

II – NOVAS ABORDAGENS DA LOUCURA. REORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL EM UBERLÂNDIA.

IMAGEM 2



Propaganda publicitária da Prefeitura Municipal de Uberlândia. Fonte: Jornal Correio de Uberlândia. 14 de maio de 1995. p. 13.

A ruptura radical com o manicômio deve ir além dos discursos que apregoam a convivência tolerante com a diferença. O contato e o convívio com o louco exigem mais, muito mais! Exigem a disposição ao encontro verdadeiro, ao encontro com o “outro como um ser igual a mim e absolutamente diferente”. Nada semelhante a posições benevolentes, caritativas e excessivamente zelosas que retiram do outro toda a capacidade de ser e existir enquanto tal.
(ABOU-YD, Mirian Nadim e SILVA, Rosemeire, 2003)

2.1. Reforma Psiquiátrica. Práticas e experiências construídas no cotidiano

Para a compreensão do complexo movimento de Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos, que têm suas raízes no período pós-guerra, faz-se necessário adicionar à nossa análise novos elementos: falas, visões de mundo e discursos de sujeitos múltiplos, não apenas de médicos psiquiatras.

Um dos sujeitos que contribuem para a compreensão dessa complexa problemática é o “louco” – sempre esquadrihado, enclausurado, calado e tutelado. Quando se desvela suas falas e experiências, partindo de seus escritos e manifestações culturais, descortinando sua convivência com a família e a instituição de tratamento, permite-nos o contato com suas ansiedades, angústias e necessidades. Essa reflexão amplia a apreensão do fenômeno da loucura, elucidando as diversas lutas travadas por eles que reivindicam mudanças de atitudes em relação ao tratamento do transtorno mental.

Loucura

O meu pensar ultrapassa a razão e prevalece no âmbito do irracional, ou seja, no campo da metafísica.

Sinto tanto o pensar que a própria razão foge de mim.

E corro atrás dela, mas consigo alcançá-la.

O meu modo de ser “louco”, para mim, é pura realidade.

Os outros que são loucos, num mundo que é só meu.

É tal real para mim a minha pseudo-loucura, que não permito intromissão no meu agir e no meu pensar.

Por ser diferente, pensam que sou anormal, mas nenhum indivíduo é igual.⁹⁵

O poema acima, escrito por um usuário de serviços de saúde mental⁹⁶, como vários outros pelo país, delinea histórias comuns de pessoas que sofrem de transtornos mentais, e isso não o impede de travar relações diversas com a sua família, amigos e a sociedade. Tais circunstâncias não dão imunidade frente a seus problemas e suas dificuldades, mas possibilitam o resgate de princípios de cidadania que não só lhe resguarda direitos, mas lhe cobra também responsabilidades, sem a tutela de um conjunto de práticas médicas, de saberes, enclausurado e submetido a longos períodos de internação, esquecido pela sociedade.

O poema, uma forma de projeção do usuário em um espaço social, demonstra aspectos de sua percepção de mundo, que em um jogo de palavras insinua que, na verdade, os loucos são os outros. Cria, na defesa de sua “normalidade”, uma falsa proteção e blindagem contra a

⁹⁵ SILVA, Paulo. Loucura. In: **NOTÍCIAS do CAPS SUL**. Informativo do Centro de Atenção Psicossocial do Distrito Sanitário Sul. Uberlândia. n. 1. junho 2003, p. 2.

⁹⁶ O usuário de serviços de saúde mental que escreve este poema faz tratamento em uma unidade de serviço substitutivo, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Uberlândia.

exclusão que se sofre, negando o outro, como forma de reação frente a esse ressentimento, mesmo que não modifique a situação na qual se encontra, apresenta-se como uma forma de inverter e transferir o estigma ao outro. Sobre a relação e a forma de perceber e reagir a uma humilhação Ansart comenta:

[...] a humilhação não reparada é essencialmente desigual e, com frequência, durável; o domínio é exercido em proveito do ator e em detrimento da vítima. Nesta humilhação, a vítima é confrontada a uma situação ou a um acontecimento contrários às suas expectativas, contrários aos seus desejos, sem sentido para ela, representando a negação da imagem que faz de si próprio.⁹⁷

A psiquiatria tradicional, pautada em terapêuticas de exclusão e isolamento de pacientes, recebeu várias críticas que se delinearam de forma mais concreta e organizada com a emergência do movimento de Reforma Psiquiátrica em fins da década de 1970. Tal movimento pautou-se em experiências diversas, que vão desde a reorganização administrativa do manicômio, até seu repúdio juntamente à proposta de construção de novos paradigmas e espaços de tratamento, colocando em xeque pressupostos da psiquiatria tradicional e suas práticas de reclusão da loucura.

Desde as primeiras propostas de reformulação de atendimento psiquiátrico até culminar na estruturação dos serviços substitutivos tal como se apresentam hoje, diversos foram os projetos e abordagens que traziam à tona novas terapêuticas. Uma das modificações na abordagem do adoecer psíquico foi a inserção de outros profissionais de saúde no seu cuidado – a partir de equipes multidisciplinares – e a ampliação de locais de convivência concebidos como espaços terapêuticos. Este processo estruturou-se de forma lenta, ao longo de mais de duas décadas de conquistas e retrocessos. Nele se fizeram presentes as reivindicações do movimento de Reforma Psiquiátrica, de profissionais, usuários, familiares e outros setores da sociedade.

No seu conjunto, a proposta de reestruturação de serviços psiquiátricos no país defendeu a desarticulação do sistema asilar e várias das práticas aplicadas nestas instituições, tendo como pressuposto mudanças que já ocorriam em outros países. No Brasil, até meados da década de 1970, o asilo cumpriu o papel não apenas de domínio e classificação da loucura, mas também de abrigo e controle de uma parcela da população não apta ao trabalho. A criação de espaços delimitados de adestramento e imposição de condutas morais é analisado por Foucault:

⁹⁷ANSART, Pierre, op.cit., p. 15.

[...] o princípio da “clausura” não é constante, nem indispensável, nem suficiente nos aparelhos disciplinares. Estes trabalham o espaço de maneira muito mais flexível e mais fina. E em primeiro lugar segundo o princípio da localização imediata ou do **quadriculamento**. Cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo. Evitar as distribuições por grupos; decompor as implantações coletivas; analisar as pluralidades confusas, maciças ou fugidias. O espaço disciplinar tende a se dividir em tantas parcelas quanto corpos e elementos há a repartir.⁹⁸

Para compreendermos quais foram as modificações advindas com o movimento de reforma psiquiátrica, devemos nos atentar à constituição do saber psiquiátrico, especialidade médica que se articulou e legitimou principalmente a partir do século XVIII, que em sua gênese já se constituiu em um movimento de reforma, organizando práticas de tratamento da loucura, segregando-a de outros sujeitos, complexificando suas terapêuticas. O espaço asilar – antes apenas com a função de segregar –, torna-se o lugar de observação e classificação do transtorno mental.

Neste viés, destaca-se o trabalho do alienista francês Pinel⁹⁹, que propôs um tratamento mais humanizado com a abolição de correntes e grilhões. Sua abordagem previa a modificação do tratamento da loucura, voltando-se ao tratamento moral, substituindo as antigas correntes por outras bem mais difíceis de romper, atreladas aos comportamentos sociais e delimitados a partir de regras e normas pré-estabelecidas, que contribuíram no esquadramento do espaço público. Segundo Amarante:

A psiquiatria nasce de uma reforma, isto é, nasce como produto das reformas operadas em instituições sociais da França revolucionária. E, nesse exato momento, passa a ser, ela mesma motivo de críticas e objeto de outras reformas. De um lado, questiona-se sua ousadia teórica e prática; de outro, seu excessivo poder. Desde então, muitos são aqueles que se colocam contra a ameaçadora presença dos loucos nas ruas.¹⁰⁰

É nesse momento que a loucura recebe o *status* de doença, a partir dos pressupostos do saber psiquiátrico que a diferenciaram de outras enfermidades, em um movimento que foi possível graças ao afastamento e indiferença da sociedade, esquadrihada em manicômios até as últimas décadas do século XX. Foucault nos demonstra esse movimento:

⁹⁸ FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**, op.cit. ,p.131. Grifo do autor.

⁹⁹ Phillipe Pinel, apresentou avanços no tratamento da loucura, na França do século XVIII, quando pela primeira vez a loucura, compreendida como patologia e propensa à observação e classificação, foi tratada a partir de terapêuticas específicas. Propôs avanços em suas práticas, como a abolição de correntes no tratamento da loucura, freqüentes em Hospitais Gerais. Foi um dos principais expoentes do alienismo, corrente de pensamento que compreende a loucura como moléstia da alma, em que as paixões, os amores e os ressentimentos constituem na maior causa do adoecer psíquico, voltado ao tratamento moral.

¹⁰⁰ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente**. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, p. 37.

