contempla os controles próprios do regular funcionamento da Administração. Tal fato leva à perda do controle sobre o público pela população usuária dos serviços, dando um caráter antidemocrático à gestão.

No que diz respeito ao impacto deste modelo para os trabalhadores, é possível inferir que estes têm sido prejudicados, uma vez que com a entrada das OSs na execução das políticas públicas ocorre a eliminação de concurso público para contratação de pessoal, abrindo, desta forma, um precedente para o clientelismo na contratação, bem como para a precarização do trabalho frente à flexibilização dos vínculos, “além da formação de “currais eleitorais” em diversos Estados e Municípios do país, suprimindo o caráter democrático do concurso público e a meritocracia”.

Existem ainda denúncias quanto à utilização de trabalhadores concursados para trabalharem em órgão público na prestação de serviços a entidades privadas. Isso é uma afronta à classe trabalhadora que já convive com condições deterioradas de trabalho. Como toda empresa privada, a perspectiva do trabalho nessas entidades ditas “sem fins lucrativos” se dá pelo foco no cumprimento de metas, e na área da saúde, estas estariam focadas em atividades relacionadas à hipertensão, diabetes, gestantes, crianças e idosos. O questionável diante da situação é que a cobrança pelos dados quantitativos se sobressai à qualidade do trabalho que vem sendo prestado à população.

Neste sentido, é necessário questionar o impacto desse modelo frágil sob o ponto de vista do controle do Estado sobre essas entidades e o seus impactos na execução da assistência à saúde, para que se possa identificar se é o mais adequado para atender os interesses da população ou se representa uma parceria

com vantagens às entidades em detrimento da saúde da população. O posicionamento da Frente Nacional é que:

*Esse processo de Privatização via terceirização da gestão e dos serviços públicos que é apresentado pelas Organizações Sociais é claramente um ataque aos direitos trabalhistas e sociais conquistados historicamente pela população; e que traz consigo um sistema de saúde fragmentado referente às prestações de Serviços em Saúde; além de abordar um escasso quadro técnico de trabalho falho e ineficiente prejudicando assim os usuários.*

Como pode ser observado, os atuais desafios e impasses no campo da saúde mental no Brasil requerem a intervenção de todos os que de uma maneira ou de outra estão envolvidos com a temática. É fundamental que nesta busca estejam presentes os movimentos sociais e os atores que defendem a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial. Entende-se que as mudanças precisam ser articuladas, envolvendo a sociedade, quer pela discussão, quer seja pela proposição de política ou de alteração na mesma. O Estado precisa ser requisitado, e esta função é de todos, não só daqueles que foram eleitos como representantes da população.

## **CAPÍTULO III – DE QUE REDE ESTAMOS FALANDO?**

### **1. ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA**

Este capítulo apresenta o resultado do material obtido nas entrevistas e a análise dos depoimentos em relação às discussões feitas nos capítulos anteriores, para que com isso seja possível articular o referencial histórico, teórico-conceitual e legal-normativo com a informação que se encontra “viva” nos serviços que foram objeto deste estudo.

A partir do material coletado com as entrevistas, obtivemos um universo bastante rico de informações pertinentes à rede de atenção psicossocial da região investigada. Os depoimentos refletem o cotidiano dos sujeitos participantes do estudo e se mostraram bastante significativos, o que permite concluir que os propósitos da pesquisa foram atingidos. A análise do material permitiu desvelar o campo de estudo, bem como obter respostas aos primeiros questionamentos feitos quando da elaboração do projeto de pesquisa. A partir da análise de conteúdo (Bardin, 2011) foram tecidos os pontos mais relevantes deste estudo. Dentre as várias possibilidades existentes, destacam-se abaixo os depoimentos dos entrevistados, agrupados em categorias consideradas relevantes para este trabalho.

#### **1.1 Avaliação dos serviços pelos usuários**

Identificamos que os serviços são muito bem avaliados pelos usuários, que reconhecem a atenção prestada a eles, o que sinaliza que, para aqueles que conseguem acessar os serviços, é dispensada a atenção necessária para o cuidado com sua saúde. Este entendimento da qualidade do serviço aparece na maioria dos depoimentos, porém é preciso considerar que se dá a partir dos usuários que acessaram os serviços, o que permite indagar sobre quais seriam as avaliações se o questionamento fosse feito aqueles que por algum motivo não tiveram a possibilidade de acessá-los. Dentre as colocações feitas pelos entrevistados a respeito do próprio serviço no qual estavam inseridos no momento da entrevista, cabe apresentar as seguintes considerações:

*[...] ele (o CAPS) presta serviços de boa qualidade [...] não tenho nada a reclamar [...] O CAPS sempre me deu apoio quando tive recaída, me tratou como se fosse paciente especial [...] coopera com a família, ajuda a sairmos da crise quando vem a crise, mesmo com ou sem consulta marcada, eles fazem direitinho, recebem como se fosse uma mãe quando o filho tem uma febre alta, eles conhecem o paciente, o paciente parece um filho, prestam atenção especial [...] (Usuário1)*

*Nós precisamos de mais hospitais e mais paciência pros médicos, porque de vez em quando o médico tá ali, vamos supor, eu estou na fila para tomar injeção e ele está com mais três lá, ele ter um pouquinho mais de paciência porque de vez em quando o meu problema, quando eu fico impregnado, eu quero ser atendido na hora, por causa que a impregnação é muito ruim, sabe? (Usuário3)*

*Aqui o atendimento é bom, eu não tenho o que reclamar. Bom e profissional, eles sabem como lidar com a gente [...] quando minha situação foi se agravando eu vim aqui e aí eu vi que é uma coisa séria, que pra mim tá funcionando, entendeu? E para muitos outros amigos meus que passam por aqui e que eu tenho contato eu sei que está funcionando. (Usuário4)*

*Esse serviço eu acho ótimo. Acolheram-me com uma preocupação, com um cuidado, com um carinho. (Usuário5)*

*É muito bom, fui muito auxiliada desde que eu cheguei aqui na avaliação, é um bom trabalho, fui muito bem assistida. Ah! Eu gosto de tudo [...] eu estou adorando o serviço, pois está mudando a minha vida. (Usuário6)*

Como pode ser observado, o discurso se estabelece no âmbito da forma como os usuários são acolhidos pelo serviço. De certa forma, aponta para uma forma reducionista de avaliar os serviços, compreensível se considerada a história de descuido e de situações limites em que viveram os entrevistados.

Com relação à percepção dos usuários sobre a qualidade do atendimento prestado nos demais serviços de saúde aos quais possuem acesso ou buscam atendimento, as informações trazidas sinalizam que existem diferentes formas de se apreender a atenção que os mesmos têm recebido.

*Eu fui bem tratado, assim, fui bem tratado. (Usuário1)*

*Eu uso o posto lá perto da minha casa quando eu preciso, tenho até o cartão aqui. Quando eu vou lá marcar alguma consulta, o atendimento é bom. Foi bom também, lá (CAPS) eles faziam uma reunião para perguntar como é que você estava se sentido [...] Um atendimento bom, lá também. (Usuário3)*

*[...] os outros serviços que eu conheço, tipo os posto de saúde [...] eles se limitam em te consultar e te dar um remédio. (Usuário2)*

*Lá na UBS existe demora em marcar consultas e para alguns exames [...] conseguir uma consulta de fonoaudiologia, um especialista, assim como um geneticista é mais difícil por lá, eu sinto essa dificuldade. Tudo vai para uma fila de espera. (Usuário5)*

Esses quatro depoimentos, de certa forma, traduzem a condição de saúde na Atenção Básica. É recorrente e já se constituiu como pauta de diversas reuniões do Conselho Gestor da região a dificuldade do usuário de conseguir acessar a consulta com clínico geral na UBS que se entende como “porta de entrada” para o sistema de saúde. Em parte, essa situação reflete uma falta de investimento na área, o que tem como desdobramento um serviço precarizado e muito aquém da necessidade da população. A tendência, se persistir a inércia, é o agravamento da situação, dado o crescimento da demanda ao SUS, principalmente com a migração para o sistema público daquelas solicitações não atendidas pelos planos privados de saúde.

Frente à possibilidade de sugerirem melhorias ou pontuarem questões que necessitam de maior atenção, os entrevistados declaram que:

*[...] se você chegar num posto, você vai pegar uma fila, você vai ficar lá, você é tratado como uma paciente comum. Tem lugar que não dá para falar muito, você vai lá é receita e só. Hoje em dia nas UBSs você fala o que tem e ele (médico) dá a receita e você vai embora, quando muito dá uma orientação do que você precisa fazer. (Usuário1)*

*[...] tem uma dificuldade muito grande das pessoas com deficiência conseguirem um laudo médico e uma dificuldade delas em conseguirem uma consulta é imenso. Conheço uma pessoa que está numa fila para conseguir uma consulta com oftalmologista há um ano e talvez não consiga este laudo, porque isso implica em assinaturas, em aprovações, então a dificuldade dos deficientes é imensa. (Usuário2)*

*[...] no posto lá de casa deveria ter um hospital maior, porque lá eu sei que eu preciso, não só eu, mas muita gente precisa e lá o lugar é muito pequeno. Era um posto de saúde antes e agora é o AMA. A sala que fizeram para atendimento lá é muito pequena, eu acho que deveria aumentar aquele posto ali. Nós precisamos de mais paciência dos médicos. (Usuário3)<sup>49</sup>*

Por motivos não identificados neste estudo<sup>50</sup>, denota-se a ausência de uma participação mais efetiva dos Conselhos Gestores de Saúde, que deveriam agir sobre esta situação que impacta no tratamento e, por consequência, na saúde do paciente. É urgente debater publicamente estas questões e o exercício da participação democrática deve contribuir para a intervenção com resultados efetivos nesses quesitos que são de interesse coletivo. Em uma única entrevista foi lembrada

<sup>49</sup> Esta percepção reflete uma realidade na implantação das AMAs Especialidades na cidade de São Paulo, pois ao invés de instalarem os serviços em uma outra estrutura física, a maioria destes serviços foi implantada dentro do espaço físico que era das UBSs. Isso fez com que as Unidades Básicas perdessem parte do seu espaço, trazendo consequências negativas para a população e para os trabalhadores que muitas vezes nem mesmo possuem sala disponível para atendimento.

<sup>50</sup> Para maiores informações sobre o Controle Social na Saúde, ver Bravo e Menezes (2012).

essa instância de participação, e ainda assim para exemplificar um posicionamento preconceituoso com a população que faz uso da rede, conforme terceiro depoimento constante no item 1.5 deste capítulo.

Os Conselhos Gestores de Saúde estão constituídos e precisam assumir a sua responsabilidade sobre estas questões. É necessário denunciar a falta de atendimento e as condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores, pois sem a discussão desses fatos não existe superação dessa condição.

Entre os entrevistados foi identificado também o uso de planos privados de saúde ou consulta particular. Pelo relato foi possível reconhecer que existe uma relação de complementaridade entre o SUS e os convênios de saúde. Trazendo uma maior facilidade do acesso à saúde para aqueles que têm condições financeiras para pagar um plano privado de saúde ao mesmo tempo em que têm a possibilidade de exercer seu acesso a este direito nos serviços vinculados ao SUS.

*[...] lá tem propaganda desta terapeuta, ela faz medicina alternativa, faz acupuntura, faz massagem, faz florais e eu estou fazendo com ela. Só custa R\$20,00 por sessão e não pesa muito [...] eu faço esforço para pagar. (Usuário1)*

*[...] eu tenho plano de saúde que me atende no Hospital X e dependendo do dia, se é um dia muito frio, que as pessoas todas adoecem, você chega lá e fica na fila três ou quatro horas. É triste. (Usuário2)*

*[...] ele tem convênio por que a saúde pública não garante tudo que se precisa. [...] eu pago o convênio, eu vi que tinha necessidade de fazer pra complementar esse tratamento. (Usuário5)*

## **1.2 Avaliação da rede pelos técnicos**

Ao responderem sobre o funcionamento da rede psicossocial, os técnicos deixam explícito um viés bastante crítico. Diferentemente do olhar positivo presente nas declarações dos usuários ao analisarem os serviços que fizeram parte desta amostra, e até mesmo dos demais de que fazem uso, os técnicos imprimem um posicionamento mais questionador sobre o seu espaço de trabalho e sobre os demais serviços. Entende-se que esta questão está relacionada com o fato de que eles consideram questões que passam despercebidas pelos usuários. Além disso, é possível deduzir que os técnicos também pensam sob a perspectiva da rede e não somente a respeito dos serviços nos quais estão inseridos como trabalhadores.

Esse posicionamento mais contestador sobre o serviço pode ser facilmente identificado nos relatos que se seguem e que dizem respeito à percepção dos mesmos sobre a rede:

*[...] eu acho que é uma rede que tem que ser expandida [...] eu acho que tem serviços que tentam dar conta e de certa forma dão conta [...] mas eu acho que ainda é pouco perto de toda a população que existe. (Técnico1)*

*[...] acho que a nossa rede é bem empobrecida, o que dificulta bastante o nosso trabalho [...] a questão é que normalmente o usuário fica como um ping-pong nesta questão [...]. (Técnico2)*

*A gente já teve uma relação muito mais lisa, hoje ela (a rede) está um pouco mais burocrática, um pouco mais difícil. (Técnico3)*

*Tem bastantes opções de serviços, mas às vezes um pouco cindida. (Técnico4)*

*Então, eu acho que vem se organizando melhor, eu acho que já estive, nesse período que eu estou aqui, já estive mais difícil, eu acho que tem caminhado para se organizar melhor, eu acho que está começando a rede a conversar a mesma língua, pelo menos tentar conversar [...]. (Técnico6)*

*Muito preconceito, muito pobre, os profissionais não estão preparados para os vários tipos de situações, tipo a drogadição, que está surgindo, o perfil do paciente psiquiátrico e a drogadição, o paciente é muito discriminado, entendeu? (Técnico7)*

*Agora, a rede, como eu vejo, assim, eu vejo algumas falhas, eu não vejo a rede completa, porque assim [...] eu acho que a questão da comunicação falha bastante. (Técnico8)*

Durante as entrevistas foi possível identificar que os técnicos se posicionam na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, alguns viveram este momento de forma bastante participativa, o que de certo modo justifica o pensamento mais contestador, que nada mais é do que a certeza de que o ideário da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica constitui um processo em constante construção, mesmo depois de 20 anos das primeiras proposições que se configuraram como raízes do modo atual de se pensar a saúde mental.