Observando as coisas com um pouco mais de atenção, a evidência aí está: se o século XVIII aos poucos abriu espaço para a loucura, se distinguiu certas figuras dela, não foi aproximando-se dela que o fez mas, pelo contrário, afastando-se dela: foi necessário instaurar uma nova dimensão, delimitar um novo espaço e como que uma outra solidão para que, em meio desse segundo silêncio, a loucura pudesse enfim falar. Se ele encontra seu lugar, isto acontece na medida em que afastada; deve seus rostos, suas diferenças, não a uma atenção que se aproxima, mas a uma indiferença que a isola.¹⁰¹

A crítica contundente ao modelo psiquiátrico e a proposta de novas terapêuticas, surge em várias partes do mundo nas últimas década do século XX, principalmente a partir do final da Segunda Guerra Mundial – época de denúncia do escandaloso legado de violência advindo do nazismo – que promoveu a dizimação de milhões de pessoas em campos de concentração, segregando-as por sua origem, cultura e hábitos diferentes, não adequados ao “ideal ariano”, sofrendo todo tipo de mutilação e violência. A intolerância ao diferente, estranho aos demais grupos, assemelha-se à experiência da loucura em alguns aspectos, como a extrema violência a eles destinado e à indiferença em relação às pessoas que sofriam de transtornos mentais. Como demonstra Charette:

A natureza humana, em sua universalidade, mantém uma íntima relação com a intolerância. Cada um constrói sua identidade sobre crenças muitas vezes exclusivas; as coletividades, os Estados são edificados com o estabelecimento de relações que unem e, ao mesmo tempo rejeitam os outros.¹⁰²

As críticas aos paradigmas da psiquiatria tradicional estenderiam-se também a seu espaço de atuação, a clínica psiquiátrica, marcada pela violência e mutilação de qualquer tipo de manifestação ou mesmo de promoção de melhora do quadro clínico de seus pacientes. Traçando um novo cenário de intervenção na loucura, perpassando experiências de abordagens que se aproximam de um viés mais social, com a ampliação do atendimento a uma maior parcela da população, apresentam-se experiências como a psiquiatria comunitária, desenvolvida nos Estados Unidos a partir da década de 1960, e que tinha por objetivo a prevenção de transtornos mentais por meio do acompanhamento da saúde da comunidade.

Essa prática, em contrapartida, trouxe consigo a preocupação com a possível psicologização das comunidades, que poderia ter o efeito inverso de patologização da sociedade. Além disso, os princípios da psiquiatria preventivista ainda estavam intrinsecamente pautados na psiquiatria tradicional, diferenciando-se apenas em alguns aspectos, como a maior distribuição de seus serviços.

¹⁰¹ FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**, op.cit., p.393.

¹⁰² CHARETTE, Hervé, op.cit., p. 236.

A crítica ao modelo asilar torna-se mais contundente, a partir da década de 1960, com o movimento de Antipsiquiatria¹⁰³, contando com vários expoentes que partiam de projetos diversos de modificação na intervenção da loucura, promovendo um profícuo debate. Como demonstra Amarante:

A Antipsiquiatria surge na década de 1960, na Inglaterra, em meio aos movimentos *underground* da contracultura (psicodelismo, misticismo, pacifismo, movimento hippie), com um grupo de psiquiatras – dentre os quais destacam-se Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson –, muitos com longa experiência em psiquiatria clínica e psicanálise. O consenso entre eles diz respeito à inadaptabilidade do saber e das práticas no trato com a loucura, mais especificamente com a esquizofrenia. Aqui formulada a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença, um objeto dentro dos parâmetros científicos. As discussões ocorrem em torno da esquizofrenia, como conceito paradigmático da cientificidade psiquiátrica, tendo em vista que é no tratamento dessa patologia o fracasso é maior, da mesma forma que é com a esquizofrenia que é mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiátrica.¹⁰⁴

Experiências como as comunidades terapêuticas, desenvolvidas pelos psiquiatras David Cooper e Ronald Laing na Inglaterra, propunham a compreensão do transtorno mental a partir de uma infinidade de fatores, inclusive questões sociais, como relações conflituosas travadas no seio familiar ou mesmo outros grupos de sociabilidade. Esta proposta terapêutica sugeria a organização de grupos de discussão entre pacientes e equipe profissional, alterando o foco de atendimento, antes centrado no indivíduo, para um trabalho coletivo, em que as discussões em grupo promoviam a interação dos vários sujeitos envolvidos na terapêutica. O trabalho de Cooper busca caracterizar as possíveis causas do transtorno mental, particularmente a esquizofrenia, inserindo-a no âmbito social:

O trabalho que temos a realizar se refere à loucura. Refere-se à área mais representativa da loucura, à qual os médicos e até cientistas atribuíram o rótulo de esquizofrenia. Teremos de discutir e contestar se existe ou não a doença esquizofrenia, mas, além desta zona de incerteza, há uma área de certeza. Estou inteiramente seguro, e darei algumas das razões de minha

¹⁰³ Movimento surgido na década de 1960 que colocou em xeque os pressupostos da psiquiatria tradicional, as terapêuticas e o formato das instituições asilares, apreendidas como espaços de exclusão que deveriam ser repensados a partir de formas diferenciadas de abordagem da loucura. Sobre essa discussão conferir:

COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1990.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

KOUPERNIK, Cyrille. **Antipsiquiatria: senso ou contra-senso?** Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

GOOFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

LAING, Ronald D. **A voz da experiência – experiência ciência e psiquiatria**. Petrópolis: Vozes, 1988.

SZASZ, Tomas Stephen. **O mito da doença mental**. São Paulo: Circulo do Livro, 1974.

¹⁰⁴ AMARANTE, Paulo. (Org) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: fiocruz, 1995, p. 42.

convicção, de que o processo mediante o qual alguém se torna uma esquizofrênico designado implica uma violência sutil, psicológica, mítica, mística, espiritual. Esta violência é tão tortuosa, que mistificou sua inexorável sujeição ao menos durante o último século, somos finalmente capazes de começar a dizer o que é.¹⁰⁵

Uma outra forma de abordagem do transtorno mental remete-se ao trabalho desenvolvido na Itália, que teve à frente o psiquiatra Franco Basaglia, que teceu críticas à instituição asilar, apontando a necessidade do envolvimento da comunidade no processo de tratamento da loucura, com a defesa de uma forma de tratamento que estimulasse o desenvolvimento de vários aspectos de seus pacientes no campo político, social, cultural e subjetivo.

Tal enfoque acentua a crítica ao modelo de sociedade vigente, essencialmente excludente, inserindo na órbita do cuidado ao transtorno mental a discussão e reivindicação de princípios como a defesa da cidadania, bem como da representatividade política, que possibilitassem a modificação da condição de pacientes psiquiátricos. Esses pressupostos vêm na contramão do sistema manicomial caracterizado por Basaglia:

O manicômio não fez mais que pegar essas pessoas indesejáveis, e comprimi-las nas instituições em numa espécie de morte civil. Essa é ainda a situação, a terapia dos manicômios. No momento em que entramos no manicômio e o abrimos, apresentam-se as mesmas contradições de quando ele estava fechado. Mas eu acho que a terapia mais importante é que essas pessoas reprimidas no manicômio possam tomar consciência de sua própria repressão. A situação através da qual as famílias que entram em uma manicômio começam a ter contato com essas pessoas é fundamental.¹⁰⁶

A alteração na condição de vida de milhares de pessoas que sofrem de transtornos mentais extrapola a desarticulação de manicômios, na medida em que torna-se conjuntamente necessária a mudança do imaginário social que concebe a loucura como “desrazão, perigosa e incontrolável”, caracterização que legitima sua tutela e controle como forma de contenção.

No Brasil, vários destes pressupostos nortearam a organização do movimento de reforma psiquiátrica, que torna-se mais articulado a partir da década de 1980 e, em um primeiro momento, teceu críticas à gestão de instituições asilares, mas não a seus princípios. Foi o período de ampliação de políticas públicas de saúde mental, criando-se programas de acompanhamento da população, como forma de prevenir e intervir no transtorno mental precocemente. A crescente mobilização e a adesão de vários sujeitos deram corpo a este

¹⁰⁵ COOPER, David. op. cit, p. 28.

¹⁰⁶ BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. op. cit, p. 20.

movimento, principalmente junto a setores da saúde pública, possibilitando a discussão e compreensão da necessidade de modificação da estrutura de atendimento psiquiátrico do país.

Uma das iniciativas do movimento de luta antimanicomial foi a apresentação, ao Congresso Nacional, de um projeto de lei encaminhado pelo Deputado Federal Paulo Delgado (PT –MG) em 1989. O projeto continha em suas linhas a proposta de reorganização do atendimento psiquiátrico no país e a desarticulação progressiva da estrutura asilar. Sua apresentação incitou um movimento de reorganização do atendimento psiquiátrico em todo o país durante o período de tramitação no Congresso, com a aprovação de várias portarias do Ministério da Saúde que já regulamentavam determinadas práticas terapêuticas antes mesmo da aprovação da lei. A aprovação em 2001 da Lei 10.216¹⁰⁷ legitimou as portarias já existentes e regulamentou os direitos dos portadores de transtorno mental, assim como definiu princípios básicos de atenção e cuidado:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento de sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar suas recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso ou exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;¹⁰⁸

Os serviços substitutivos, hoje denominados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), apresentam-se na modalidade de atendimento à internação psiquiátrica. Oferecem atendimento às pessoas que sofrem de transtornos mentais a partir de terapêuticas diversas, inserindo-as não apenas em um período de crise, mas enquanto for necessário seu cuidado, monitoramento de seu quadro clínico, inserindo-o em novos espaços de sociabilidade. Este tratamento promove a internação psiquiátrica somente em momentos de crise, em que o paciente apresenta risco à sua vida ou de outras pessoas, com o retorno do paciente ao convívio da familiar, que neste novo sistema também é parte ativa no processo de acompanhamento.

No país, temos um número expressivo de serviços substitutivos à internação psiquiátrica. Contudo, não se apresenta ainda de forma hegemônica e distribuída por todo o Brasil. O documento apresentado pela Rede Nacional Internúcleos da Luta

¹⁰⁷ A Lei 10.216 é conhecida como Lei Paulo Delgado, pelo nome do parlamentar que encaminhou o projeto para a Câmara dos Deputados.

¹⁰⁸ Idem, p. 17.

Antimanicomial¹⁰⁹, demonstra que já existe um número considerável de serviços substitutivos, mas que ainda está longe das expectativas de desarticulação da estrutura asilar.

Não obstante as importantes conquistas para o resgate da cidadania do louco, não obstante os mais de 500 serviços substitutivos já existentes no Brasil, ainda existem quase 50.000 leitos psiquiátricos. São milhares de brasileiros presos, sob o pretexto de serem tratados. Muitos estão há anos aguardando a liberdade. Outros encontraram a morte ali. Se a privação de liberdade não pode ser entendida como método de tratamento e, portanto, estas instituições já deveriam ter tido seu fim anunciado, nada justifica a degradação e a violação dos Direitos Humanos que continuam a acontecer nos hospitais psiquiátricos.¹¹⁰

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde, ainda há muito que ser feito para que se consiga um bom tratamento e a compreensão do transtorno mental, tanto em relação à ampliação do seu atendimento ao um público maior – que muitas vezes nem mesmo tem acesso a tratamento – quanto a implantação de novas abordagens de atendimento.

Embora a promoção da saúde mental positiva para todos os membros da sociedade seja evidentemente uma meta importante, ainda há muito que aprender sobre como atingir esse objetivo. Por outro lado, existem hoje intervenções eficazes para toda uma série de problemas de saúde mental. Dado ao grande número de pessoas afetadas por Transtornos Mentais ou Comportamentais, muitas das quais nunca recebem nem receberão tratamento, bem como o fardo social, familiar e pessoal resultante dos transtornos não tratados. Este relatório (da OMS) se concentra nos Transtornos Mentais e Comportamentais, mais do que nos conceitos mais amplos da saúde mental.¹¹¹

Notamos que a estrutura asilar não foi totalmente desarticulada, mesmo com a modificação da legislação e o incentivo do Ministério da Saúde à aplicação de serviços substitutivos, e a pressão e reivindicação do movimento de luta antimanicomial das modificações propostas. Vários são os entraves para a implantação de uma rede de assistência que consiga superar o modelo asilar, constatados a partir de reportagem recente da revista Caros Amigos, que foi publicada em comemoração ao aniversário da aprovação da Lei 10.216. Neste sentido, o Brasil ainda possui uma grande estrutura asilar.

O Brasil hoje tem 42.000 internos em 240 hospitais psiquiátricos. É o terceiro repasse do SUS (Sistema Único de Saúde) e, apesar da política do

¹⁰⁹ Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. Direitos Humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras. **Relatório das visitas realizadas simultaneamente na Inspeção Nacional em Unidades Psiquiátricas em 16 estados brasileiros e no Distrito Federal**. 22 de julho, 2004, p. 2.

¹¹⁰ Idem, p. 2.

¹¹¹ **RELATÓRIO sobre saúde mental no mundo**. Organização Mundial de Saúde . ONU – 2001, p. 2.

Ministério da Saúde de diminuição gradual dos leitos, 63 por cento das verbas de saúde mental vão para manicômios.¹¹²

Nesta perspectiva, o ano de 2001 foi emblemático para a luta antimanicomial no Brasil, com a aprovação da Lei 10.216, em abril, junto à comemoração do ano internacional de luta antimanicomial, realizando-se também a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Estes fatos e ações produziram grande efervescência, refletindo-se em outros âmbitos, desdobrando-se em manifestações culturais e políticas, o que marca a legitimação desta proposta de modificação de tratamento.

¹¹²DIP, Andréa. Cidades Esquecidas. In: **Revista Caros Amigos**. Ano X. n. 109. abril de 2006,p. 20.

2.2. Atendimento ambulatorial em Uberlândia: mudança de paradigmas na intervenção do adoecer psíquico

Uberlândia conheceu diversas abordagens em relação aos transtornos mentais até o formato de atendimentos substitutivos como temos hoje. Mas foi principalmente a partir da década de 1980 que novas alternativas propostas delineiam a desarticulação do modelo asilar até então existente, como apontado na tabela abaixo:

TABELA 2

Assistência psiquiátrica – Modelos de atenção		
Período	Pressupostos	Serviço
Até os anos 70	Preventivismo Especialização	Simplificado Hospícios
Anos 70 – 80	Especialização	Hospícios ou AMB
Anos 80 – 90	Setorização Racionalidade Regionalização Hierarquização Intensidade	Especializados Porta de entrada Rede serviços regionais Referência / contra-referência
Anos 90	Território Diversificação Complexidade	Responsáveis regionais Único / integral Rede social
Tendência no ano 2000	Inversão modelo Cidade saudável	PSF / PACS Sem serviço Setorização

Fonte: Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>>: Acesso em 01 de setembro de 2006.

Entrevemos que a cidade de Uberlândia acompanha, de alguma forma, a tendência de organização de serviços de saúde mental implementados nacionalmente. O Ambulatório de Saúde Mental, inaugurado em 1989 ministrava terapêuticas mais complexas que o atendimento dos Centros de Saúde, sendo a unidade de atendimento chave para a implantação do projeto de descentralização do atendimento psiquiátrico na cidade. Nele ofereciam-se terapêuticas mais complexas, como a psicoterapia, recebendo-se pacientes encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹¹³ e pelas Unidades de Assistência Integrada (UAI)¹¹⁴ e essa hierarquização de serviços era a porta de entrada para o sistema, enquanto as internações continuavam sob a responsabilidade do Hospital de Clínicas da UFU e também do Sanatório Espírita de Uberlândia. Estes serviços careciam de maior vínculo entre as diversas instâncias.

¹¹³UBS: unidades que prestam serviço de atenção básica em saúde à população vizinha à sua localização. In: **Projeto Nacional VER – SUS**. Prefeitura Municipal de Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde. Uberlândia. 20/08 a 03/09/2004, p.12.

¹¹⁴ UAI: unidade de assistência chamada integrada, pois nela se juntam três tipos de atendimento diferentes: atenção básica, emergência, e especialidades. In: Idem, p.12.

Mesmo com a inauguração do Ambulatório de Saúde Mental, o poder municipal não havia ainda se estruturado, de modo a se tornar referência nos moldes propostos pelos princípios da reorganização do atendimento ao transtorno mental. Disponibilizava ao público psicoterapias variadas: individual, em grupo, oficinas terapêuticas, atendimento a egressos de internações psiquiátricas, trabalho com atividades educativas e ações de prevenção, uma vez que a implantação da rede de atendimento não estava concretizada. Só no final da década de 1980 é que as modificações substanciais ocorreram. Todas as mudanças engendradas colocaram por terra o modelo psiquiátrico datado de 1934. Em substituição, aprova-se o projeto de lei apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG). Este sugeria a desarticulação progressiva de manicômios e hospitais psiquiátricos, sendo enviado ao congresso em 1989, tramitando na Câmara Federal até o ano de 2001.

O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomiais de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação¹¹⁵.

A década de 1990 trouxe várias novidades no atendimento, consolidando novas propostas para os serviços de saúde mental. Este projeto de lei estimulou vários estados do país a buscarem alternativas e elaborarem leis para que o processo proposto se consolidasse. Como afirma Tenório:

[...] a discussão sobre o projeto suscitou a elaboração e aprovação, em oito unidades de federação, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar. A intensificação do debate e a popularização da causa da reforma desencadeadas pela iniciativa de revisão legislativa certamente impulsionaram os avanços que a luta alcançou nos anos seguintes. Pode-se dizer que a lei de reforma psiquiátrica proposta pelo Deputado Paulo Delgado protagonizou a situação curiosa de ser uma ‘lei’ que produziu seus efeitos antes de ser aprovada.¹¹⁶

A lei que versa sobre a saúde mental em Minas Gerais foi promulgada em 1994, quando se definiu a implantação de serviços substitutivos em saúde mental nos municípios, estabelecendo principalmente as terapêuticas, a forma de organização dos serviços e a

¹¹⁵ TENÓRIO, Fernando, op.cit., p. 36

¹¹⁶ Idem, p. 36.

clientela alvo, com a proposta de inserção do paciente na família, no trabalho e na comunidade.¹¹⁷

Art. 3º Os poderes públicos estadual e municipais, em seus níveis de atribuição, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos, os quais garantam a manutenção de pessoa portadora de sofrimento mental no tratamento e sua inserção na família, no trabalho e na comunidade, tais como:

I – ambulatórios;

II – serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros gerais e centros de referência;

III – leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais;

IV – serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-noite;

V – centros de referência em saúde mental;

VI – centros de convivência;

VII – lares e pensões protegidas.¹¹⁸

A realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1994, clareou as discussões e propostas em andamento, entre elas o realce dado à participação da população nessa construção do novo modelo, inserindo o elemento da subjetividade na abordagem do transtorno mental. Para Yasui:

Nesse sentido, o relatório da 2ª CNSM apontou para a consolidação das conquistas e para onde avançar. A 2ª CNSM, consolidou também a conquista dos espaços institucionais. A posição oficial do aparato estatal estava alicerçada pelas diretrizes propostas e pelos conceitos do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Utilizando-se da mesma estratégia do Movimento Sanitário, a Reforma Psiquiátrica institucionalizou-se enquanto política oficial (se é que, pelo menos desde os anos setenta, em algum momento deixou de sê-lo ao menos no discurso). Na guerra de posições no interior da construção de um processo de hegemonia, o Movimento da Reforma Psiquiátrica conquistou territórios no interior do aparelho estatal.¹¹⁹

Nesse sentido, torna-se relevante incluir como parte de pauta a forma como a sociedade e as pessoas que sofrem de transtornos mentais deveriam se envolver e participar, para que se consolide a inserção dos usuários dos serviços de saúde mental na sociedade, referendando sua cidadania e autonomia. Neste viés, Tenório alerta:

¹¹⁷Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações de serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária e dá outras providências. In: **Legislação em Saúde Mental. 1990-2004**. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. Série E. Legislação de Saúde. Brasília – DF. 2004, p. 37.

¹¹⁸Idem, p. 34.

¹¹⁹YASUI, Sílvio. **A Construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto**. Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Assis. (Dissertação de Mestrado), p. 83.