Dentre os possíveis motivos para a avaliação negativa, os entrevistados apontam que existe uma dificuldade no acesso aos demais serviços, o que repercute diretamente no funcionamento da rede. Por mais que se tenha conhecimento de que a rede funciona a partir das relações entre os seus usuários e os diversos

profissionais<sup>51</sup> presentes nos espaços de atenção na área da saúde, principalmente, entende-se que estas decisões e ações não podem ficar restritas à esfera pessoal e subjetiva, pois dessa forma corre-se o risco de retirar a responsabilidade que deve existir no âmbito da política quanto à perspectiva do trabalho em rede.

*[...] não sei se a palavra seria “pessoal”, mas tem unidade onde você tem um melhor contato e tem unidades que o contato não é tão bom quanto se gostaria [...] quando você liga alguns são mais receptivos, outros não, mas a ideia não é ficar nisso [...]* (Técnico1)

*A gente faz uma contrarreferência, ou mesmo tenta fazer um encaminhamento mais cuidadoso, de ligar para a unidade, dizer que essa pessoa que eles mandaram não tem perfil para estes serviços, mas é isso, a pessoa vai para a unidade, a unidade diz que para ele voltar para cá, então o usuário que perde essa rede pouco estabelecida, pouco tecida.* (Técnico2)

*A gente tem tido dificuldade para fazer encaminhamento para consultas médicas. Hoje, por exemplo, fomos marcar consulta com a UBS de nossa referência e a resposta foi que: “Não, aqui não tem esse tipo de médico, você vai ter que ir a outra UBS.” Então imagina se fosse o paciente que tivesse que ir lá e ter que ir em outro local.* (Técnico4)

*Eu vou o tempo todo lá, eu ligo e eu insisto. Eu vejo que nos outros casos a coisa funciona mais na lógica do encaminhar do que garantir que está sendo assistido.* (Técnico5)

*Olha, o povo fala que é sobrecarregado, não é? Todo mundo sobrecarregado, o tempo é curto, se você encaminha o paciente, o paciente, ele volta, e muitas vezes fala: “Não tinha vaga”. Você fez o contato via fone, então, antes de ir, mas o povo: “Não, pode vir.”. O paciente vai e o paciente volta com o papelzinho na mão: “Olha, falou que não tem, o que eu faço?”.* (Técnico7)

A crítica presente nos depoimentos aponta para a fragilidade dos serviços que pretensamente deveriam atuar em rede, mas nem mesmo dispõem de sistemas que permitam verificar quais os recursos, atividades, profissionais e medicações estão sendo utilizados no tratamento pelo paciente que circula entre os diversos serviços.

Como possibilidade de superação desta situação, algumas estratégias são apontadas e, particularmente, entendemos que estas são, para além de estratégias, atribuições dos profissionais presentes na rede:

*Em alguns casos, a gente liga para um posto, liga pra algum lugar para poder marcar o atendimento, fazer um acolhimento [...] Tem o que a gente chama de reunião de matriciamento, então mensalmente os serviços se*

---

<sup>51</sup> Na descrição dos depoimentos são identificados como Técnicos.

*reúnem para discutir os casos de saúde mental, também tem o Fórum de Saúde Mental. (Técnico1)*

*A gente busca relação não só com os serviços públicos, mas a gente tem bastante relação com o terceiro setor, principalmente na questão da assistência social. A gente tem um trabalho com ONGs, com abrigos. (Técnico3)*

*Como a gente é uma equipe transdisciplinar eu peço auxílio para a minha colega. Se ela conhece alguém, a Assistente Social pra gente poder fazer essa consulta, pra facilitar até chegar ao objetivo final. A gente tenta outros meios, por exemplo: "Ah! A minha prima trabalha num desses lugares, quer que eu marque?". A gente vai tentando desses modos indiretos. (Técnico4)*

Como pode ser observado, o enfrentamento se dá a partir de articulações significativas como o matriciamento ou o acionamento dos recursos para além dos que existem na área da saúde, porém ainda muito incipientes diante da dimensão do problema. Além disso, para que ocorra uma alteração significativa neste contexto é necessário ir além dessas estratégias. É preciso uma mudança na forma de condução do cuidado nesta área, e percebe-se que esta proposição tem sido buscada pela Interlocução em saúde mental na região, conforme informação obtida por meio das entrevistas.

### **1.3 Acesso aos serviços**

No que se refere à forma de acessar os serviços, identifica-se que tanto se dá a partir da procura pelos usuários quanto pelo encaminhamento entre os serviços que prestam atendimento à população, o que de certa forma sinaliza a relação de uso dos recursos entre os serviços. Sendo assim, as formas de acesso ocorrem conforme os seguintes relatos:

*O meu irmão que descobriu (o CAPS). Trouxe para a casa dele e depois, no outro dia, vim para o CAPS. (Usuário1)*

*É porque eu surtei, devido ao problema que a minha mãe tem problema mental? Eu acho que eu puxei esse lado dela, aí eu fiquei um bom tempo em casa, não saía, só ficava deitado, não queria que acendessem a luz, só queria ficar no escuro. (Usuário3)*

*Eu vim por minha conta. Eu vim porque eu vi que estava necessitando mesmo de uma ajuda profissional. E eu vi quando entrei que aqui é um negócio sério. (Usuário4)*

*Eu que procurei. (Usuário8)*

*[...] atendemos pacientes que tentaram suicídio, ou um primeiro surto, então ficam internados e depois quando saem eles (Hospitais) encaminham pra cá, contrarreferenciam pra cá. (Técnico1)*

Estas práticas de contrarreferência, assim como a existência dos serviços funcionando no território próximo de onde existe a demanda, possibilitam o acesso aos recursos da rede. A ESF – Estratégia Saúde da Família – funciona também como facilitadora do acesso ao atendimento nos serviços, em situações em que, muitas vezes, os usuários não iriam buscar auxílio. E para que esta estratégia seja utilizada em sua plenitude, é necessário implantar mais equipes nos territórios, pois o número existente é inferior ao necessário.

#### **1.4 Acesso aos direitos sociais**

Identificamos que o acesso a alguns direitos dos usuários tem sido operacionalizado pelos serviços, o que nos faz perceber que existe um cuidado por parte da equipe técnica e dos familiares em viabilizá-lo, ao mesmo tempo em que existe uma desatenção quando os usuários não estão contemplados nos serviços.

Dentre esses direitos identificamos o acesso ao Bilhete Único Especial, responsável por garantir o transporte gratuito nos veículos públicos municipais e metropolitanos (Metrô e CPTM) para pessoas com deficiência, temporária ou permanentemente. Já o acesso ao BPC - Benefício de Prestação Continuada, que representa um benefício da Política de Assistência Social que integra a Proteção Social Básica no âmbito do SUAS - Sistema Único de Assistência Social, refere-se a um benefício que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Também dentre os usuários dos serviços, identificamos a presença daqueles que tem acesso ao Programa De Volta para Casa, um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações e corresponde ao pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. O benefício consiste no pagamento mensal de auxílio-pecuniário no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) ao beneficiário ou seu representante legal, se for o caso, com duração de 1 (um) ano<sup>52</sup>. Também foi possível identificar que nesses

---

<sup>52</sup> Poderá ser renovado, a partir da avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-SES e CAP-MS), e tem como objetivo apoiar e acompanhar o beneficiário no seu processo de reabilitação psicossocial.

casos a presença do Assistente Social é muito frequente, pois este profissional atua na efetivação do acesso ao direito, o que corrobora o entendimento de que:

*[...] a intervenção profissional faz referência aos princípios fundamentais da profissão, previstos no Código de Ética, de acordo com os quais a prática do assistente social deve estar voltada para a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vista à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras”. (Código de Ética do Assistente Social, 2003, p. 63).*

O trabalho sob essa perspectiva contribui para o reconhecimento do compromisso profissional:

*[...] outro serviço também que tem aqui e que eu considero importante, é a reunião que tem com a Assistente Social. Ela faz uma reunião com a gente, e ali a gente discute as nossas necessidades, ela explica os benefícios que nós temos, nos ajuda a ir atrás do Bilhete Único e da LOAS. É um serviço interessante, porque muitas vezes a gente não sabe nem por onde começar e nem que direitos a gente tem, e aqui tem esse serviço, essa orientação. (Usuário5)*

Porém, merece atenção a questão da dificuldade no acesso a alguns direitos para aqueles que fazem uso do serviço de Residência Terapêutica, de modo a evitar situação como a descrita abaixo:

*E aí tem a questão de ter mais de um benefício, a gente até discute se tem direito a algum benefício além da residência terapêutica, porque já tem INSS negando, entendendo que a residência é um benefício, então seriam dois [...] (Técnico5).*

Cabe registrar que além da questão da possibilidade de obter algum benefício para além da inserção em uma RT, desde a apresentação da Pesquisa no NEP – Núcleo de Educação Permanente da Coordenadoria Sudeste<sup>53</sup>, foi levantada uma polêmica, tendo em vista a RT ter sido incluída na lista de serviços participantes da rede de atenção psicossocial. O questionamento era se a Residência Terapêutica era ou não um serviço. Foi possível observar que não existe uma unanimidade entre os técnicos que foram questionados sobre esta situação. Segundo uma cartilha do Ministério da Saúde (2004) este dispositivo de atenção para com aqueles que após

---

<sup>53</sup> Todos os meses, os participantes deste núcleo se reúnem para discutir propostas de desenvolvimento e formação dos trabalhadores da saúde. Parte-se das necessidades identificadas e também participam desses encontros as instituições de ensino da região e principalmente aqueles que têm relação com o uso dos serviços como campos de estágio. O objetivo é a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população e este também participa com seus representantes.

anos internados em hospitais psiquiátricos não podem mais contar com o suporte adequado na comunidade é denominado como **Serviço** Residencial Terapêutico (grifos do autor). Além disso, trata-se de um espaço onde circulam profissionais que são remunerados e atuam como facilitadores da dinâmica deste local, assim como são responsáveis pelos moradores e pela sua dinâmica com o território.

### 1.5 Relação com o território

No contexto territorial em que os serviços estão inseridos, não são poucos os entraves que se colocam para os profissionais e os usuários. Muitas vezes, o próprio serviço não é reconhecido, nem em sua importância e tampouco em sua finalidade, por aqueles que não convivem com a necessidade direta ou indireta do seu uso. Um agravante dessa questão é consequência da falta de cobertura apropriada, conforme determina a Portaria Ministerial nº 336 de 19/2/2002 e que pode ser bem observada na Tabela 4 (página 54). Esta condição repercute em uma responsabilidade de atuação para além das possibilidades estruturais e organizacionais do serviço.

*Eu acho que as consequências são bem grandes, acho que principalmente nessa questão da gente pensar na inclusão dessa pessoa na comunidade dele. Porque de fato a gente não tem contato com essa comunidade, a gente tem contato com a comunidade aqui do lado, que está próxima à gente. Agora, alguém que mora, sei lá, a gente atende o bairro X, qual o nosso contato com esta comunidade? Nenhum. Tá muito longe da gente, isso não é território. (Técnico1)*

Neste mesmo ambiente de cuidado é possível identificar a existência do preconceito com a população que faz uso do serviço. Trata-se de um preconceito dos residentes no entorno de onde se localizam os serviços, demonstrando uma tendência a pensar que o lugar desta população deve ser mesmo o manicômio e não a sociedade como deveria ser o direito de todos. Esta questão aparece de forma mais marcante nas seguintes narrativas:

*[...] antigamente tinha uma associação que era totalmente contrária à nossa presença. E era uma fala muito agressiva, porque era assim: a gente ia trazer esse público para cá e que eles não queriam. (Técnico3)*

*[...] tem uma vizinha que é completamente maluca e que inferniza a vida deles, assim, pelas questões dela, nem tem barulho ela diz que tem barulho, [...] já teve história mesmo de fazerem abaixo-assinado para não ter, e tal. (Técnico5)*

*Tem o Conselho Gestor aqui da região que entende que o paciente psiquiátrico - nós estávamos conversando esses dias, que ficar, assim, escondidos, que ele não pode aparecer. "Ah, é aquele paciente psiquiátrico, o louquinho? Então ele tem que ficar escondido. Ah! Não pode aparecer, para quê ter esse povo aqui dentro?". (Técnico7)*

E a presença deste pensamento não é somente perceptível no lado de fora do serviço, pois identificamos que:

*[...] eu vejo as pessoas que falam para o paciente: "Pô! De novo aqui?" Gente, isso é bobagem, não fale isso para o paciente. Isso é uma tremenda de uma agressão. Se ele está no sistema é porque a gente não resolveu o problema da criatura, entendeu? A falha está sendo nossa. (Técnico7)*

Esse tipo de atitude representa um modo de pensar a saúde mental e afronta as diretrizes para o cuidado com esta população. Muito mais que um preconceito existe a negativa no que diz respeito à cidadania, ao direito constitucional de viver livre e na sociedade. Trata-se de atitude equivocada que tem a sua base no não entendimento do outro a partir das suas potencialidades e na priorização do olhar sobre aquilo que o diferencia do restante.