A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial: trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e a loucura. A participação dos agora chamados ‘usuários’ dos serviços de saúde mental (em lugar de ‘pacientes’ e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo.¹²⁰

É também na II Conferência Nacional de Saúde Mental que se estabelece o Dia Nacional de Luta Antimanicomial, comemorado no dia dezoito de maio, cuja estratégia insere o usuário na discussão de sua condição junto à sociedade, colocando-se frente às relações que trava em várias esferas que freqüenta ou recebe tratamento. Está em jogo a possibilidade de se recriar e inventar essas relações com a loucura em que o usuário seja visto como sujeito de sua própria história. Quanto a isso, Tenório avalia:

Ainda na perspectiva da ampliação do escopo do movimento, é instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional de Luta Antimanicomial, visando potencializar o poder de aglutinação de maiores parcelas da sociedade em torno da causa. Finalmente, a própria questão das estruturas de cuidado ganha outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de interação) mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou ‘territorial’, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica.¹²¹

No começo da década de 1990, a estrutura de atendimento em saúde mental em Uberlândia não funcionava plenamente e a procura espontânea por outras instituições era constante, não havia clareza quanto ao papel de cada unidade de atendimento no tratamento psiquiátrico na cidade, e o poder municipal não havia sedimentado sua experiência de intervenção tal como se propunha – muitas vezes havia confusão quanto ao atendimento que cada unidade deveria fornecer – e havia falta de clareza sobre quais casos deveriam ser tratados nas instituições municipais e quais deveriam ser encaminhados ao setor de internação do Hospital de Clínicas e à Clínica Jesus de Nazaré, a partir de 1994.¹²²

O central era o Ambulatório, e nós na rede, era UBS e UAIS. Em cada UBS tinha duas psicólogas e em cada UAI tinha duas psicólogas, uma assistente social, um psiquiatra e tinha o Ambulatório. Então a rede tinha fila de espera imensa e o Ambulatório também tinha fila de espera imensa. O Ambulatório

¹²⁰ TENÓRIO, Fernando. op. cit., 28.

¹²¹ Idem, p. 35.

¹²² A Clínica Jesus de Nazaré, instituição filantrópica fundada em 1994 e estruturada no formato de serviço substitutivo, oferece psicoterapias, atendimento ambulatorial assim como internações psiquiátricas, com duração máxima de quarenta e cinco dias, pautadas na legislação sancionada pelo Ministério da Saúde. Esta instituição será abordada no terceiro capítulo deste trabalho.

nessa época, também abriu o Ambulatório Infantil, ele abriu em torno de 1992 para crianças graves também. Então o que a gente fazia? Batia o grave aqui ou mandava ele para o Ambulatório de Saúde Mental ou para o Pronto-Socorro da UFU se considerasse que estava em crise.¹²³

A proposta de organização de serviços de saúde pelo SUS pautava-se no atendimento regionalizado, partindo da divisão da cidade em Distritos Sanitários. Cada uma dessas unidades seria responsável pelos cuidados em saúde daquela área circunscrita. Essa proposta levava à cobertura de serviços de saúde mais próxima à comunidade, compreendendo suas necessidades. Em Uberlândia, a distritalização de atendimento já era discutida desde o começo da década de 1990.

De acordo com as diretrizes do SUS, propõe-se que cada Distrito Sanitário se responsabilize por sua clientela de Saúde Mental. Para tanto faz-se necessário que cada Distrito se organize numa rede de assistência ambulatorial para prestar serviço de qualidade vindo de encontro com normatização em Saúde Mental para o Município de Uberlândia.¹²⁴

A construção de três UAIs em 1994, contribuiu para a estruturação de equipes multiprofissionais em cada uma dessas unidades, oferecendo atendimento básico em saúde mental e tendo orientações em portarias sancionadas pelo Ministério da Saúde¹²⁵, organizando-se a partir das diretrizes propostas pelo SUS de distritalização de serviços. É o que observa o projeto da UAI Pampulha:

Um serviço de Saúde Mental foi implantado em cada unidade, sendo a equipe formada por 01 assistente social, 02 psicólogos e 01 psiquiatra. Os referidos profissionais vêm prestando assistência aos usuários da região abrangida por cada UAI. Este atendimento é prioritariamente ambulatorial (psicoterapia individual e grupal, consultas psiquiátricas, participação da equipe em grupos operativos tais como grupos de diabéticos, hipertensos, etc, e acompanhamento social). Entretanto, a equipe também tem dado continência aos casos emergenciais que dão entrada em cada unidade, no horário de atendimento da equipe. São realizadas, ainda, várias visitas domiciliares, nos quadros onde a problemática sócio-familiar é relevante.¹²⁶

¹²³ SANTOS, Marisa, op.cit.

¹²⁴ **ANTEPROJETO de Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental do Distrito Leste.** Prefeitura Municipal de Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde. Acervo DICS. Uberlândia, 1997. p. 3.

¹²⁵ PORTARIA SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso de suas atribuições do Decreto nº 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e disposto no parágrafo 4º da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas. In: **Legislação em Saúde Mental. 1990-2004**, op.cit., p. 243.

¹²⁶ **PROJETO Comunitário do Setor de Saúde Mental da Unidade de Atendimento Integrado Irmã Dulce. (UAI PAMPULHA)**, op.cit., p. 3.

A implantação do Ambulatório de Saúde Mental Infantil, em 1992, na cidade, também foi fruto de grande mobilização do corpo profissional e funcionou em um primeiro momento no mesmo espaço do Ambulatório de Saúde Mental Adulto, utilizando algumas de suas salas. O atendimento a crianças seria mais uma peça para a articulação do sistema de atendimento em saúde mental proposto pelo poder público, que criava mais um ponto de atendimento com vistas a se tornar referência no município. Entretanto, em um primeiro momento também não se definiu claramente qual seria a clientela, processo sanado aos poucos, a partir da constituição dessa unidade pela própria equipe multiprofissional.

A proposta de atendimento à criança que sofria de transtornos mentais, constituía-se em um dos projetos de reestruturação desses serviços e foi apresentada em vários documentos da Secretaria Municipal de Saúde como possibilidade de diminuição de transtornos psiquiátricos posteriores. Acreditava-se que uma abordagem precoce junto a crianças autistas e psicóticas, e com dificuldades no aprendizado escolar, era uma forma de prevenção.

Uma questão crucial é que desde a inauguração do Ambulatório de Saúde Mental, não houve um trabalho com os Psicólogos no sentido de estarem delimitando e limitando qual tipo de clientela a ser atendida.

Como a demanda era muito grande e na UBS não estavam atendendo as crianças, o Ambulatório passou a ser referência desse tipo de atendimento para toda a cidade e ainda havia a pressão da Secretaria de Educação e de outras instituições como a ICASU, CEEU, para atendimento dessas demandas.¹²⁷

O Ambulatório de Saúde Mental Infantil teve papel primordial na organização da rede de atendimento ao transtorno mental, na medida em que, junto ao Ambulatório de Saúde Mental, oferecia atendimento substitutivo à internação psiquiátrica, não fugindo do tratamento com medicamentos, mas propondo psicoterapias e acompanhamento do paciente, com visitas domiciliares. O que se almejava era o desejo de tornar-se referência nos moldes dos pressupostos da luta antimanicomial. Neste sentido, foi também um observatório de práticas e abordagens no atendimento a crianças. Assim, constituiu um projeto em que desenvolvia atividades que posteriormente seriam disseminadas a outras unidades de atendimento. O atendimento específico a crianças legitimou as ações em Saúde Mental, principalmente a partir dessa unidade, que se abre a uma clientela que antes não recebia atendimento específico.

¹²⁷ SOUZA, Cleide de. Coordenadora de Ações em Saúde. In: **Diagnóstico do Ambulatório de Saúde Mental Infantil**. Prefeitura Municipal de Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde. Acervo DICS.Uberlândia, 1996, p.4.

Objetivo específico: Atender crianças com dificuldades na área de aprendizagem, afetivo emocional, articulatórias, e na linguagem oral e escrita.

Orientar pais ou responsáveis quanto à problemática de seu (s) filho(s).

Oferecer aos pais ou responsáveis da criança que estejam em atendimento no ambulatório, atendimento psicoterápico, a fim de possibilitar o desenvolvimento de dispositivos internos que facilitam a dinâmica da relação parental.

Avaliar crianças triadas ou atendidas nos Centros de Saúde do município, com caráter de assessoria e se necessário de atendimento.¹²⁸

O documento elaborado por duas psicólogas da rede municipal de saúde mental apresentava ações de atendimento direcionadas a crianças com transtorno mental, o que denota que o projeto do Ambulatório de Saúde Mental Infantil propunha-se a ser um tratamento de ponta, com o intuito de se destacar e até mesmo apresentar avanços nesse setor. Devemos lembrar que este tipo de ação era embrionária no cenário de saúde mental nacional, e só a partir de 1992, com a portaria 224¹²⁹, foram denominados Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)¹³⁰, quando se estabeleceu o formato das instituições que ofereciam atendimento substitutivo. É o que informa Chaves e Couto:

Uma nova política de Saúde Mental vem sendo intensamente discutida e gradualmente implantada no cenário da saúde brasileira. No campo da saúde mental infantil percebe-se ainda a ausência de diretrizes políticas específicas para o atendimento da criança com transtornos mentais graves. Apesar destes obstáculos, dispositivos institucionais que contemplem as necessidades desta clientela vêm sendo criados. Foi neste contexto que implantou-se em Uberlândia o NAPS Infantil, que é a unidade de saúde prestadora de assistência integral e intensiva às crianças com transtornos mentais graves, como psicose e autismo, através de equipe multiprofissional.¹³¹

Um dos elementos que contribuiu para a estruturação da rede de atendimento em saúde mental da cidade, definindo qual a clientela caberia a cada unidade, foi a execução do Plano Diretor em 1997. Este preconizava a organização das esferas a partir da distritalização do atendimento em saúde mental.

De acordo com o Plano Diretor de 1997 do município de Uberlândia, ficou estabelecido que a assistência em saúde mental deveria seguir o proposto nas leis e portarias que regulam o SUS considerando, sobretudo aquelas que

¹²⁸ SOUZA, op. cit., p. 06.

¹²⁹ PORTARIA SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. In: **Legislação em Saúde Mental. 1990-2004**, op.cit., p. 243.

¹³⁰ As unidades de atendimento intensivo do poder público municipal, o Ambulatório de Saúde Mental Adulto e Infantil, foram definidos, a partir de 1992, como NAPS Adulto e Infantil, com a sanção da Portaria 224. No processo de readequação da estrutura de saúde mental em 2001, foram readequadas às exigências do Ministério da Saúde e configuraram-se como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

¹³¹ CHAVES, Cleide de Souza; COUTO, Vilma Valéria. **SAÚDE MENTAL**. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Acervo DICS. Uberlândia, 1999, p. 2.

regulam e estabelecem diretrizes e normas para o Setor de Saúde Mental. Foi neste contexto que o Serviço de Saúde Mental de Uberlândia passou por um processo de transformação que culminou hoje em uma rede de assistência que prioriza os portadores de transtornos mentais graves, dentro das perspectivas antimanicômias.¹³²

A estrutura de atendimento em saúde mental municipal afirma-se prioritariamente como ambulatorial, cuja principal característica foi a territorialização progressiva destes serviços, com unidades de tratamento por distritos sanitários. Acompanhamos essa evolução e a modificação dos resultados desse tipo de atendimento em vários documentos da Secretaria Municipal de Saúde, por meio de balanços do atendimento oferecido nos quais se quantificava os tratamentos e intervenções realizadas em cada distrito sanitário. O relatório elaborado em 1999, pela Secretaria Municipal de Saúde, apresenta uma breve avaliação do serviço de saúde mental, priorizando os atendimentos realizados pela esfera municipal, com números de procedimentos e organização da rede.

Mantendo a prioridade de atendimento aos portadores de transtorno mental grave, durante o ano de 1999, o Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde investiu na consolidação da rede ambulatorial distrital e atenção intensiva ao paciente em crise, através dos Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS.

A rede ambulatorial instalada nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades de Atendimento Integrado – UAI, conta com o trabalho de equipe multidisciplinar composta por psicólogo, assistente social e psiquiatra. O trabalho é desenvolvido através de atendimentos individuais, grupos de psicoterapia e de orientação, consultas médicas, oficinas terapêuticas, atendimento a familiares, convênios com recursos da comunidade.¹³³

A estruturação dos Ambulatórios de Saúde Mental Adulto e Infantil, cadastrados como NAPS a partir de 1992, segundo regulamentação da portaria 189¹³⁴ delimitou principalmente a estrutura da instituição, tipo de terapêuticas oferecidas e atividades a partir do tempo de permanência na instituição:

Código 842-7 Atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (02 turnos);

Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de dois turnos de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia

¹³² **Projeto Técnico do Núcleo de Atenção Psicossocial Adulto**, op.cit., p.4.

¹³³ **INFORMATIVO NIS - 1999**. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Acervo DICS. Uberlândia, 2000, p. 71.

¹³⁴ PORTARIA SNAS nº 189, 19 de novembro de 1991. O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto nº 99.244, de 10 de maio de 1990. In: **Legislação em Saúde Mental, 1990-2004**, p. 237.

individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) com fornecimento de três refeições, realizado em localidades devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.¹³⁵

Os NAPS apresentavam-se como unidades de atendimento preferencialmente ambulatorial, alternativa à internação psiquiátrica, utilizando-a apenas em casos extremos de crise, com a agudização do quadro clínico do paciente. Contudo, notamos que as experiências que existiam chamadas nacionalmente de NAPS, muitas vezes eram bem mais complexas do que o modelo apresentado pelos NAPS em Uberlândia. Tenório nos apresenta a forma como geralmente se dá esta forma de atendimento:

O serviço deve oferecer o maior número possível de recursos diferentes e alternativas de cuidado: o mesmo espaço prestando-se a funcionar como hospital-dia, hospital-noite, aceitando freqüências variadas ou mesmo irregularidades ao tratamento oferecendo desde consultas médicas e psicológicas às mais variadas atividades grupais, além de atender em regime de visita domiciliar aos pacientes com os quais por algum motivo este seja o único contato possível.¹³⁶

Com a alternativa do atendimento municipal predominantemente ambulatorial, com uma área maior de abrangência, é notável a diferença na proporção entre internações psiquiátricas e atendimentos ambulatoriais. Tal fato denota que a estrutura encampada tomou corpo e se colocou como alternativa ao tratamento do transtorno mental na cidade. A partir dos distritos sanitários criou-se uma rede de atenção em saúde mental. É o que se observa na tabela que segue e que demonstra, em 1999, a oferta de serviços em todos os distritos sanitários em UAIS e UBS e o atendimento mais complexo a cargo dos Ambulatórios de Saúde Mental Adulto e Infantil, localizado no distrito Central/Norte, com os NAPS Adulto e Infantil atendendo quadros clínicos mais graves.

¹³⁵ Portaria 189, op. cit., p. 237.

¹³⁶ TENÓRIO, Fernando, op.cit., p. 38.

TABELA 3

Atendimento em saúde mental na cidade de Uberlândia				
Distritos	Procedimentos realizados	Ambulatório	Internação Integral	
		Número de Pessoas	Número de internações	Número de Pessoas
Central/Norte	12.725	5.885	265	173
Sul	11.943	4.735	138	105
Oeste	11.845	4.411	177	135
Leste	9.270	2.802	136	108
Total	45.793	17.833	716	521

Dados parciais de 01/01/99 a 30/11/99. Fonte: INFORMATIVO NIS - 1999. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Acervo DICS. Uberlândia. 2000.

Os dados da tabela acima permitem-nos perceber o aumento significativo de procedimentos em saúde mental, projetando a diminuição de internações psiquiátricas, com o ajuste do atendimento às demandas da população local e a aplicação de outras formas de terapêuticas, destacando-se a intervenção ambulatorial como mais freqüente, quando comparados ao atendimento psiquiátrico oferecido na década de 1980, que sofreu grande modificação. O documento elaborado pelo poder municipal nos permite, mesmo com ressalvas, apreender a forma de gestão destes serviços até a década de 1980:

Uma das grandes contradições do serviço é o grande número de atendimentos (14.866 em dois anos), na realidade refere-se a 9.524 atendimentos grupais, para 5.342 individuais, e que esses mesmos atendimentos grupais recaem mais significativamente em grupos comunitários, palestras, grupos de espera, que embora tenham muito valor sob o aspecto preventivo, ocupam um espaço que deixa descoberto a demanda estruturada sobre a prevalência da doença mental, e que não possui um canal de escoamento.¹³⁷

Essa avaliação foi apresentada juntamente com a proposta de organização de uma rede de atenção em saúde mental, que partisse da integração com outras instituições na cidade que também ofereciam esse tipo de atendimento. O projeto buscou o diálogo e a integração, em um primeiro momento, com o Hospital de Clínicas¹³⁸, instituição que já oferecia atendimento psiquiátrico na cidade e que a partir da década de 1990 – momento em que são sancionadas várias portarias ministeriais que definem modificações na abordagem ao transtorno mental –

¹³⁷ **PROJETO de reestruturação do programa de saúde mental da rede municipal de saúde de Uberlândia**, op.cit., p. 10.

¹³⁸ Essa integração de serviços realizada com o Hospital de Clínicas da UFU – responsável pelas internações psiquiátricas na cidade –, modifica-se com a implantação da Clínica Jesus de Nazaré em 1994, que integra esta rede, oferece atendimento ambulatorial e internação psiquiátrica.

passa por um processo de readequação de sua estrutura e práticas terapêuticas. O trabalho de Dantas¹³⁹ tem como objeto de análise o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e analisa como foram organizadas suas atividades e quais os pressupostos de suas novas terapêuticas. Neste contexto de parceria:

Segundo a psicóloga Maria José de Castro Nascimento, o serviço hospitalar e o extra-hospitalar foi organizado pela Portaria 224 de 1992, em relação ao tipo de profissional, tipo de atividade que deveria ser executada pelos pacientes, número de pacientes e as características dos locais de tratamento. Essa lei proibiu práticas abusivas em hospitais psiquiátricos, como as celas fortes, e definiu-se como co-responsáveis em seu cumprimento os níveis estadual e municipal do sistema de saúde. Também foram definidos os profissionais específicos para atendimento nos NAPS/CAPS: médico psiquiatra, enfermeiro, profissionais de nível superior e profissionais de nível médio e elementar. Já os leitos/unidades em hospital geral, como é o caso da enfermaria de psiquiatria no Hospital de Clínicas da UFU, deveriam contar com médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional) e profissionais de nível médio e elementar para o desenvolvimento das atividades.¹⁴⁰

A análise da organização de serviços psiquiátricos na cidade demonstra a inexistência de uma grande estrutura asilar em que não se oferecia o número de leitos psiquiátricos suficiente para o atendimento da população. Essa pequena oferta de leitos psiquiátricos foi apresentada por um das primeiras psiquiabras da cidade como um aspecto positivo, na medida em que mal havia espaço para que se promovessem terapêuticas violentas e abusivas, como era freqüente em várias cidades do país. Segundo Mirian Andraus:

A unidade de psiquiatria do Hospital de Clínicas, muito diferentemente de outras unidades, nunca ostentará a fama de ser “depósito de doentes mentais”, justamente pela falta de leitos suficientes. Senão vejamos, uma cidade com 500 mil habitantes, aplicando-se critérios da Organização Mundial de Saúde que preconiza 1 leito para cada mil habitantes, já Uberlândia ficaria abaixo deste padrão. Considerando que o Hospital de Clínicas é referência para uma região de aproximadamente 2 milhões de habitantes, então a distância ficaria ainda maior. Vale ressaltar que o Setor de Psiquiatria do HC possui 40 leitos, o que implica em assegurar que a rotatividade é muito alta. Aproximadamente 40% dos doentes mentais internados no HC são de Uberlândia e o restante da região.¹⁴¹

¹³⁹ DANTAS, Vânia de Freitas. **Arte, loucura e terapias: uma reflexão contemporânea** (O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e as Oficinas Terapêuticas). Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em História. Uberlândia, 2006.