## **1.6 Relação com a família**

Ao longo da história, o papel da família foi sendo alterado conforme as circunstâncias sociais, econômicas e culturais<sup>54</sup>. Este grupo foi assumindo os mais diversos formatos e na atualidade representa tanto um espaço de cuidado quanto de conflito. O ser humano não existe a não ser na relação consigo mesmo, com os outros e com o meio em que vive, determinado por condições sócio-históricas. Neste sentido, a vida social e familiar se reproduz neste espaço, que se constitui como controverso, mas importante quando se fala em saúde mental, conforme pode ser observado nos depoimentos que seguem:

*A minha mãe faleceu e eu sentia muito a falta dela, e eu tava sozinho em casa, tava sozinho em casa e... meus irmãos tinham voltado tudo pra São Paulo, e lá é distante, é 600 Km, eu tava sozinho, eu fui pro cemitério e fui tentar fazer oração pra minha mãe ressuscitar novamente. (Usuário1)*

*[...] elas (prima e vizinha) me tratam bem, as duas sabem conversar comigo bastante, falam para eu não ficar preocupado com a minha mãe, que um dia ela vai aparecer [...] só que de vez em quando dá umas coisas no coração, eu começo a pensar "umas coisas". Eu fico meio preocupado [...] teve essa*

---

<sup>54</sup> Para maiores informações ver Rosa (2008).

*chacina e ela costuma ficar lá para os lado de Osasco, então, lá em Osasco, disseram que lá mataram oito pessoas e fizeram outro ataque lá de novo. Então, eu estou preocupado com esse negócio aí, ela (mãe) ela fica para os lados de Osasco, então eu fico inquieto em casa [...] (Usuário3)*

*No domingo eu fico na casa da minha tia adotiva, [...] ela é minha tia, mas só que ela é minha mãe adotiva, ela que me criou, então eu chamo ela de mãe. Eu fico o fim de semana inteirinho na casa dela, eu almoço na casa dela, tomo o café da tarde, então eu passo o meu fim de semana mais na casa da minha mãe adotiva que é irmã da minha mãe. (Usuário3)*

*Eu tinha perdido a confiança dos meus irmãos, que estão aqui em São Paulo. Eu sou da Paraíba, mas estou aqui há muitos anos, quase 30 anos, eu estou reconquistando de volta os meus irmãos, a minha ex-esposa, ela já tá. Os meus filhos, é, eles estão, aos poucos eu estou aos poucos recuperando tudo que eu perdi. (Usuário4)*

*[...] a gente às vezes sente falta da família e aqui é bom porque tem três dias de visita. Então esses dias de visita é que fazem a gente ficar mais forte [...].(Usuário6)*

*Não me dava muito bem com a minha mãe, ela está com o meu cartão, ela vai receber no meu lugar. [...] ela que mexe com o meu dinheiro. (Usuário8)*

O trabalho com as famílias e as dificuldades inerentes constituem, portanto, um desafio no cotidiano de todos os profissionais que atuam com os sujeitos sociais.

*O fator de trabalhar com a família, é complicado, é muito complicado, porque a família também não tem tempo, tem que trabalhar. O paciente tem que ser trabalhado, muitas vezes o paciente não quer ser trabalhado, e aí. "Ah, fulano não adere ao tratamento..." Mas onde é que está a falha? Porque ele não adere ao tratamento, o que está acontecendo que ele não está aderindo a esse tratamento? Alguém está falhando. Tem unidades que o profissional veste a camisa, interage com aquilo, mas tem uns locais que não. Torna-se uma coisa muito mecânica, o paciente vai, se ele quiser, bem, se não, amém. (Técnico7)*

## 1.7 Religiosidade

A relação entre religiosidade e saúde mental é fonte de controvérsias. Segundo Moreira-Almeida e outros (2006):

*A ampla maioria dos estudos de boa qualidade encontrou que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado) e a menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso/abuso de álcool/drogas.*

Neste sentido, os depoimentos fazem referência à intervenção divina como responsável pela condição vivida pelos usuários, conforme abaixo:

*Eu tenho que dar Graças a Deus que esse ano aqui eu fui pouco ao médico, eu fui mais à AMA e à UBS eu fui pouco. Eu fui só no dentista, Graças a Deus eu não fui muito. (usuário1)*

*Eu estou trabalhando muito no sentido de orar meus pensamentos, porque eu também não ia em [...]. (Usuário4)*

*Ah! O ponto positivo que eu vejo aqui é o atendimento, eu, assim, não tenho o que falar, eu dou Graças a Deus todos os dias. (Usuário5)*

Por outro lado, embora escape aos propósitos e limites da pesquisa, cabe registrar a preocupação do pesquisador quanto aos impactos exercidos por certas igrejas – sob promessas e expectativas de cura ou de milagre – sobre pessoas que requeiram atenção em saúde mental.

## 1.8 Tratamento

É possível identificar que o cuidado prestado nos serviços se estabelece para além da medicação segundo os depoimentos dos pacientes e tal constatação demonstra a importância das atividades esportivas e terapêuticas para o tratamento. Quando bem utilizadas, estas contribuem para a interação do paciente com o território, fazendo com que este possa fazer uso do espaço coletivo ou mesmo de outro local que não aquele comumente associado à doença.

*Eu vou ao CECCO lá só para passear, para conversar com as pessoas de vez em quando sabe, porque tem natação lá também [...]. (Usuário3)*

*As meninas aqui fazem a cartela e eu tomo em casa; é uma “X”, uma “Y” e um “Z”, três de manhã e três de noite. No começo, tipo assim, eu acho que a pessoa tem que entender que tem que tomar remédio primeiro. Aí quando estiver um pouquinho mais estabilizada a doença, procura fazer alguma atividade, porque é bom fazer atividade. (Usuário3)*

*Não estou tomando remédio, nada, estou só tomando a vitamina que a médica passou pra comer um pouco melhor. (Usuário4)*

*[...] a gente conversa, no grupo de motivação, uns dizem os seus problemas. [...] isso fortalece a gente, porque a gente troca ideias e conversa e vê que funciona conversando, desabafa. Tem muita gente que não fala, tem receio de falar as coisas que passou, que passa, que sente [...]. (Usuário4)*

*Vou oficina de letras, de quarta-feira, quarta feira-oficina de letras, à tarde. Não, terça-feira à tarde é artesanato, e quarta-feira é oficina de letras, de dia, na parte da manhã. (Usuário7)*

*Faço fuxico, faço artesanato, jogo futebol, participo da Copa da Inclusão, do campeonato de CAPs contra CAPs, e o meu sonho é ser jogador de futebol profissional, também. (Usuário8)*

*Aí eu passei com a médica que eu falei do M'Boi Mirim que ela passou remédio para mim, que eu tomo o remédio tranquilamente, almoço lá, tomo café da manhã lá, isso ajuda a mente, jogo futebol, jogo tudo, jogo futebol, aí vou para casa, aí fico todo recuperado lá. (Usuário8)*

*As pessoas vão às unidades, só trocam a receita, tomam o remédio, como se isso fosse um cuidado em saúde [...] (Técnico3)*

Como pode ser observado, a medicação – mesmo sendo reconhecida a sua importância – aparece como coadjuvante neste cenário que não deve destacar a doença e o medicamento no tratamento.

### **1.9 De que rede estamos falando?**

Diante das informações que foram obtidas na pesquisa, cabe-nos responder aos questionamentos feitos quando da proposição do projeto e que se encontram presentes no próprio título desta dissertação. Discorreremos sobre aquelas indagações a partir da apresentação de algumas contradições presentes neste universo.

Esta rede apontada pelos profissionais como: “pouco tecida”, “necessitando ser estendida”, “bem empobrecida”, “cindida” ou mesmo “preconceituosa” nos parece fazer parte de uma lógica que em nada contribui para a operacionalização dos preceitos pensados quando da luta pela superação do modelo que vinha sendo utilizado no cuidado das pessoas com transtornos mentais. E essa inferência não diz respeito somente aos níveis operacionais, como podemos ver nesta afirmação:

*Muitas vezes a própria representante do governo lá na Secretaria não tem uma compreensão exata ou real da potência do serviço. (Técnico3)*

Como consequência parcial é possível pontuar que:

*Então até tem uma busca das pessoas de outras regiões para esta região, porque aqui tem, bem ou mal, tem uma equipe técnica, formada, constituída. Tem outros serviços como esse que funcionam com um ou dois profissionais técnicos. (Técnico3)*

*Se eu não tenho ginecologista aqui eu te encaminho não para a UBS para você marcar, eu já marco pra você e você vai lá, marcado. Eu acho que pra mim rede é isso. Mas de certo modo fica meio cindido. E isso não sei o porquê. (Técnico4)*

*Assim, a gente conhece algumas profissionais, conhecemos, também, às vezes, liga e é o atendente que você fala, às vezes não conhecemos*

*ninguém, então temos que nos apresentar e como o nosso serviço funciona. (Técnico4)*

Este cenário descrito pelos técnicos traz consequências tanto para os usuários dos serviços quanto para os próprios profissionais que, inseridos neste contexto, precisam se desvencilhar destas questões para poderem operacionalizar suas atividades. Nestas condições pontua-se:

*O que eu vejo aqui (rede) é um desgaste muito grande, assim, principalmente do CAPS. Que tem todo esse movimento político, de não estarem renovando a equipe, então a equipe vai envelhecendo, vai se aposentando, não entram pessoas novas, mas o contingente de usuário é a mesma quantidade, toda paranoia de que em algum momento pode ser se que seja privatizado, e a gente vai perder o emprego, e a gente não vai perder o emprego, como é que vai ser, e tal. (Técnico5)*

*Nós, enquanto profissionais da área da saúde, o que nós podemos fazer, também, pra não ficarmos doentes dentro desse trabalho com a doença? (Técnico6)*

Mas nem tudo é inverno. Durante o processo de pesquisa foi possível observar que os espaços destinados aos serviços, em sua maioria, representam espaços bem cuidados, com instalações apropriadas para o trabalho que se pretende desenvolver. Também identificamos como potencialidades nestes espaços a existência de profissionais comprometidos com sua atuação, cientes de seu compromisso e inquietos quanto à importância de suas atribuições.

*A gente acaba se alimentando pelos resultados que a gente vê resultados bastante significativos. Isso faz com que a gente continue batalhando, é uma equipe muito envolvida, muito empenhada mesmo, que acredita no serviço, então isso é bem gratificante. (Técnico3)*

*[...] a gente criou uma ferramenta pra medir o quanto o nosso serviço está sendo eficaz. A gente liga de 30, 60, 90 e 180 dias pra saber como o paciente está. Daqui a 30 dias eu ligo para o paciente que saiu, vejo como está o serviço, como que ela está, se ela recaiu, se está na família, se ele continua tendo os encaminhamentos que a gente deu aqui. (Técnico4)*

*[...] e quando você traça o projeto terapêutico singular com o paciente você fala de cada atividade de acordo com as necessidades dele que nós levantamos enquanto equipe e as necessidades dele enquanto pessoa que quer se reinserir socialmente. (Técnico6)*

A partir dessas constatações é possível elencar uma série de desafios que precisam ser considerados para que se tenha um atendimento adequado às necessidades da população. Dentre estes cabe pontuar que a ampliação da rede de

serviços no território se apresenta como fundamental para que ter disponível, próximo à população, o cuidado onde se faz necessário.

Conforme podemos observar na Tabela 4 (página. 54), no decorrer de cinco anos no estado de São Paulo foram implantados 59 CAPS Adulto, 12 CAPSi, 27 CAPSad e nenhum CAPS 24 horas. Convém lembrar que esta informação diz respeito à esfera estadual e não à do município. Da falta de investimento neste tipo de serviço, temos os seguintes desdobramentos:

*Eu acho que poucas pessoas de fato conseguem acessar os serviços de saúde, e os que acessam fazem de uma maneira precária. As pessoas vão às unidades, só trocam a receita, tomam o remédio, como se isso fosse um cuidado em saúde... Por que a gente trabalha para uma população que é o triplo do que a portaria preconiza, eu acho que está em duzentos e poucos habitantes e a gente trabalha numa região de 650 mil habitantes [...] (Técnico2).*

*Eu acho que tem essa questão da falta de continuidade de uma política pública que ultrapasse questões partidárias, então cada mudança de governo é um ufa pra a gente convencer o governo atual da potência do serviço. (Técnico3)*

*[...]por exemplo, encaminhamento pra hospital, hospital que é referência, muitas vezes a gente encontra dificuldade. Às vezes o paciente acaba voltando, não tem profissional pra atender, um caso mais específico que envolva psiquiatria [...] (Técnico6)*

*Eu acho que o próprio sistema não favorece muito essa interligação. Eu vejo todo mundo trabalhando muito isolado, eu vejo todo mundo trabalhando muito isolado, cada um dentro do seu setor, ali dentro da sua região, e aí você institui algumas regras e quem se enquadra nas regrinhas está dentro, se você não se enquadra, você vai procurar tratamento em outro lugar, o que não funciona muito. (Técnico8)*

Outro fator que merece destaque diz respeito à necessidade de uma equipe multiprofissional que seja capaz de dar conta das dimensões que estão presentes na atenção à pessoa que faz uso destes serviços. E para, além disso, é necessário o investimento na capacitação dos profissionais para que esta atenção seja qualificada, como podemos observar nos depoimentos abaixo:

*Tem a questão da não reposição de pessoal, ou da reposição aleatória. Por que o profissional que trabalha numa unidade como essa, não é qualquer profissional, não basta eu ser fonoaudióloga, não basta você ser assistente social, tem que ter uma formação específica, a gente tem que conseguir trabalhar, tem que ter uma formação, então existem pré-requisitos. Então um profissional que é colocado aleatoriamente numa unidade dessas e que não é tem uma preparação de como é que é o trabalho, qual é a missão,*

*fica totalmente perdido e acaba desvirtuando o serviço, e isso existe. Teve uma desarticulação muito grande dos serviços. (Técnico3)*

*Eu acho que o legal desse serviço são esses diversos saberes. Ajuda nesse sentido, de a gente se constituir mais completo como profissional, não ficar só limitada na nossa área. Eu acho que é necessário principalmente na questão mesmo do atendimento de dependência química, porque tem muitas coisas envolvidas aí, então eu acho que são bem bacanas essas trocas. (Técnico4)*

Merecem destaque algumas alternativas de superação dos limites impostos pela rede no cenário de atuação dos serviços. Trata-se da criação de estratégias para além dos espaços internos dos serviços que possam garantir o que foi identificado como necessário:

*Eu acho que a falta de compreensão da amplitude, da potência de um trabalho como este aqui. É a tentativa de enquadrar o trabalho a um modelo fechado, muitas vezes. (Técnico3)*

*Agora, no entanto, eu acho que a escolha individual, ela deveria fazer parte. Se eu moro em Itaquera, mas eu acho que o melhor atendimento para mim é aqui. [...] (Técnico4)*

*Para mim faltam pessoas que consigam articular a estrutura que existe com as delicadezas de cada um deles, assim, sabe? Porque não basta o espaço estar lá, não basta você encaminhar, a porta está aberta para você receber, eu acho que tem delicadezas. Como você oferece e o que você oferece [...] eu sinto que falta, essa discussão na rede e na reforma em geral. Falta, porque falta formação técnica para isso. (Técnico5)*

Especificamente sobre o matriciamento como estratégia de acolhimento e de desdobramentos das ações dentro do território e o Fórum de Saúde Mental percebemos que estes passam a ser percebidos pelos técnicos como essenciais para a continuidade do atendimento mais ampliado como sugerido no depoimento abaixo.