¹⁴⁰ Idem, p. 146.

¹⁴¹ **Jornal da UFU**, 1999, op. cit., p. 9.

Com a desativação do Sanatório Espírita, a reorganização de terapêuticas e abordagem do Hospital de Clínicas e a implantação da Clínica Jesus de Nazaré, organizou-se uma rede de atendimento às pessoas que sofrem de transtornos mentais de acordo com os pressupostos apresentados pelas portarias ministeriais, respeitando-se inclusive os princípios do movimento de luta antimanicomial. Esta proposta de rede muitas vezes foi permeada por conflitos e disputas pela hegemonia na forma de atendimento e nas diretrizes apresentadas ao tratamento do transtorno mental.

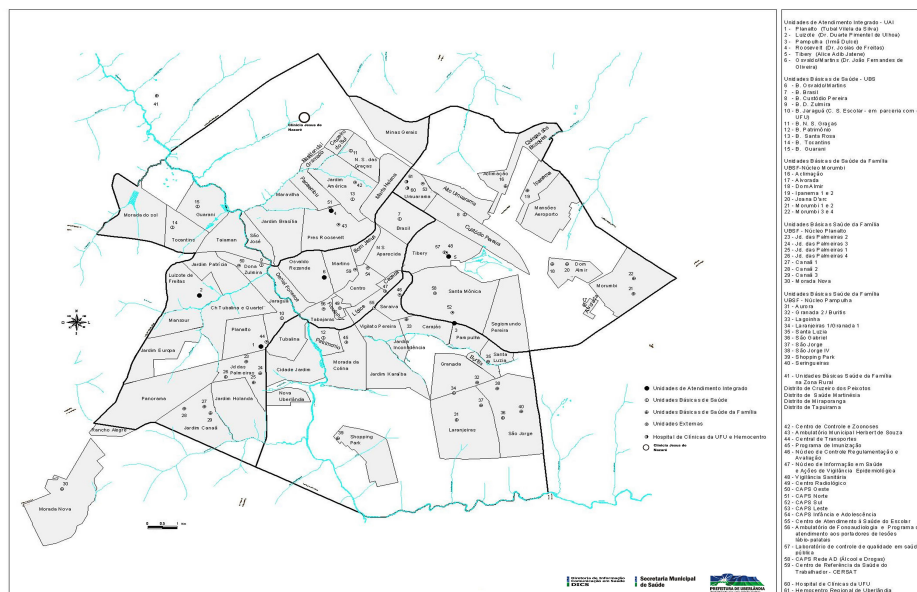
2.3 Estruturação do projeto de Saúde Mental em Uberlândia: “novos ventos” e problemas advindos da Lei 10.216

A implantação da rede de atendimento aos transtornos mentais enfrentou várias dificuldades, especialmente no que se refere ao cuidado da pessoa com transtorno mental grave, pois se pressupunha, além da descentralização psiquiátrica, o desenvolvimento de terapias que promovessem a maior interação dos usuários dos serviços de saúde mental. Neste viés, houve a necessidade de mudança da abordagem de toda a equipe multiprofissional, com a organização gradual desses serviços, estruturados e ampliados em unidades de atendimento. No começo de 1990 tornam-se visíveis as dificuldades para se estabelecer parâmetros e definição de clientela. Era necessário a capacitação de quadros profissionais e o diálogo entre as instituições que realizavam terapêuticas diferenciadas. Todas elas deveriam convergir para um único objetivo, que era de adequar seus procedimentos para um atendimento direcionado e racional.

Existem no Brasil aproximadamente 500 unidades de atendimento em saúde mental nos moldes dos serviços substitutivos. Tomemos como exemplo a cidade do Rio de Janeiro que se apresenta organizada nesta modalidade de atendimento com um trabalho pioneiro. Com uma população de aproximadamente 5.600.000 habitantes, um dos municípios mais populosos do país, conta com dezesseis serviços na modalidade CAPS – doze de adultos e quatro infanto-juvenis¹⁴² e comparando-se com a cidade de Uberlândia, com aproximadamente 600.000 habitantes e seis instituições nestes moldes, cada distrito sanitário, com capacidade de atendimento de 200.000 por distrito, verifica-se uma estrutura razoável em Uberlândia, que conta também com os serviços do Hospital de Clínicas e a Clínica Jesus de Nazaré.¹⁴³ O mapa disposto na página seguinte, demonstra como se encontra organizado o atendimento em saúde e, conseqüentemente, em saúde mental na cidade atualmente.

¹⁴² Cf.: TENÓRIO, Fernando, op.cit.

¹⁴³ Uberlândia, que têm aproximadamente 600.000 habitantes, conta com sete unidades de atendimento intensivo (cinco CAPS, o Hospital de Clínicas e a Clínica Jesus de Nazaré), distribuídos pela cidade de forma razoavelmente equivalente.



Mapa de unidades de atendimento em saúde pública da cidade de Uberlândia. Fonte: DICS, 2006.¹⁴⁴

¹⁴⁴ Mapa da rede de atendimento em saúde da cidade de Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Informação, Comunicação em Saúde. DICS. Uberlândia, 2006.

Diversos foram os personagens que se envolveram nesse processo de construção da rede de saúde mental, e nele os profissionais têm papel destacado. Como assinalado por estes personagens:

O profissional psi deve atuar como catalisador das expressões de seus clientes, entendendo-os como atores sociais que podem lançar mão de suas potencialidades, contracenando com vários saberes e criando formas autênticas e espontâneas para lidar com o adoecer psíquico.¹⁴⁵

O aumento progressivo do atendimento ambulatorial trouxe consigo não só a necessidade de outras abordagens de atendimento como também tornaram possíveis formas de inserção do paciente, com vistas à recuperação de sua cidadania e outro convívio social. O enfoque não se deu somente no aspecto patológico, mas de questões subjetivas, que afetassem a vida do paciente nas esferas sociais, políticas, culturais:

Os dispositivos em saúde mental são centrados no indivíduo, concebido como cidadão, com seus direitos e deveres, e com espaços de passagem, reflexão, expressão e elaboração das questões individuais e coletivas, objetivando a desconstrução da lógica manicomial e a construção de novas lógicas, que respeitem as diferentes fases do adoecer psíquico.¹⁴⁶

A reorganização do atendimento às pessoas com transtorno mental grave¹⁴⁷ ou mesmo egressas de internação psiquiátrica, passou a considerar não só o quadro clínico de pacientes mas também sua capacidade de interação com as pessoas. Neste sentido, concebia-se que cada usuário tinha necessidade de uma abordagem diferenciada em seu tratamento, chamado projeto terapêutico. Neste universo que é plural, o processo psicoterápico se compõe a partir de determinados serviços como:

Para dar conta da assistência aos pacientes graves, é estabelecido um projeto terapêutico para cada paciente, o qual pode consistir de uma ou mais das seguintes modalidades de atendimento:

- Consulta com psiquiatra;
- Psicoterapia individual;
- Psicoterapia em grupo;
- Acompanhamento social;
- Visita domiciliar;
- Atendimento a familiares;
- Oficinas Terapêuticas.¹⁴⁸

¹⁴⁵ **PROJETO Comunitário do Setor de Saúde Mental da unidade de atendimento integrado Irmã Dulce. (UAI PAMPULHA)**, op.cit., p. 3.

¹⁴⁶ **PROJETO Técnico do Núcleo de Atenção Psicossocial Adulto**, op. cit., p. 4.

¹⁴⁷ O transtorno mental grave ou severo mais tratado nestas unidades de tratamento refere-se a neuroses e psicoses, segundo definições do CID.

¹⁴⁸ **RELATÓRIO Consolidado do Serviço de Saúde Mental em 1999 no Distrito Sanitário Leste**. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Acervo DICS. Uberlândia, 2000, p. 3.

A equipe que trabalhava na rede municipal em saúde mental recebeu capacitação para o atendimento da demanda específica de pessoas com transtornos mentais graves em congressos e seminários promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Neles se discutiu as propostas de abordagem dos serviços substitutivos, uma vez que a maioria dos profissionais não tiveram acesso à estas discussões e pressupostos quando se formaram:

Aí quando veio essa proposta de mudança, de Reforma Psiquiátrica em Uberlândia, que veio toda essa equipe, já vieram trazendo a notícia do modelo de NAPS/CAPS. Só que na época o modelo de NAPS que foi definido pela portaria que saiu em 1992, que veio depois da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, a portaria de 1992 criou o NAPS, que era um NAPS para crise. Então, você só podia ter até quarenta e cinco em crise, não estava em crise, não podia ir para o NAPS. E nós atendíamos o resto tudo na rede, a gente falava rede. O Ambulatório virou NAPS, aquela equipe do Ambulatório foi aproveitada e até aumentada, o Ambulatório Infantil virou NAPS Infantil e também criou sua equipe que funcionava no mesmo prédio, um no andar de cima outro no andar de baixo, e já começou a atender criança autista, criança psicótica, e o NAPS adulto atendia crise.¹⁴⁹

A dificuldade de atendimento às pessoas que sofriam de transtorno mental grave era uma constante e, com a implantação das novas diretrizes de atendimento, constata-se a dificuldade de diagnóstico que definisse o tipo de tratamento. Esses fatores criavam confusão, em um primeiro momento, quanto ao papel que cada unidade de atendimento deveria exercer, assim como à qual unidade o usuário deveria ser conduzido. Muitas vezes encaminhava-se o usuário que deveria ter acompanhamento constante – mas que não estava em crise – às unidades que promoviam internação. Em contrapartida, diagnosticando o usuário e constatando que o seu quadro clínico estável, retornava-o à unidade que o havia encaminhado, postergando seu cuidado. Tudo isso criava um entrave à organização da rede, que deveria funcionar de forma integrada:

Aí você cria um impasse aqui: o Ambulatório, os psicólogos do Ambulatório de UAI e UBS, da rede, já estavam assustadíssimos de ter que atender o grave, e aí eu só posso mandar para o NAPS se estiver em crise, e quando ele não estiver em crise, o que eu faço com ele? Outras vezes, o psicólogo falava o seguinte: “-Tá! Eu acho que está em crise, vou mandar para o NAPS”. E o NAPS dizia: “-Não está em crise,” devolvia. Então criou-se um impasse, aqui também que é o seguinte: qual tipo de assistência dar? O que mais esse paciente precisa?¹⁵⁰

A proposta era o encaminhamento do usuário para o NAPS em caso de agravamento do quadro clínico, ou se este já apresentava transtorno mental grave, o oferecimento de

¹⁴⁹ SANTOS, Marisa Alves, op.cit.

¹⁵⁰ Idem.

atendimento ambulatorial com o acompanhamento do quadro clínico do usuário. Contudo, o retorno do usuário ao NAPS depois do período de estabilização de seu quadro clínico gerava inchaço no atendimento de unidades de saúde como as UAIs e UBS, responsáveis por casos mais simples.

Era necessário desvincular o atendimento à pessoa com transtorno mental grave das UAIs e UBS e oferecer atendimento e acompanhamento constante em uma unidade direcionada à essa clientela, a partir de seu local de moradia. É nesse contexto que se forjam os Centros de Convivência¹⁵¹ unidades em que foram estruturadas oficinas terapêuticas, deslocando essa clientela.

Aí o que aconteceu? Fez-se o Centro de Convivência e o psicólogo fazia um turno, tantos turnos por semana lá no Centro de Saúde e tantos turnos no Centro de Convivência. O assistente social foi vindo mais para o Centro de Convivência. Eu fui a única psicóloga que teve oportunidade de trabalhar só no Centro de Convivência na época. Ela me deixou ficar como psicóloga de um Centro de Convivência, eu fui a única psicóloga que ficou só no Centro de Convivência que hoje virou CAPS Sul. Então eu fui uma psicóloga que ficou no Centro de Convivência montando, mas a gente nem tinha móveis, e a gente fez um Centro de Convivência que era um lugar de oficinas terapêuticas. Na realidade, ele não era um Centro de Convivência, era uma unidade de tratamento, mas com a equipe itinerante, porque a equipe ficava lá e cá.¹⁵²

A proposta da Secretaria Municipal de Saúde era hierarquizar o atendimento psiquiátrico a partir de uma rede de gradação da complexidade de casos clínicos oferecendo atendimento desde o mais simples, com consultas psicológicas nas UAIs e UBS e nos NAPS Adulto e Infantil o atendimento de pessoas com transtornos mentais graves, que tinham necessidade de acompanhamento constante. Se houvesse agudização do quadro patológico, o paciente seria encaminhado ao Hospital de Clínicas ou para a Clínica Jesus de Nazaré para a internação.

Os Centros de Convivência propunham atendimento psicoterápico, com oficinas terapêuticas, em um espaço desvinculado das UAIs e UBS, sendo o embrião das unidades de referências nos distritos sanitários. Esta proposta pautou-se, em um primeiro momento, no

¹⁵¹O Centro de Convivência, unidades de atendimento em saúde mental do poder público municipal foram implantados a partir de 1999. Sua proposta teve como modelo os Centros de Convivência de Belo Horizonte. Contudo, em Uberlândia, estas unidades estruturam-se em espaços essencialmente de realização de oficinas terapêuticas e as práticas terapêuticas com psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras permaneceram nas UAIs e UBS. Com a reorganização do atendimento dos serviços em saúde mental, em 2001, os Centros de Convivência, juntamente com os NAPS Adulto e Infantil, estruturaram-se em unidades na modalidade de CAPS, como apresenta-se atualmente. Sobre experiências dos Centros de Convivência conferir:

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em Movimento. Por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.197 p.

¹⁵²SANTOS, Marisa Alves. op.cit.

modelo do Centro de Convivência de Belo Horizonte, que era um espaço não só de terapia, mas aberto à toda a comunidade, com o oferecimento de várias atividades. Por ser um espaço múltiplo, possibilitava o desenvolvimento de relações sociais e a reinserção do paciente em várias atividades. Organizava-se como um local de socialização, de lazer e de realização de atividades:

Era para que fosse um espaço não só psíquico, pode ter um técnico psi, que é a referência, que auxilie. Mas é um lugar onde haviam várias oficinas, a idéia inicial era essa, em que funcionava e participava, sendo dentro desse centro de bairro, participava pessoas não só de Saúde Mental, mas da comunidade, mais nesse sentido.¹⁵³

Em Uberlândia, o projeto dos Centros de Convivência foi implantado de forma diferenciada, como espaço de tratamento, realizando oficinas terapêuticas durante alguns dias da semana. Foi o primeiro passo para o oferecimento de atendimento ao transtorno mental desvinculado do espaço clínico. Uma vez que a Secretaria Municipal de Saúde não dispunha de recursos para a organização da infra-estrutura necessária – buscou-se espaços junto à associações de moradores e salões paroquiais. A primeira experiência foi implementada em uma sala cedida pela Fundação Maçônica, na época prestadora de serviços médicos à prefeitura, que administrava as UAIs:

[...] isso aconteceu dessa forma, nós vínhamos realizando oficinas, nos distritos sanitários, aqui nessa região depois de muito andar, de muito procurar e tudo, o pessoal da UAI Pampulha cedeu uma sala que vagou, que tinha sido um almoxarifado e o coordenador na época falou: “- Olha, vocês podem utilizar esse espaço para fazer suas oficinas”. E lá no Distrito Oeste, o espaço que eles conseguiram foi na própria Fundação Maçônica, no salão da Fundação Maçônica, que não era do jeito que é hoje. Então eles cederam para que se realizasse as oficinas lá, e tomaram conhecimento do trabalho, viam aqueles pacientes irem fazer oficinas, tiveram oportunidade de ver o trabalho acontecendo.¹⁵⁴

Posteriormente, a Fundação Maçônica recebeu a devolução da contribuição do INSS e, por ser uma instituição filantrópica, era isenta do pagamento desse imposto. Tal verba foi investida na compra de três casas para a instalação dos outros Centros de Convivência.

Então quando eles adquiriram essas casas, eles avaliaram que esse era um programa com impacto social, de peso, e cederam para serem utilizadas pela Saúde Mental. Na ocasião foram três casas, essa (Santa Mônica), uma onde

¹⁵³ SANTOS, Maria Goreti. **Depoimento**. Uberlândia. maio de 2006. Psicóloga, trabalha na área de saúde mental do poder público municipal desde o ano de 1985 e participou do processo de reorganização do atendimento em saúde mental da cidade. Atualmente é coordenadora do CAPS Sul.

¹⁵⁴ Idem.

funciona o CAPS Oeste e uma onde funciona o CAPS Norte. Essas oficinas que funcionam, por exemplo, aqui, lá no UAI Pampulha nós trouxemos para cá.¹⁵⁵

A implantação dos Centros de Convivência de Saúde Mental contribuiu com o projeto terapêutico do atendimento, contudo, não foi deslocado todo o atendimento em saúde mental da esfera municipal para estas unidades, porque não foi possível a organização de equipes multiprofissionais nessas unidades. A equipe dividia seu tempo de atendimento entre os Centros de Convivência e as outras unidades, como as UAIs, UBS, NAPS Adulto e Infantil. Este projeto apontou para a consolidação do modelo de serviços substitutivos em Uberlândia, porém implantado com muita deficiência. Por isso, garante seu pleno funcionamento somente em 2002, quando se credenciam como CAPS.

Mas ele não era assim um Centro de Convivência nessa concepção que tem hoje, nessa concepção de Centro de Convivência que está vindo até... que se fala até em nível de Ministério. Em alguns lugares conseguiu avançar. O Centro de Convivência realiza oficinas, preferencialmente até as oficinas de geração de renda. Então o nosso espaço chamado Centro de Convivência na verdade era um local onde se realizava oficinas. A gente não conseguiu na ocasião avançar tanto com o que a gente tinha, até porque essa concepção de Centro de Convivência agora é mais atual, mas também foi um processo, que também cresceu. Depois vieram os CAPS, que a gente teve que se centrar nisso, era a legislação da época e agora estamos assim agora.¹⁵⁶

Para a constituição desta rede de saúde mental na cidade, outro aspecto importante era a necessidade de diálogo entre as várias instituições que ofereciam tratamento psiquiátrico, para que houvesse o intercâmbio de informações para o planejamento de ações e do melhor atendimento do usuário. Com o diálogo entre as diversas instâncias de atendimento do poder municipal, o Hospital de Clínicas e a Clínica Jesus de Nazaré, criou-se uma rede de troca de informações sobre usuários. Nela pode-se ter acesso a processos de alta, encaminhados por sua vez a unidades de atendimento distritais, incentivando o paciente a procurar a rede de forma espontânea, ou mesmo alertando a própria instituição a realizar visitas às famílias quando o usuário abandonava o tratamento.

Outro ponto a ressaltar é a necessidade de se garantir que o paciente egresso de internação integral possa dar continuidade ao seu tratamento através do atendimento ambulatorial. Nesse caso é realizado pela equipe a busca ativa, que consiste em visitar o paciente e/ou seus familiares e sensibilizá-los para a necessidade de continuidade do tratamento. A busca ativa é realizada quando não ocorre a procura espontânea por parte do paciente e a equipe

¹⁵⁵ Ibidem.