*[...] outro lugar para [...]. outro significador de sentido para a existência. Tira o foco da dor, da doença, não que isso não seja falado, claro que pode falar, elas falam, eles falam, mas o grande foco é na possibilidade, na saída. (Técnico4)*

Por isso as estratégias do matriciamento e do Fórum são percebidas como possibilidades de mudança deste cenário:

*Já tem algum tempo que existe esse Fórum, então parece que está sendo possível reconstruir, devagarzinho, essa rede. Mas para desconstruí-la é muito rápido, para reconstruí-la acaba demorando um pouco mais. (Técnico3)*

*É o que está acontecendo neste momento na reformulação que está havendo no matriciamento, que tá participando os CAPS, tá participando a UBS envolvida, então estão participando serviços importantes se tiver PSF, está participando, se tiver NASF está participando, então, acho que está ampliando bastante essa discussão. Não está ficando uma coisa “fechada”, tá ficando uma coisa mais ampla, se percebendo que, volto a dizer, não é pra avaliar o trabalho de ninguém e sim pra juntar, somar dentro desse trabalho e ver o que dá pra melhorar [...]. (Técnico6)*

*Então o Clube Escola tem ajudado, para você ter uma ideia. Agora, quando você tenta um Centro de Convivência, você não consegue lá. (Técnico8)*

Estes dois mecanismos quando bem articulados e devidamente utilizados podem superar as situações presentes nos depoimentos abaixo:

*[...] a saúde mental é muito difícil. A pessoa com problema psiquiátrico é difícil, então se você chega lá, a fila é de 30 pacientes e 5 minutos para cada um. [...] entra 20 numa sala, 20, 30, era assim, onde eu tratava era assim. [...] tem lugar que não dá para falar muito. Vai lá e receita, só. (Usuário1)*

*[...] lá eu fazia horta, ai quando eu vinha pra cá tinha as atividades daqui também, então, em vez de eu focar só numa coisa eu estava focando em três coisas. Eu estava vendo que eu não estava rendendo naquilo. (Usuário3)*

*A gente tem muita dificuldade de pensar o manejo dessa rede, pensar o cuidado das pessoas. As pessoas que até são para o CAPS a gente tem como construir uma rede de cuidado um pouco melhor, mas as que não são, a gente tem muita dificuldade de pensar um projeto de cuidado para essa região. (Técnico2)*

*Eu acho que tem um funcionamento um pouco isolado, eu acho que tem uma falta de compreensão de alguns serviços, da missão de cada serviço, Por exemplo, eu vejo alguns CAPS fazendo alguns trabalhos que eu não vejo como sendo um trabalho de CAPS, que eu acho que se a gente estivesse funcionando de fato em rede, a gente potencializaria todos os trabalhos. (Técnico4)*

*Às vezes a pessoa não está mais dentro de um quadro de um uso, ela já está bem, você precisa inseri-la na rede e às vezes você encontra dificuldade para devolver para a rede, que é onde ele vai dar continuidade ao tratamento. (Técnico6)*

Fica evidente a falta de circulação das informações entre os diversos espaços de cuidado existentes no território que, apesar de acionados quando existe a necessidade, não possuem dispositivos que facilitem esta relação mais próxima e a efetiva articulação em rede.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por mais que possa parecer *Déjà vu*, é necessário registrar que muitos são os desafios postos no campo da saúde mental. A partir do estudo realizado, é possível observar que a implantação do modelo proposto pela Lei 10.216 de 04 de junho de 2001 que reorienta o paradigma assistencial da saúde mental se apresenta ainda muito frágil. Mesmo transcorridos mais de dez anos de sua proposição, ainda está aquém da necessidade da população. Essa proposta de atendimento a partir do território ainda não consolidada em sua plenitude tem problemas que precisam ser superados, assim como ter suas potencialidades fortalecidas.

Entre as questões mais importantes cabe ressaltar a necessidade urgente de implantação dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Segundo estudo do Ministério da Saúde, no ano de 2011 o país possuía uma cobertura de 68%, se considerado o parâmetro de um CAPS para cada 100.000 habitantes. Se analisado de forma mais aprofundada, identifica-se que essa realidade não é homogênea no território nacional, com situações mais agravadas nas regiões Norte e Centro-Oeste, onde a cobertura é, respectivamente, de 42% e 49%.

A insuficiência de serviços previstos na Portaria Ministerial nº 336 de 19/2/2002 repercute de forma negativa na vida dos usuários, impactando os serviços existentes, tendo em vista que exige dos profissionais uma sobrecarga de trabalho que não se estabelece sem deixar consequências no cotidiano do serviço e no tratamento do usuário. Essa realidade exige um esforço superior ao que seria necessário, haja vista que os serviços atendem um número maior do que deveriam, além de terem que se adequar ao território físico ultrapassando seu limite de intervenção e dificultando a articulação entre os serviços e a comunidade na qual estão inseridos.

Cabe registrar que enquanto essa situação não for equacionada não será superado o modelo hospitalocêntrico que ainda se apresenta como espaço de cuidado, mesmo diante de algumas controvérsias presentes no cotidiano<sup>55</sup>. Faz-se

---

<sup>55</sup> Em Agosto de 2010 e Janeiro de 2012, o programa **A Liga** exibido pela TV Band denunciou realidade brasileira em relação à política de saúde mental. Em agosto de 2012 o Programa **Conexão Repórter** apresentou o documentário "**A Casa dos Esquecidos**" onde foi possível obter

necessária a efetivação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental – ações de saúde mental na Atenção Básica, devidamente respaldadas pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família acompanhadas em sua plenitude pelos Núcleos de Atenção em Saúde da Família, além da expansão e qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial, da implantação de Centros de Convivência, dos programas de geração de renda e trabalho, moradia (aluguel social e outras políticas da Habitação), intervenções na cultura, mobilização de usuários e familiares. Destaque para esta superação é a implantação dos CAPS 24 horas e das Residências Terapêuticas que na cidade de São Paulo são apenas, respectivamente, dez e vinte e quatro serviços instalados.

Considerando as afirmações anteriores e os resultados da pesquisa, é possível afirmar que a hipótese foi confirmada, pois, segundo os sujeitos da pesquisa, a relação entre os serviços não se estabelece enquanto uma rede efetivamente estabelecida. Contribuem para essa questão alguns fatores, e dentre eles cabe ressaltar: a presença de diferentes esferas de gestão - entenda-se município e estado, que se comunicam de forma pouco articulada, além de não compartilharem de forma sistematizada as informações sobre os pacientes a quem prestam atendimento; existe uma precarização das condições de trabalho, situação esta que tem sido agravada pela constante transferência do serviço para a gestão das Organizações Sociais, permitindo com isso, em determinadas situações, segundo VASCONCELOS (2010, p. 21) “a entrada de uma nova geração de gestores e trabalhadores não identificados com a história e a experiência política e profissional” que foram tão importantes para a proposição de um novo modelo de atenção psicossocial.

O estudo sobre os limites e as possibilidades da política pública de saúde mental na Cidade de São Paulo, tendo como parâmetro a rede de atenção psicossocial, identificou que os esforços dos técnicos e dos gestores locais na reversão deste quadro contribuem para construir a imagem do serviço, uma vez que os usuários avaliam de forma positiva aqueles que são considerados específicos de

---

informações sobre a rotina de um hospital psiquiátrico localizado no interior do estado de São Paulo, revelando um quadro de abandono e violência.

atenção no campo da saúde mental, ao mesmo tempo em que pontuam os limites e os entraves quando necessitam acessar outros serviços da área da saúde. Os próprios técnicos reconhecem que a perspectiva de atenção em saúde mental nas outras instâncias de cuidado ainda tem sido negligenciada. Entre os motivos aparecem o desconhecimento da forma de tratar a questão, o limite de recursos humanos para prestar o cuidado necessário e o próprio estigma com a temática que ultrapassam “os muros” dos serviços e facilmente são encontrados no território.

Outro aspecto que merece destaque diz respeito à necessidade do CAPS de se estabelecer enquanto fomentador da rede, e para isso é necessário abandonar a perspectiva de trabalho que não supera a lógica de encerrar-se em si (cabe registrar que essa situação reflete o volume de trabalho que precisa ser atendido e não de uma posição passiva dos técnicos).

À essa necessidade, para além do espaço do cuidado, se associa a necessidade de estabelecer formalmente uma estratégia que permita transformar o resultado material das oficinas terapêuticas em trabalho e renda. Para isso é fundamental que as Cooperativas e as Associações sejam uma realidade. É preciso resgatar e aprender com a história recente, que demonstra a importância da organização para a transformação e para a luta por melhores condições de vida. Não só a burocracia, mas toda a dificuldade presente nessa discussão representa um traço muito forte da forma como tem sido tratada a saúde pública, principalmente quando direcionada para atender os mais pobres.

Cabe alertar que mesmo diante destas considerações é necessário garantir o modelo proposto para o campo da saúde mental, e precisamos superar a perspectiva da Política de Amostra Grátis<sup>56</sup>. O modelo sugerido é o mais adequado,

---

<sup>56</sup> Termo proposto pelo autor a partir do estudo realizado sobre a temática da saúde mental. Trata-se de um termo análogo à prática comumente utilizada pela indústria farmacêutica e que consiste na distribuição gratuita de pequenas quantidades de medicamentos. Tal estratégia está associada à divulgação de um novo produto no mercado. Neste sentido, uma política de “Amostra Grátis”, no caso específico de uma política pública, caracteriza-se pela incapacidade desta em contemplar demandas da população, sobretudo as dos segmentos de baixa renda, considerando que possuem maiores necessidades. Uma Política de Amostra Grátis se caracteriza por não garantir a prestação dos serviços em sua amplitude, sendo esta situação o reflexo de uma estrutura que é burocratizada e subdimensionada, tanto nos seus aspectos humanos quanto materiais. Tal como a amostra de medicamentos distribuída gratuitamente, os serviços propagandeados não são suficientes para a resolução dos problemas, mas sim, servem aos interesses políticos e eleitorais, tendo como objetivo “capitalizar” ao gestor público uma imagem positiva da administração vigente, ou seja, a grande publicização. Como exemplos de políticas que podem ser consideradas como de amostra grátis

portanto precisa ser efetivado para que evite os avanços da medicalização como forma majoritária de intervenção nessas situações.

Como pode ser observado no estudo, os (as) assistentes sociais são profissionais que possuem capacitação para contribuir para o fortalecimento de um cuidado mais adequado, articulando na sua prática a família, o direito e a inserção do usuário no território. A formação crítica e direcionada com a luta pela garantia do direito é, para além de um pensamento, um direcionamento da conduta desses profissionais que aprimoram seu trabalho na busca por uma sociedade mais igualitária.

Como afirmado anteriormente, este estudo pretendia contribuir com a discussão sobre a temática da saúde mental e, nesse sentido, cabe registrar os limites da pesquisa que como consequência suscita o surgimento de perguntas que não foram o foco deste trabalho. Para solução, cabe o aprofundamento da temática, e o Serviço Social não pode se eximir de participar desta discussão, tendo em vista que seu trabalho deve ser realizado na perspectiva dos direitos humanos, no trabalho coletivo com os diversos sujeitos da sociedade, na busca pela garantia de que todos tenham o direito de participar como protagonistas da vida social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- AMARANTE, P. D. C. (org.) **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.
- ANGELL, M. A epidemia de Doença Mental. **Revista Piau**, São Paulo, v. 59. ano 5. p.44–49, ago. 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, S.; BICHAFF, R. (orgs.) **Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. São Paulo: FUNDAP, 2008.
- BIRMAN, J. e COSTA, J. Organizações de instituições para uma psiquiatria comunitária. In AMARANTE, P. (org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**, pp. 41-72. Rio de Janeiro. Ed Fiocruz, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. S.A.S., D.A.P.E./ C.G.S.M. Saúde mental e atenção básica: O vínculo e o diálogo necessários. **Circular Conjunta 01/03, de 13/11/2003**. Disponível em <www.saude.gov.br>.
- \_\_\_\_\_ **Residências Terapêuticas o que são, para que servem**. Brasília. 2004.
- \_\_\_\_\_ **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2005.
- \_\_\_\_\_ **Saúde Mental em dados ano I. Nº 1**. Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_ **Saúde Mental em dados ano I. Nº 2**. Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_ **Saúde Mental em dados ano I. Nº 3**. Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_ **Saúde Mental em dados ano II. Nº 4**. Brasília, 2007.
- \_\_\_\_\_ **Saúde Mental em dados ano III. Nº 5**. Brasília, 2008.
- \_\_\_\_\_ **Saúde Mental em dados ano IV. Nº 6**. Brasília, 2009.
- \_\_\_\_\_ Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. **Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010a, 48 p.

\_\_\_\_\_ **Saúde Mental em dados ano IV. Nº 7.** Brasília, 2010b.

\_\_\_\_\_ **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.** Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_ **Saúde Mental em dados ano VI. Nº 8.** Brasília, 2011.

BRAVO, M. I. S. Frente Nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal in Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo, nº 105, p. 185 187, jan/mar. 2011.

BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S.B de (orgs.). **Saúde, Serviço Social, movimento social e conselhos: desafios atuais.** São Paulo: Cortez Editora, 2012.

CASTEL, R. **A ordem Psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COSTA, J.F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** Rio de Janeiro: Editora Xenon, 1984.

DIMENSTEIN, M [et al]. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. In: **Saúde e Sociedade**, V. 18, n. 1, jan./mar. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do assistente social.** Brasília: CFESS, 1993.

CHIAVERINI, D. H (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental** Brasília, DF: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOHN. M. da G.. **Novas Teorias dos Movimentos Sociais.** São Paulo. Editora Loyola, 2009.

GULJOR, A. P. F. **Os Centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do CENSO Demográfico 2010.** Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. / Acesso em 15.05.2012.

KODA, M. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A Reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.

MARTINELLI, M. L. (org.). Pesquisa Qualitativa – um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MENDES, E. V. **Redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde.** Brasília, 2011

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade.** São Paulo: Vozes, 1993.

MORAIS, A. P. P e TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde e Sociedade.** v.21, n.1, p.161-170, mar. 2012.

MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA D.X. **Drogas, Família e Adolescência.** São Paulo: Atheneu, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F. e KOENIG, H. G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** [online]. v.28, n.3, p. 242-250. 2006 Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>>./ Acesso em 03.04.2012.

NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: HUCITEC, 2003.

NOGUEIRA, V. M. R; PIRES, D. E. P de. **Caderno de Saúde Pública.** V. 20, n. 3. mai./jun. 2004.

OMS. **Relatório Mundial da Saúde – saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa, 2002.

PEZZOTTI, R. **O Projeto Novo Luz e a participação dos sujeitos coletivos e políticos: um processo de reurbanização em questão.** Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.

PITTA, A. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.16, n.12. Rio de Janeiro, dez. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Saúde Mental – álcool e drogas.** Disponível em: <[www.prefeitura.sp.gov.br](http://www.prefeitura.sp.gov.br)>. / Acesso em 20.03.2011.

\_\_\_\_\_. **Tabelas e Mapas (Anexos).** Disponíveis em <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao>. Acesso em 23.9.2012.

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde Mental no Brasil.** São Paulo: Arte & Ciência, 1996.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez Editora, 2008.

SCARCELLI, I. R. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 – 1992.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho) – Universidade de São Paulo, 1998.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social – o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez Editora, 2008.

\_\_\_\_\_. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** São Paulo. Hucitec, 2010.

**BRASIL: leis, decretos, emendas constitucionais, projetos de lei, portarias.**

Emenda Constitucional nº 29 de 13/9/2000 – Recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Decreto nº 6.214 de 26/9/2007 – Benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso.

Lei nº 8.689 de 27/7/1989 sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e outras providências.

Lei nº 8.069 de 13/7/1990 sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Lei nº 8.080 de 19/9/1990 sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Lei nº 8.742 de 7/12/1993 sobre a organização da Assistência Social.

Lei nº 9.637 de 15/5/1998 sobre a qualificação de entidades como organizações sociais.

Lei nº 10.216 de 6/4/2001 sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

Lei nº 10.708 de 31/7/2003 sobre o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Lei nº 10.741 de 1/10/2003 sobre o Estatuto do Idoso.

Lei nº 11.079 de 30/9/2004 sobre as normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública.

Lei nº 11.343 de 23/8/2006 sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad.

Lei nº 14.517, de 16/10/2007 sobre o Programa Municipal de Parcerias Público-Privadas, cria a Companhia São Paulo de Parcerias - SPP e dá outras providências.

Portaria Ministerial 3046/82 – Racionalização das despesas com assistência médica da população previdenciária.

Portaria Ministerial nº 106 de 11/2/2000 – Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Portaria Ministerial nº 251 de 31/1/2002 – Diretrizes e normas para a assistência psiquiátrica e reclassificação dos hospitais psiquiátricos

Portaria Ministerial nº 336 de 19/2/2002 – Modalidades de CAPS - I, II e III

Portaria Ministerial nº 121 de 25/1/2012 - Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Droga.

Projeto de Lei Complementar nº 25/2002 – Ato Médico.

Projeto de Lei nº 673/11 – Internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de droga.

## ANEXO A – Roteiro de entrevista semiestruturada

### Dados de identificação

Nome	
Idade	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Entrevistado <input type="checkbox"/> Usuário <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Interlocutor <input type="checkbox"/> Profissional: Categoria.....	
Tempo de uso ou de trabalho deste serviço ..... ano (s) ..... mês (es) .....dia (s)	
Supervisão Técnica <input type="checkbox"/> Ipiranga <input type="checkbox"/> Mooca/Aricanduva <input type="checkbox"/> Penha <input type="checkbox"/> Vila Mariana/Jabaquara <input type="checkbox"/> Vila Prudente/Sapopemba	
Modalidade do Serviço <input type="checkbox"/> CAPs ad <input type="checkbox"/> CAPS Adulto <input type="checkbox"/> CAPS Inf/adol <input type="checkbox"/> CECCO <input type="checkbox"/> RT – Residência Terapêutica <input type="checkbox"/> SAID – Serviço de Atenção Integral aos Dependentes <input type="checkbox"/> CAISM Centro de Atenção Integral em Saúde Mental <input type="checkbox"/> Hospital Saboya	

### Questões

1. Como você vê a atenção em saúde mental, atualmente, na região?
2. É possível afirmar que os serviços operam/atuam em rede?
3. Sinalize alguns pontos (positivos e negativos) tendo como referência o direito da pessoa com transtorno mental de ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

## **ANEXO B – Relação dos Serviços participantes da pesquisa**

1. CAPs Ad Sacomã - Rua do Grito, 635 – Ipiranga
2. CAPS Adulto Aricanduva/Formosa - Rua Boicininga, 31 – Carrão
3. CAPs Infantil Penha - Rua Hercília, 452/456 – Vila Matilde
4. CECCO Parque Ibirapuera - Av. IV Centenário, Portão 5, s/n - Ibirapuera
5. Residência Terapêutica da região da Supervisão Técnica de Saúde da Vila Prudente vinculada ao CAPS Adulto Vila Prudente que fica na Praça Sta. Helena,56
6. CAISM Dr. David Capistrano da Costa Filho da Água Funda - Av. Miguel Stefano, 3.030 – Água Funda
7. SAID Serviço de Atenção Integral ao dependente - Av. Almirante Delamare, 3.033 – Ipiranga
8. Hospital Artur Ribeiro de Saboya - Av. Francisco de Paula Quintanilha Ribeiro, 860 – Jabaquara

## **ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Paciente ou responsável legal**

**Título da pesquisa:** A rede de serviços territoriais de atendimento psicossocial às pessoas com transtornos mentais no município de São Paulo: potencialidades, contradições e consequências para a saúde da população.

**Pesquisador responsável:** Larri Padilha Viega, Assistente Social (CRESS-SP 40.003), mestrando do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob a orientação do Prof. Dr. Ademir Alves da Silva.

**Local da coleta de dados:** A pesquisa será realizada nos serviços de atenção psicossocial localizados no território de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste e que foram escolhidos para aplicação desta, conforme proposto no projeto que deu origem a esta pesquisa.

Prezado (a) Senhor (a):

Primeiro, vou explicar a Você as intenções e a finalidade da pesquisa. Você está convidado a responder a algumas perguntas, se Você puder, quiser e concordar em participar da pesquisa. Você tem o direito de desistir a qualquer momento, se preferir, sem nenhum problema.

**Objetivo do estudo:**

O objetivo é avaliar como está o atendimento em saúde mental na região, conforme a legislação e os direitos dos cidadãos.

**Procedimentos.**

A entrevista será realizada no serviço de saúde ou em outro local que seja conveniente para Você, com a presença de seu acompanhante, se necessário.

**Benefícios.**

Você não terá nenhuma despesa, nem receberá pagamento pela entrevista. Vai dar sua opinião, ajudando a conhecer melhor a situação dos serviços para melhorar o atendimento.

**Riscos.**

Você não terá nenhum problema, nem será prejudicado no atendimento pelo serviço de saúde, respeitados seus direitos.

**Sigilo**

Nós vamos gravar a entrevista. A responsabilidade pelo sigilo das informações é do pesquisador. Os resultados da pesquisa serão divulgados, mas não os nomes das pessoas entrevistadas.

Se você tiver dúvida ou quiser fazer uma reclamação em caso de sentir-se desrespeitado, Você pode procurar o pesquisador ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde, nos endereços e telefones abaixo.

**Declaração de consentimento**

Declaro que concordo em participar voluntariamente da pesquisa e que recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, ..... de ..... de 2012.

Nome do participante.....

Assinatura.....

Eu, Larri Padilha Viega, declaro que forneci todas as informações relevantes sobre este projeto ao participante e me comprometo em cumprir as orientações definidas na Resolução nº 196 de outubro de 1986 do Conselho Nacional de Saúde.

São Paulo, ..... de ..... de 2012.

Assinatura.....

**Telefone e endereços de contato:**

**Pesquisador:** Larri Padilha Viega. Rua Ministro de Godoy, nº 969. 4º andar. Perdizes – São Paulo – SP. Fone: 11- 7151-9549 ou 118827-0808 email: [lviega@terra.com.br](mailto:lviega@terra.com.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo:** Rua General Jardim, nº 36. 1º andar. Centro – São Paulo – SP. Fone 3397-2464 email: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com)

## ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Paciente ou responsável legal

**Título da pesquisa:** A rede de serviços territoriais de atendimento psicossocial às pessoas com transtornos mentais no município de São Paulo: potencialidades, contradições e consequências para a saúde da população.

**Pesquisador responsável:** Larri Padilha Viega, Assistente Social (CRESS-SP 40.003), mestrando do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob a orientação do Prof. Dr. Ademir Alves da Silva.

**Local da coleta de dados:** A pesquisa será realizada nos serviços de atenção psicossocial localizados no território de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste e que foram escolhidos para aplicação desta, conforme proposto no projeto que deu origem a esta pesquisa.

Prezado (a) Senhor (a):

Primeiro, vou explicar a Você as intenções e a finalidade da pesquisa. Você está convidado a responder a algumas perguntas, se Você puder, quiser e concordar em participar da pesquisa. Você tem o direito de desistir a qualquer momento, se preferir, sem nenhum problema.

**Objetivo do estudo:**

O objetivo é avaliar como está o atendimento em saúde mental na região, conforme a legislação e os direitos dos cidadãos.

**Procedimentos.**

A entrevista será realizada no serviço de saúde ou em outro local que seja conveniente para Você, com a presença de seu acompanhante, se necessário.

**Benefícios.**

Você não terá nenhuma despesa, nem receberá pagamento pela entrevista. Vai dar sua opinião, ajudando a conhecer melhor a situação dos serviços para melhorar o atendimento.

**Riscos.**

Você não terá nenhum problema, nem será prejudicado no atendimento pelo serviço de saúde, respeitados seus direitos.

**Sigilo**

Nós vamos gravar a entrevista. A responsabilidade pelo sigilo das informações é do pesquisador. Os resultados da pesquisa serão divulgados, mas não os nomes das pessoas entrevistadas.

Se você tiver dúvida ou quiser fazer uma reclamação em caso de sentir-se desrespeitado, Você pode procurar o pesquisador ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde, nos endereços e telefones abaixo.

**Declaração de consentimento**

Declaro que concordo em participar voluntariamente da pesquisa e que recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, ..... de ..... de 2012.

Nome do participante.....

Assinatura.....

Eu, Larri Padilha Viega, declaro que forneci todas as informações relevantes sobre este projeto ao participante e me comprometo em cumprir as orientações definidas na Resolução nº 196 de outubro de 1986 do Conselho Nacional de Saúde.

São Paulo, ..... de ..... de 2012.

Assinatura.....

**Telefone e endereços de contato:**

**Pesquisador:** Larri Padilha Viega. Rua Ministro de Godoy, nº 969. 4º andar. Perdizes – São Paulo – SP. Fone: 11- 7151-9549 ou 118827-0808 email: [lviega@terra.com.br](mailto:lviega@terra.com.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa do CAISM Dr. David Capistrano da Costa Filho da Água Funda:** Av. Miguel Stefano, 3.030. Água Funda – São Paulo – SP. Fone 5077-7875 email: [caism-udq@saude.sp.gov.br](mailto:caism-udq@saude.sp.gov.br)

## ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais

**Título da pesquisa:** A rede de serviços territoriais de atendimento psicossocial às pessoas com transtornos mentais no município de São Paulo: potencialidades, contradições e consequências para a saúde da população.

**Pesquisador responsável:** Larri Padilha Viega, Assistente Social (CRESS-SP 40.003), mestrando do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob a orientação do Prof. Dr. Ademir Alves da Silva.

**Local da coleta de dados:** A pesquisa será realizada nos serviços de atenção psicossocial localizados no território de abrangência da gestão da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste e que foram escolhidos para aplicação desta, conforme proposto no projeto que deu origem a esta pesquisa.

Prezado (a) Senhor (a):

Primeiro, vou explicar a Você as intenções e a finalidade da pesquisa. Você está convidado a responder a algumas perguntas, se Você puder, quiser e concordar em participar da pesquisa. Você tem o direito de desistir a qualquer momento, se preferir, sem nenhum problema.

**Objetivo do estudo:**

O objetivo é avaliar como está o atendimento em saúde mental na região, conforme a legislação e os direitos dos cidadãos.

**Procedimentos.**

A entrevista será realizada no serviço de saúde ou em outro local que seja conveniente para Você

**Benefícios.**

Você não terá nenhuma despesa, nem receberá pagamento pela entrevista. Vai dar sua opinião, ajudando a conhecer melhor a situação dos serviços para melhorar o atendimento.

**Riscos.**

Você não terá nenhum problema, nem será prejudicado no serviço de saúde, respeitados seus direitos.

**Sigilo.**

Nós vamos gravar a entrevista. A responsabilidade pelo sigilo das informações é do pesquisador. Os resultados da pesquisa serão divulgados, mas não os nomes das pessoas entrevistadas.

Se você tiver dúvida ou quiser fazer uma reclamação em caso de sentir-se desrespeitado, Você pode procurar o pesquisador ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde, nos endereços e telefones abaixo.

**Declaração de consentimento**

Declaro que concordo em participar voluntariamente da pesquisa e que recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, ..... de ..... de 2012.

Nome do participante.....

Assinatura.....

Eu, Larri Padilha Viega, declaro que forneci todas as informações relevantes sobre este projeto ao participante e me comprometo em cumprir as orientações definidas na Resolução nº 196 de outubro de 1986 do Conselho Nacional de Saúde.

São Paulo, ..... de ..... de 2012.

Assinatura.....

**Telefone e endereços de contato:**

**Pesquisador:** Larri Padilha Viega. Rua Ministro de Godoy, nº 969. 4º andar. Perdizes – São Paulo – SP. Fone: 11- 7151-9549 ou 118827-0808 email: [lviega@terra.com.br](mailto:lviega@terra.com.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo:** Rua General Jardim, nº 36. 1º andar. Centro – São Paulo – SP. Fone 3397-2464 email: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com)

## ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais

**Título da pesquisa:** A rede de serviços territoriais de atendimento psicossocial às pessoas com transtornos mentais no município de São Paulo: potencialidades, contradições e consequências para a saúde da população.

**Pesquisador responsável:** Larri Padilha Viega, Assistente Social (CRESS-SP 40.003), mestrando do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob a orientação do Prof. Dr. Ademir Alves da Silva.

**Local da coleta de dados:** A pesquisa será realizada nos serviços de atenção psicossocial localizados no território de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste e que foram escolhidos para aplicação desta, conforme proposto no projeto que deu origem a esta pesquisa.

Prezado (a) Senhor (a):

Primeiro, vou explicar a Você as intenções e a finalidade da pesquisa. Você está convidado a responder a algumas perguntas, se Você puder, quiser e concordar em participar da pesquisa. Você tem o direito de desistir a qualquer momento, se preferir, sem nenhum problema.

**Objetivo do estudo:**

O objetivo é avaliar como está o atendimento em saúde mental na região, conforme a legislação e os direitos dos cidadãos.

**Procedimentos.**

A entrevista será realizada no serviço de saúde ou em outro local que seja conveniente para Você

**Benefícios.**

Você não terá nenhuma despesa, nem receberá pagamento pela entrevista. Vai dar sua opinião, ajudando a conhecer melhor a situação dos serviços para melhorar o atendimento.

**Riscos.**

Você não terá nenhum problema, nem será prejudicado no serviço de saúde, respeitados seus direitos.

**Sigilo.**

Nós vamos gravar a entrevista. A responsabilidade pelo sigilo das informações é do pesquisador. Os resultados da pesquisa serão divulgados, mas não os nomes das pessoas entrevistadas.

Se você tiver dúvida ou quiser fazer uma reclamação em caso de sentir-se desrespeitado, Você pode procurar o pesquisador ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde, nos endereços e telefones abaixo.

**Declaração de consentimento**

Declaro que concordo em participar voluntariamente da pesquisa e que recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, ..... de ..... de 2012.

Nome do participante.....

Assinatura.....

Eu, Larri Padilha Viega, declaro que forneci todas as informações relevantes sobre este projeto ao participante e me comprometo em cumprir as orientações definidas na Resolução nº 196 de outubro de 1986 do Conselho Nacional de Saúde.

São Paulo, ..... de ..... de 2012.

Assinatura.....

**Telefone e endereços de contato:**

**Pesquisador:** Larri Padilha Viega. Rua Ministro de Godoy, nº 969. 4º andar. Perdizes – São Paulo – SP. Fone: 11- 7151-9549 ou 118827-0808 email: [lviega@terra.com.br](mailto:lviega@terra.com.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa do CAISM Dr. David Capistrano da Costa Filho da Água Funda:** Av. Miguel Stefano, 3.030. Água Funda – São Paulo – SP. Fone 5077-7875 email: [caism-udq@saude.sp.gov.br](mailto:caism-udq@saude.sp.gov.br)

## **ANEXO G – Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002**

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais,

regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

#### 4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
- b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
- h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;
- i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

#### 4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a - 02 (dois) médicos psiquiatras;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.
- c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

- a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
- b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

- a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;
- b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço
- c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser cadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu cadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-

Art.10º. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

## ANEXO H – Nº d Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde - Julho de 2012

### Nº de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde - Julho de 2012\*

CÓDIGO SIG. DE SAÚDE	SUPERVISÃO TÉCNICA SAÚDE	HM	P-SM	PA	ANES ESPEC	ANEA E	ANEA	US\$	SAÚDE MENTAL				SAÚDE BUZCAL				SAÚDE				OR	OR SETIPE	US	COTI	COTI SANE	UAD	N/A	N/A	US\$	OR	OR SETIPE	SAVIS	COTI SANE	Total MUNICÍ- PIOS
									ME SM	C/MS AD	C/MS ADULTO	C/MS INFANC	C/MSO	RT	RTS	SAD	OD	OD	OD	OD														
	SUTANTÁ	1	1	-	1	4	-	13	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30		
	LAPAQUELINS	-	1	-	1	3	1	13	-	2	3	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38		
	SE	2	1	-	3	1	8	1	2	1	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32		
	CENTRO-OESTE - TSM/	3	3	0	2	10	2	34	1	4	4	2	2	5	2	0	3	0	0	0	1	3	3	3	2	2	1	1	0	3	0	100		
	COAGE TRADENTES	1	-	1	-	2	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23		
	E MATARAZOS MOGUEL	2	-	2	9	1	27	-	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	65		
	GUARANSES	-	1	-	1	2	-	14	-	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29		
	LESTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32		
	TABAPALUSTA	1	-	1	10	1	23	-	1	1	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51		
	TAQUERA	-	1	-	5	1	22	-	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40		
	SÃO MATEUS	-	1	-	4	32	4	119	0	6	7	5	4	3	1	0	4	3	0	0	5	2	12	10	3	0	1	2	1	1	7	1	240	
	LESTE - TSM/	4	1	3	4	32	4	119	0	6	7	5	4	3	1	0	4	3	0	0	5	2	12	10	3	0	1	2	1	1	7	1	240	
	CASA VERDE/CACHOEIRINHA	1	-	-	-	3	1	12	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24		
	PREZES SAIBENLANDIA	-	1	-	1	4	1	17	-	1	1	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40		
	NORTE	1	1	-	2	9	2	26	1	1	2	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59		
	PINTASPERUS	1	1	-	1	3	-	19	-	1	2	1	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46		
	SANTANA/CACIMBUENAS	1	1	-	1	3	-	19	-	1	2	1	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46		
	VILA MARAVILA GULHERME	1	1	-	3	1	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25		
	NORTE - TSM/	4	4	0	4	22	5	86	1	4	6	5	5	4	0	4	1	0	0	1	1	8	9	3	2	1	0	1	0	0	6	2	194	
	PIRANHA	-	1	-	1	4	1	19	-	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	42		
	MOCCARIC NOROCCARICO	2	-	-	1	8	1	17	-	1	1	1	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46		
	SUDESTE	1	-	-	2	8	-	19	-	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41		
	VILA MARANJABARA	1	-	-	1	6	-	12	-	3	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39		
	VILA PROLENTE SAPOREUSA	1	-	-	2	5	1	23	-	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48		
	SUDESTE - TSM/	5	1	0	7	31	3	89	0	6	6	6	5	6	1	6	2	1	2	1	1	2	8	7	4	2	1	1	0	1	5	2	216	
	CAMPO LIMPO	-	-	1	-	5	2	28	-	-	2	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49		
	CAPELA DO SOCORRO	-	1	-	2	4	1	18	-	1	-	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37		
	VIGORAMA	2	-	-	1	8	1	31	-	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53		
	PANELINOS	-	1	-	-	2	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28		
	SANTO AMARCO ALEMAR	-	1	-	1	6	1	24	-	1	2	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54		
	SUL - TSM/	2	3	1	4	25	5	119	0	3	6	5	5	5	2	0	6	0	0	1	2	2	6	6	4	2	1	0	1	0	5	0	221	
	Total de Estab/Serviços próprios da SMS	18	12	4	21	120	19	441	2	25	29	23	21	24	10	1	23	6	1	2	3	10	37	34	17	8	6	4	5	2	26	5	971	

Fonte: SMS/CEN/Atenção Básica

\* Data preliminar, sujeita a revisão - 15/08/2012

\*\* SUVISA - anexo cadastro de saúde 2003. Início no mês de setembro de 2003, a partir de agosto de 2010

Legenda:

	<p>HM • Hospital Municipal          PSM • Pronto Socorro Municipal          PA • Pronto Atendimento          AMB ESPEC • Ambulatório de Especialidades          AMA • Assistência Médica Ambulatorial          AMA E • Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades          UBS • Unidade Básica de Saúde</p>
SAÚDE MENTAL	<p>AE SM • Ambulatório de Especialidades de Saúde Mental          CAPS ad • Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas          CAPS ADULTO • Centro de Atenção Psicossocial Adulto          CAPS INF • Centro de Atenção Psicossocial Infantil          CECCO • Centro de Convivência e Cooperativa          RT • Residência Terapêutica          RE • Residência Terapêutica Especial/Acolhimento          SAID • Serviço de Atenção Integral ao Dependente          CEO • Centro de Especialidades Odontológicas          COE • Clínica Odontológica de Especialidades          Clin Odont • Clínica Odontológica</p>
SAÚDE BUCAL	<p>Amo Espec • Ambulatório de Especialidades          CR • Centro de Referência em DST/AIDS          CTA • Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS          SAE • Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS</p>
DST/AIDS	<p>CDI • Centro de Diagnóstico por Imagem          CREN • Centro de Recuperação e Educação Nutricional          CR MTHPIS • Centro de Ref. Medic. Tradic., Homeop. e Práticas Integrativas de Saúde          CR ST • Centro de Referência Saúde do Trabalhador</p>
SAÚDE ESCOLAR	<p>NIR • Núcleo Integrado de Reabilitação          NISA • Núcleo Integrado de Saúde Auditiva          UAD • Unidade de Assistência Domiciliar          URSI • Unidade de Referência Saúde do Idoso          LAB • Laboratório</p>
SAÚDE DEBILITADA	<p>SUVIS • Supervisão de Vigilância em Saúde</p>
SAÚDE ESCOLAR	<p>Univ. Escola          Escola</p>
SAÚDE FAMILIAR	<p>CASA SER • Centro de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva          CCE • Centro de Controle de Zoonoses</p>
SAÚDE INFANTIL	<p>Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmissíveis por Vetores</p>

Fonte: SMS/CEInfo/Atenção Básica disponível em <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao>. Acesso em 23/9/2012.

## ANEXO I – Endereço dos CAPS ad, adulto e infantil

CAPS SMS 2012			
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	TIPO	CRS	Endereço
6148387 CAPS AD II CACHOEIRINHA	AD	N	R. Desembargador Rodrigues Sette 111 Jd. Peri cep:02634-070 tel:2232-4770
6668127 CAPS AD II F6 BRASILÂNDIA	AD	N	R. Olintho Fraga Moreira, 275. V. Itaberaba. CEP 02845-50 tel. 3923-6947
2766221 CAPS AD II PIRITUBA CASA AZUL	AD	N	R. Lino Pinto dos Santos, 203 Jd. Felicidade cep:05114-000 tel.3835-2905/3832-8806
6336302 CAPS AD II SANTANA	AD	N	R. Conselheiro Saraiva 411 Santana cep: 02037-020 tel. 2950-0803
5608678 CAPS AD II CAPELA DO SOCORRO	AD	S	R. Luis Rotta,300 cep: 04836-500 tel.5667-6277
2786559 CAPS AD II SANTO AMARO	AD	S	R. São Benedito,2400 tel.5523-3566/5522-4833
2786540 CAPS AD III J ANGELA	AD	S	R. Coronel Floriano Álvaro,500, Pq. Do Lago tel.5833-2838
2786567 CAPS AD II ERMELINO MATARAZZO	AD	L	R. João Antonio Andrade, 804 Parque Boturussu - CEP 03805-070 tel.2943-9276
6416691 CAPS AD II GUAIANASES	AD	L	Rua Prof. Francisco Pinheiro, 139 - tel. 2553-2240 / 2553-2281
5878675 CAPS AD II ITAQUERA	AD	L	R. Corre Corre,30A,tel.3756-3011
3314359 CAPS AD II J NÉLIA	AD	L	R. Valeste de Novaes, 51 tel.2561-8085
3025012 CAPS AD II SÃO MATEUS	AD	L	R. Joaquim Gouveia Franco,150 tel.2019-8143/2010-8146
702431 CAPS AD III São Miguel	AD	L	R. Paiuguiinha, 200 São Miguel tel: 20316856
6245838 CAPS AD II IPIRANGA V ARAPUA	AD	SE	R. Colombo Florence,241 / V. Arapuã tel: 2351-2309
2815427 CAPS AD II JABAQUARA	AD	SE	Praça Barão de Japura, 1 V. Guarani tel. 5011-1583
3313344 CAPS AD II MOOCA	AD	SE	R. Jalbarás, 251 tel.2694-6364
3304566 CAPS AD II PENHA	AD	SE	R. Nossa Senhora da Penha, 55 -Penha tel. 2293-5008
6586147 CAPS AD II SACOMA	AD	SE	R. do Grito,635 Ipiranga cep:02417-000 tel:2296-0105
6393411 CAPS AD II SAPOPEMBA	AD	SE	Rua das Esterlinas, 142 – Jardim Grimaldi – CEP 03922-120 tel: 2012-4129 / 2011-8159
2042924 CAPS AD II V MARIANA	AD	SE	Av Ceci nº 2101 - Planalto Paulista - tel: 2275-3432/ 5071-7014(fax - que não funciona)
3763072 CAPS AD II Infancia e adolescencia QUIXOTE	AD	SE	Rua Francisco de Castro,92 tel:55719476
2091429 CAPS AD II V MADALENA PROSAM	AD	CO	R. Heitor Penteado,1448 tel. 3862-1385 cep: 05438-100 Sumare
3010201 CAPS AD II PINHEIROS	AD	CO	R. Nicolau Gagliardi,439 tel. 3816-3959 cep: 05429-010 Pinheiros
6066585 CAPS AD III CENTRO	AD	CO	R. Frederico Alvarenga,259 2ª tel. 3241-0901/5460/ cep 01020-030 Pq. D. Pedro I
CAPS AD III PRATES	AD	CO	R Prates,1101
<b>Caps AD = 25</b>			
2786575 CAPS Adulto II BRASILANDIA	Adulto	N	R. Dr. Augusto do Amaral, 222 Vila Nina CEP 02831-030 tel.3921-8924; 3921-8976
6280161 CAPS Adulto II CASA VERDE	Adulto	N	rua Ferreira de Almeida, 22 CEP 02517-150 tel. 3858-3579
2068133 CAPS Adulto II JAÇANÃ	Adulto	N	R. Paulo Lincoln do Valle Pontim,323-CEP 02271-000 tel. 2242-3884; 2240-5438
2786583 CAPS Adulto II PIRITUBA	Adulto	N	R. Urutinga,90-V. Bonilha-CEP 02933-140 tel. 3976-7581; 3991-3263
2786508 CAPS Adulto II PIRITUBA JARAGUA	Adulto	N	Av. Raimundo Pereira de Magalhães, 5214-CEP 02938-010 tel. 3974-9122; 3979-6616
2070804 CAPS Adulto III MANDAQUI	Adulto	N	R. Dr. Luis Lustosa da Silva,369-CEP 02406-040 tel. 2979-0923; 2973-5699
4049829 CAPS Adulto I LARGO 13	Adulto	S	R. Paula Cruz,71 tel.5686-6076
5731194 CAPS Adulto II CIDADE ADEMAR	Adulto	S	R. Conceição da Boa Viagem,216 tel.5612-8313
2028816 CAPS Adulto II J LÚDIA	Adulto	S	R. Gutemberg José Ferreira,50 tel.5513-9560
3906388 CAPS Adulto II M'BOI MIRIM	Adulto	S	R. Ernesto Pasqualucci,52 tel.5833-5690
6879799 CAPS Adulto III PARAISÓPOLIS	Adulto	S	Rua Silveira Sampaio, 270 Jd. Fazenda Morumbi – Cep: 05656-010
6066585 CAPS Adulto III PARELHEIROS	Adulto	S	R Terezinha Prado de Oliveira,100 tel.5921-2484
2751992 CAPS Adulto II ERMELINO MATARAZZO	Adulto	L	Av. Boturussu,168 tel.2546-6787
6879802 CAPS Adulto II CIDADE TIRADENTES	Adulto	L	R. Juá Mirim nº 366,Bairro fazenda Santa Etelvina,CEP 08490-800 tel:2558-6491 / 2558-6492
3003167 CAPS Adulto II GUAIANASES AB ROSÁRIO	Adulto	L	R. Serra do Mar, 56 - tel. 2554-3179 / 2961-3240
5725437 CAPS Adulto II ITAIM PAULISTA	Adulto	L	R. Cembira,992 tel. 2016-3696
2067811 CAPS Adulto II ITAQUERA	Adulto	L	R. Porto Xavier,57 tel.2179-6388 / 22056382
2069148 CAPS Adulto I SÃO MATEUS	Adulto	L	R. Clovis Monteiro de Carvalho Jr.,22 tel.2962-3464
2752018 CAPS Adulto II SÃO MIGUEL	Adulto	L	R. Otávio de Rosa,37 tel 2956-8047
2786524 CAPS Adulto II V PRUDENTE	Adulto	SE	Praça Sta. Helena,56 V. Prudente tel 2347-0886-2341-3422
3384292 CAPS Adulto II ARICANDUVA	Adulto	SE	R. Boicininga, 35 - v. santa Isabel - tel: 2675-1155
CAPS Adulto II IPIRANGA - V. Monumento	Adulto	SE	R.Gonçalo Pedrosa,105-V.Monumento- tel:20617829
Caps adulto II JABAQUARA	Adulto	SE	R. Getúlio Vargas Fº, 27, Cid. Vargas, CEP 04318-030- Tel. 5012-8148
2815435 CAPS Adulto III SAPOPEMBA	Adulto	SE	R. João Lopes de Uma,1151 Jd Sapopemba tel 2013-0795 ou 2019-7080
2029626 CAPS Adulto II V MATILDE	Adulto	SE	R. Antonio Lindoro da Silva, 295- V. Matilde tel.2653-0944
2786516 CAPS Adulto I BUTANTÃ	Adulto	CO	R. Oscar Pinheiro Coelho,287 tel.3727-1819 CEP:05516-050 Caxingui
4050290 CAPS Adulto II LAPA	Adulto	CO	R. Roma,446 tel. 3675-5648 cep:05050-090 Lapa
4049845 CAPS Adulto II PERDIZES - M MUNHOZ	Adulto	CO	R. Dr. Cândido Espinheira,616 tel. 3672-2000 cep:05050-000 Perdizes
2040808 CAPS Adulto III ITAIM BIBI	Adulto	CO	Av. Horácio Lafer,590 tel. 3078-6886 cep: 04582-082 Itaim Bibi
<b>Caps adulto = 29</b>			

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	TIPO	CRS	Endereço
6700268 CAPS Infantil II C VERDE CACHOEIRINHA	Infantil	N	R. 7 de Dezembro, 72 CEP 02617-080 tel. 2233-2839
6330843 CAPS Infantil II FREGU BRASILANDIA	Infantil	N	R. Manoel Madruga,120-FÔ-CEP 02960-020 tel. 3932-2683
CAPS Infantil II PERUS	Infantil	N	R. Antônio de Pádua Dias, 602 tel:39193896
6626327 CAPS Infantil II V MARIA V GUILHERME	Infantil	N	AV Alberto Byngton, 1526 Via Maria Alta – CEP: 02127-001 Fone: (11) 3478-3043
2027658 CAPS Infantil III SANTANA	Infantil	N	R. Conselheiro Moreira de Barros,120 Santana cep:02018-010 / 2973-9434
6657184 CAPS Infantil II CAPELA DO SOCORRO	Infantil	S	R. Caruanense, 186. Bairro Novo Horizonte. CEP 04857-300 tel:5526-6389
4049837 CAPS Infantil II Juventude Santo AMARO	Infantil	S	R Iguatinga 134 tel. 5521-9777/ 5687-4511
6683983 CAPS Infantil II PARELHEIROS	Infantil	S	R. Alessandro Buri, 45. Parelheiros. CEP 04890-050
6646581CAPS Infantil II CIDADE ADEMAR	Infantil	S	R Joaquim do Lago 228 5615-1444 -5612-4403 5612-4403
6970532CAPS Infantil II M BOI	Infantil	S	R Alto de Padilha, 3972-Riviera Paulista
6954189CAPS Infantil II CIDADE LIDER	Infantil	L	R.Aquino Fonseca,35 Cidade Lider
6954197CAPS Infantil II IGUAIANASES	Infantil	L	R. Evaldo Calabrez(Rua do Cartorio),236
4050304 CAPS Infantil II ITAQUERA	Infantil	L	R. Bernardino Prudente,86 tel.2521-1162 / 2523-2477
2069059 CAPS Infantil II SÃO MATEUS	Infantil	L	Rua Claudio Augusto Fernandes, 188 - São Mateus - Fone 2012-5956
5695791 CAPS Infantil II SÃO MIGUEL	Infantil	L	R. Miguel de Oliveira,195 tel. 2214-7363
2029596 CAPS Infantil II ADOLESC V PRUDENTE	Infantil	SE	Av. Zelina,322 V. Prudente tel. 2341-9570
2815443 CAPS Infantil II JABAQUARA	Infantil	SE	R. 11 de Fevereiro,318 Cidade Vragas tel.5021-8005
2042916 CAPS Infantil II MOOCA	Infantil	SE	R. Taquari,549 tel. 2694-4628
6387640 CAPS Infantil III PENHA	Infantil	SE	Rua Hercília, 452/456 - Vila Matilde – Tel / Fax: 2359-3090 / 2359-6765
6759971 CAPS Infantil II SAPOPEMBA	Infantil	SE	Rua David de Melo Lopes,86 Vila Cardoso Franco tel:2702-5899
3108368 CAPS Infantil II V DAS MERCES	Infantil	SE	Rua Sava nº 44 Moinho Velho - tel: 2940-2200 / 2351-4240
2027003 CAPS Infantil II LAPA	Infantil	CO	R. Bergson, 52 tel. 3836-2690 cep: 05301-060 Parque da Lapa
6127967 CAPS Infantil II SÉ	Infantil	CO	R. Frederico Alvarenga,259 3ª tel. 3101-0156/3104-3210 cep 01020-030 Pq.D.Pedrol
Caps infantil:23			
<b>Total = 77 CAPS em funcionamento</b>			

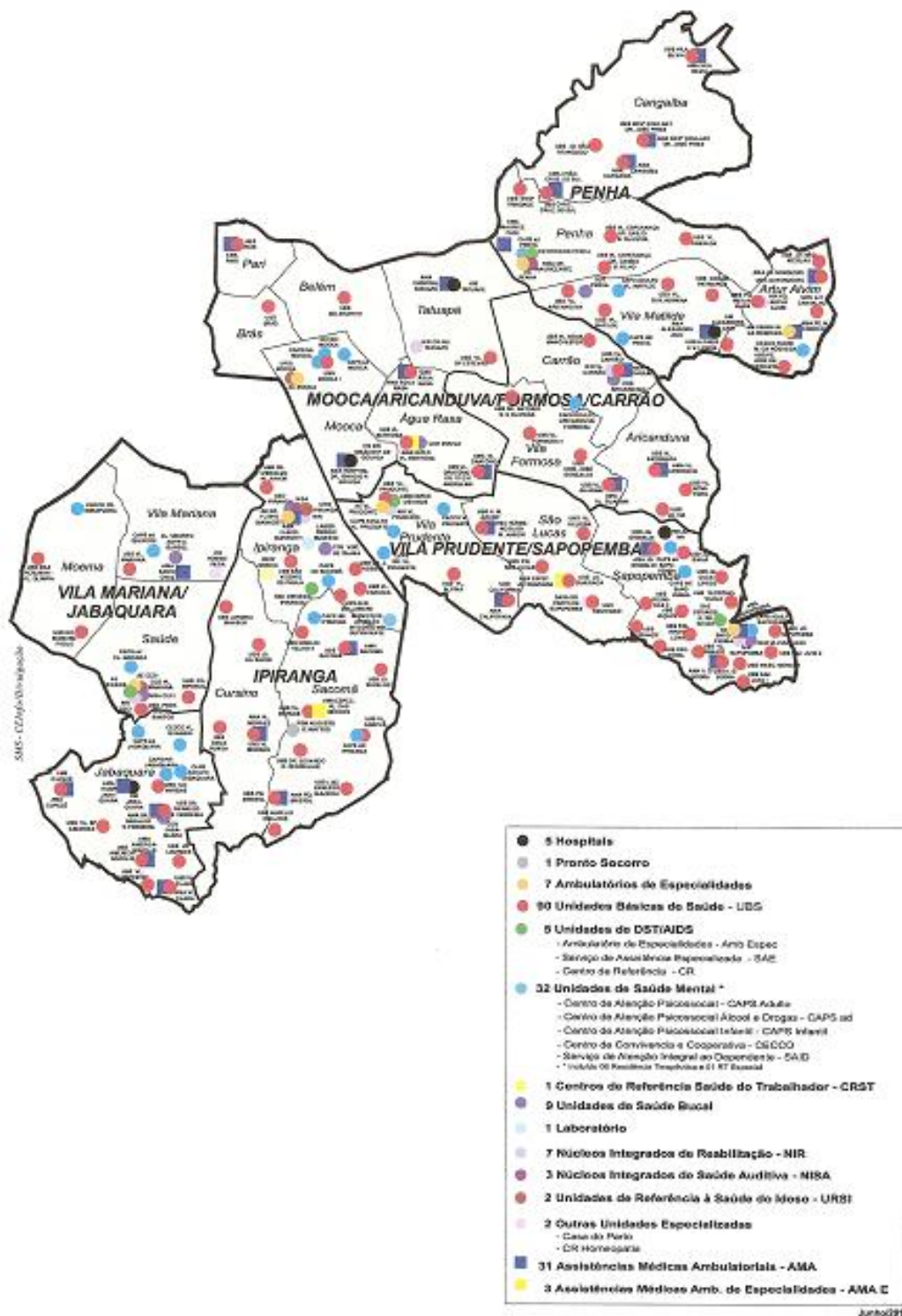
Fonte: SMS/CEInfo/Atenção Básica disponível em <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao>. Acesso em 23/9/2012.

## ANEXO J – Coordenadorias Regionais e Supervisões Técnicas de Saúde



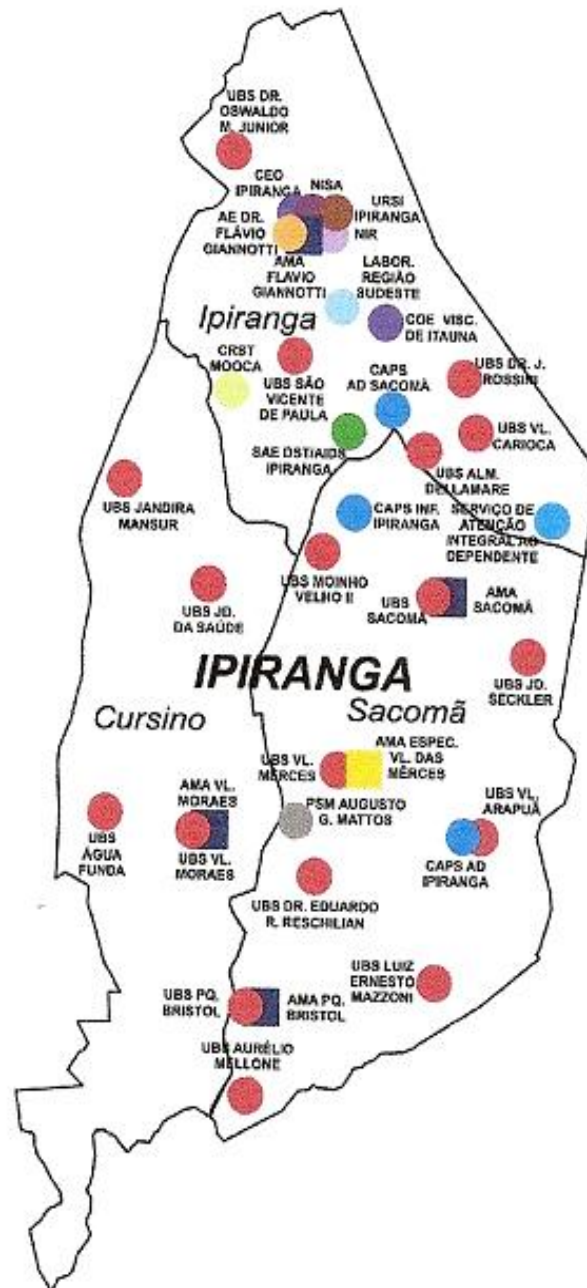
Fonte: SMS/CEInfo/Atenção Básica disponível em <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao>. Acesso em 23/9/2012.

## ANEXO K – Distribuição dos serviços na área da pesquisa – Coordenadoria de Saúde Sudeste



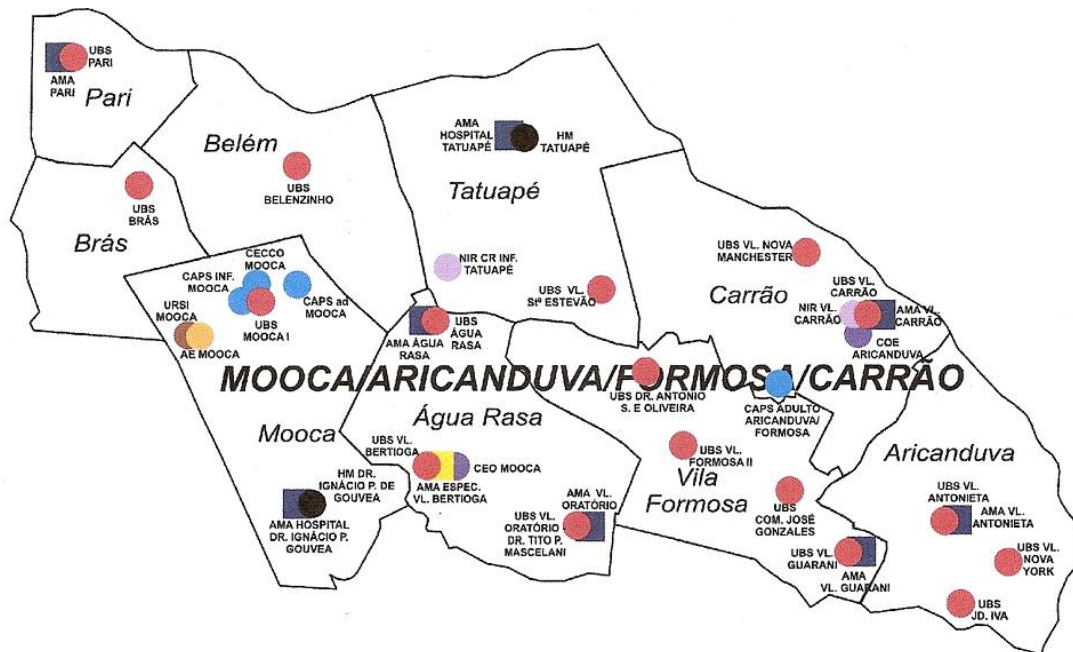
Fonte: SMS/CEInfo/Atenção Básica disponível em <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao>. Acesso em 23/9/2012.

## ANEXO L – Distribuição dos serviços na área da pesquisa – Supervisão Técnica de Saúde Ipiranga



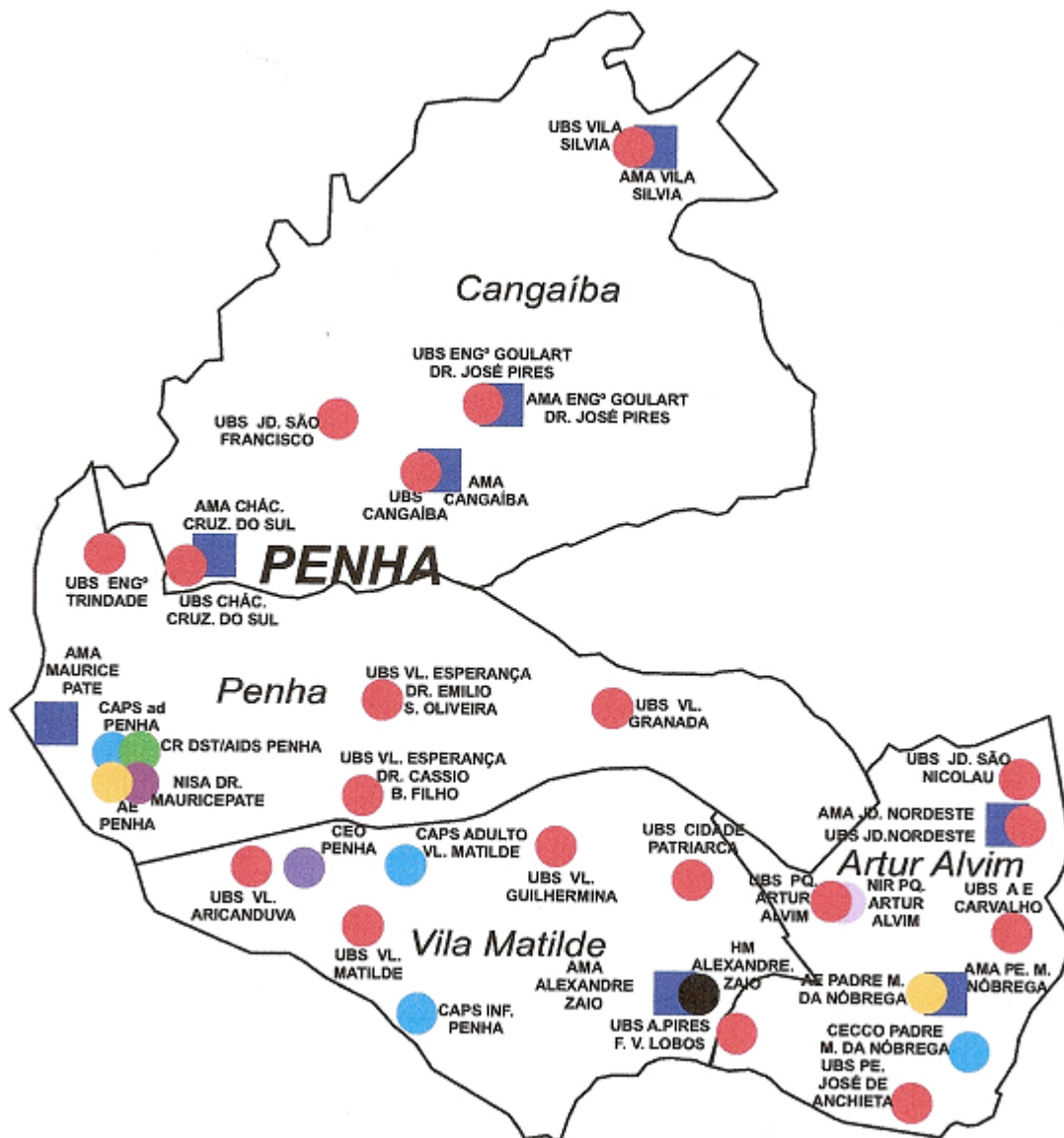
Fonte: SMS/CEInfo/Atenção Básica disponível em <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao>. Acesso em 23/9/2012.

## ANEXO M – Distribuição dos serviços na área da pesquisa – Supervisão Técnica de Saúde Mooca/Aricanduva/Formosa/Carrão



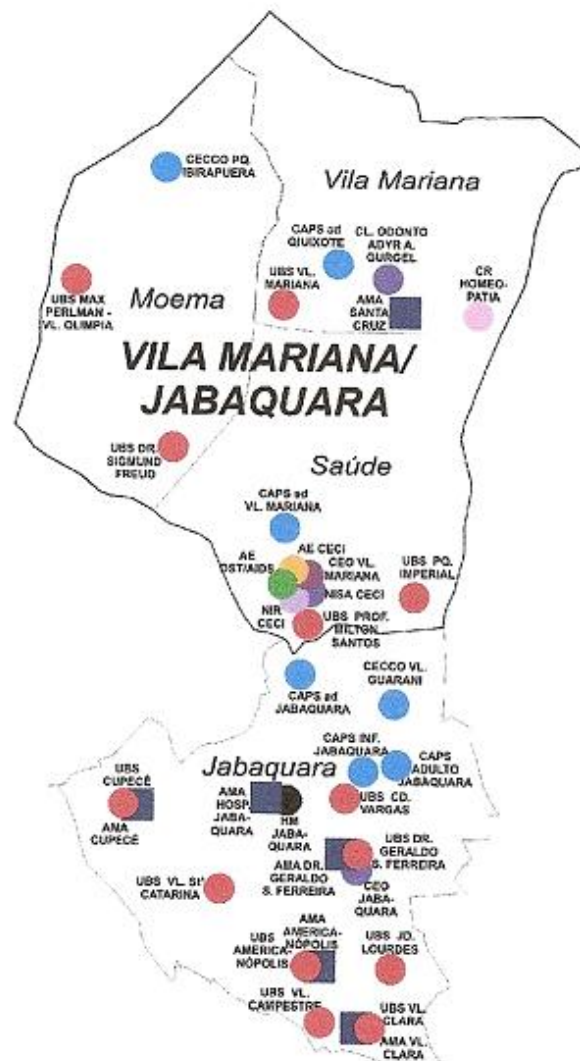
Fonte: SMS/CEInfo/Atenção Básica disponível em <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao>. Acesso em 23/9/2012.

**ANEXO N – Distribuição dos serviços na área da pesquisa – Supervisão Técnica de Saúde Penha**



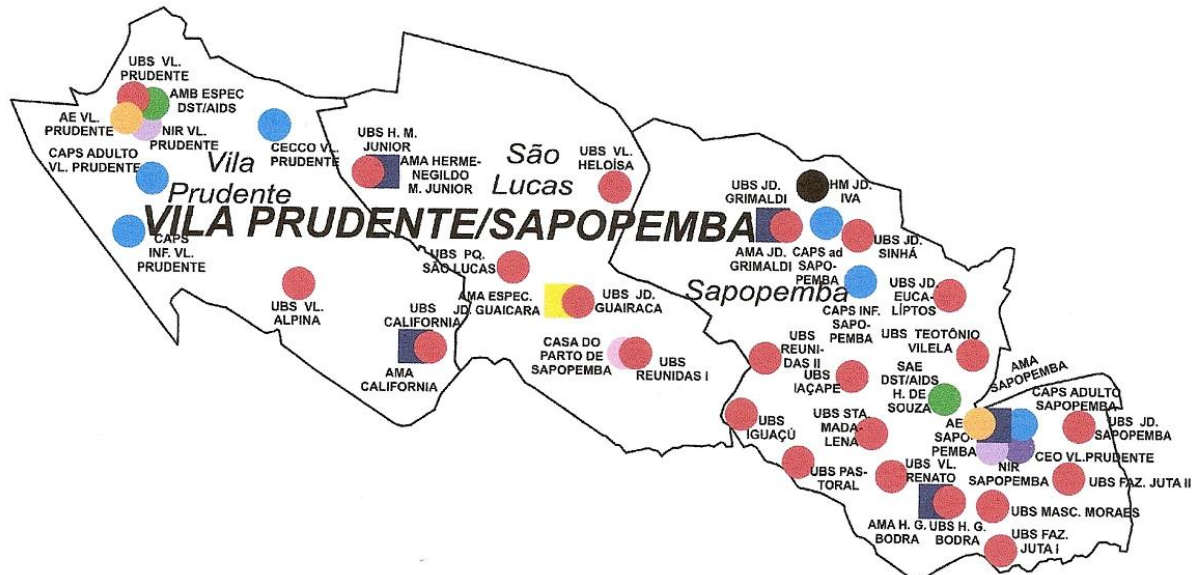
Fonte: SMS/CEInfo/Atenção Básica disponível em <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao>. Acesso em 23/9/2012.

## ANEXO O – Distribuição dos serviços na área da pesquisa – Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana/Jabaquara



Fonte: SMS/CEInfo/Atenção Básica disponível em <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao>. Acesso em 23/9/2012.

## ANEXO P – Distribuição dos serviços na área da pesquisa – Supervisão Técnica de Saúde Vila Prudente/Sapopemba



Fonte: SMS/CEInfo/Atenção Básica disponível em <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao>. Acesso em 23/9/2012.