¹⁵⁶ Idem.

toma conhecimento de altas e internações através de comunicação feita pela UFU e/ou Clínica Jesus de Nazaré.¹⁵⁷

Cabe ao profissional deste campo ter a sensibilidade de perceber a abordagem adequada a cada usuário, na medida em que vários podem ser os fatores que o levam a não buscar o atendimento em outra unidade de tratamento. O período de crise é um dos momentos mais delicados dessa relação, mesmo em uma internação com tempo determinado, causando quase sempre um efeito traumático. No relato de Santos podemos notar como pode ser feito este trabalho de uma forma que não agrida nem ao paciente, nem à família que também passa por uma experiência traumática:

[...] a gente tem que ter a sensibilidade para isso, porque tem aquele que quer aproximar e às vezes para o outro a aproximação é muito perigosa, é assustadora e ele até nem vem. Então o técnico que trabalha tem que ter essa sensibilidade. Por exemplo, nós tivemos agora, uma moça esquizofrênica que, a família procurou e nós tentamos, fomos à sua casa, fizemos várias visitas, ela nem recebia e a gente queria muito, mas definitivamente ela não aceitou nenhuma intervenção. Passados mais de um ano, um dia ela chegou espontaneamente, chegou aqui, e ela tinha ido ao UAI Pampulha e tinha sido avaliada e ela revolveu vir.¹⁵⁸

Os NAPS Adulto e Infantil eram unidades que ofereciam atendimento ao paciente mental grave, assim como tinha a equipe multiprofissional estruturada, foram unidades matrizes de reestruturação do atendimento, readequando-se às exigências propostas pelo SUS no período de credenciamento na modalidade de CAPS:

Considerando a estrutura do novo Sistema de Ações em Saúde Mental, que prioriza a atenção aos casos graves, o NAPS vem compor uma rede de serviços que contempla ações semi-intensivas e diárias a pacientes em crise e a continuidade do tratamento em uma estrutura extra-hospitalar. O NAPS hoje é uma peça fundamental nesta rede, sendo um dos eixos de sustentação da lógica antimanicomial.¹⁵⁹

Mesmo considerando que Uberlândia passou por uma readequação no atendimento da saúde mental nos anos de 2001 e 2002, o credenciamento de suas unidades de atendimento pelo SUS ainda não contava com unidades de referência em todos os distritos sanitários, mesmo que tenha indicado algumas unidades para credenciamento na modalidade CAPS. Nesse período a cidade contava com atendimento em saúde mental composta por atendimento em UAIS, UBS, NAPS Adulto e Infantil, três Centros de Convivência, distribuídos nos cinco distritos sanitários, além do Hospital de Clínicas e Clínica Jesus de Nazaré.

¹⁵⁷ **RELATÓRIO Consolidado do Serviço de Saúde Mental em 1999 no Distrito Sanitário Leste**, op.cit., p. 4.

¹⁵⁸ SANTOS, Maria Goreti, op. cit.

¹⁵⁹ **Projeto Técnico do Núcleo de Atenção Psicossocial Adulto**, op.cit., p. 3.

Acreditava-se que toda rede de assistência precisa ser continuamente avaliada e ampliada a fim de melhorar a qualidade dos serviços prestados e para responder a uma demanda que cresce, tanto em número quanto em complexidade. O serviço ambulatorial em Saúde Mental de Uberlândia está passando por um processo de reestruturação e até o final do ano de 2002 cada distrito sanitário deverá contar com uma unidade de atenção psicossocial com capacidade técnica operacional para dar cobertura assistencial a toda a população de sua região adscrita.¹⁶⁰

Os anos de 2001 e 2002 foram de intensa reorganização do atendimento psiquiátrico em Uberlândia, e por isso diversas adequações foram realizadas na estrutura do atendimento psiquiátrico na cidade, que antes deste processo era composta da seguinte maneira:

A partir de todos esses dados, procede a seguinte análise:

- Os 03 (três) NAPS (adulto, infantil e da Clínica Jesus de Nazaré) realizavam somente, conforme definição da portaria GM/MS 336/02, o atendimento intensivo;
- Os 03(três) Centros de Convivência davam cobertura assistencial somente a 03 (três) regiões específicas do município (Distrito Sul, Oeste e Central Norte) e contando com equipe técnica de nível superior composta somente por assistentes sociais e psicólogas “itinerantes”, já realizava o atendimento semi-intensivo proposto para CAPS;
- Não era oferecida modalidade de atendimento intensivo e nem semi-intensivo para pacientes de faixa etária de 12 a 18 anos.
- Era inviável viabilizar projetos arquitetônicos para o processo de credenciamento, de um imóvel alugado de alto custo que mesmo assim teria que ser ajustado segundo exigências da resolução SES/MG 793/93, onde funcionava o NAPS adulto e do imóvel onde funcionava o NAPS Infantil por total inadequação.
- Volume populacional dos Distritos Sanitários comportava até um CAPS II por distrito;
- Com pequeno investimento em recurso humanos e com baixa nos custos de aluguel seria possível a realização de projetos de CAPS II regionalizados e pelo menos um CAPS III (para infância e adolescência);
- Não se teria recursos necessários para implantação imediata de CAPS III e CAPS ad II.¹⁶¹

A reorganização pode ser vista como um processo positivo no sentido mesmo de buscar alternativas frente a demandas pelos serviços de saúde mental. Foi operando na prática que as soluções se tornaram viáveis.

As ações em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia vêm investindo na construção de uma rede de serviços estritamente antimanicomial e dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, desde 1996/7. Até 2001, essa rede contava com ambulatorios e três Centros de Convivência nos Distritos Sanitários, com um NAPS– Núcleo de Atenção

¹⁶⁰ **Projeto Técnico do Núcleo de Atenção Psicossocial Adulto**, op.cit., p. 2.

¹⁶¹ **Relatório de Gestão**. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Uberlândia, 2002, p. 84-85.

Psicossocial Adulto e um NAPS Infantil; Núcleo de Atenção Psicossocial Infantil; com internação integral através da parceria com a ONG Clínica Jesus de Nazaré, através da referência do HC –UFU e com leitos psiquiátricos em Uberaba.¹⁶²

Os espaços de ressocialização, que em um primeiro momento foram imaginados a partir dos CAPS, tornaram-se unidades independentes do ambiente hospitalar, desenvolvendo atividades e terapêuticas diversas.

Então definiu-se que o CAPS era uma unidade de atendimento para transtornos mentais severos e persistentes e para aquelas pessoas que precisassem de atendimento intensivo, semi-intensivo e até não-intensivo no processo de desligamento tal, e que você poderia montar um CAPS com base neste tipo de assistência, que aí você vai atender o intensivo por exemplo, você pode colocá-lo em tratamento todos os dias, o dia inteiro, ou num turno de quatro horas ou dois turnos de quatro horas, quer dizer: um dia de oito horas, cinco vezes na semana, o intensivo vai ter uma assistência de quatro a cinco vezes por semana; o semi-intensivo duas a três vezes por semana e o não intensivo no máximo uma vez por semana. Então isso foi se definindo, definiu-se melhor a estrutura, embora desde o NAPS tinha uma portaria que definia a estrutura física, assim como tem portarias que definem as estruturas físicas dos hospitais. Então foram vindo desde 1992 várias portarias que foram definindo toda a estrutura, tanto de recursos humanos quanto de estrutura física, quanto de forma de prestação de serviço, como se deveria atender, que assistência deveria oferecer individual, em grupo, em oficinas, orientação de como atender as famílias, a questão do território, de territorializar o serviço.¹⁶³

Entretanto, mesmo antes da aprovação da Lei 10.216, já havia portarias e leis estaduais que regulamentavam o atendimento psiquiátrico, propondo a organização das instituições nos moldes que se apresentam hoje. Dentre elas, a portaria 224, de 1992, estabeleceu o funcionamento dos CAPS/NAPS, regulamentando normas de atendimento, suas diretrizes, estruturação da equipe de profissionais e a definição de diretrizes do atendimento ambulatorial, apresentadas da seguinte maneira:

- 1.1 O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatorios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitalares.
- 1.2 Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população referência de cada unidade assistencial serão estabelecidos pelo órgão gestor local.
- 1.3 A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

¹⁶² **MANUTENÇÃO da Rede de Assistência em Saúde Mental de Uberlândia.** Prefeitura Municipal de Saúde Secretaria Municipal de Saúde. Uberlândia, 2003, p. 2.

¹⁶³ SANTOS, Marisa Alves, op.cit.

- atendimento individual (consulta psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde;¹⁶⁴

O que se deve observar é que no interstício em que a lei circulava no Congresso Nacional (1989-2001) as principais diretrizes foram sendo colocadas em prática através de portarias ministeriais e leis estaduais em alguns estados do país, entre eles Minas Gerais.¹⁶⁵ A estruturação destas portarias pautou-se em experiências que já existiam no país, que organizaram instituições de tratamento em novos formatos, a partir da prática e mobilização de profissionais de saúde, como as experiências de Santos e Rio de Janeiro. A lei estabeleceu e delimitou direitos dos pacientes e um de seus desdobramentos foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que solidificou a estrutura de atendimento em saúde mental e conseqüentemente, dos CAPS, a partir da portaria 336¹⁶⁶ de 2002, apresentada como resultado das propostas desta conferência, realizada em dezembro de 2001. No Estado de Minas Gerais houve a estruturação de um plano estadual para a implantação desses serviços, pautado nas propostas de atendimento substitutivo.

No que diz respeito aos CAPS, apenas duas unidades foram credenciadas segundo parâmetros do Ministério da Saúde em Uberlândia, que impunham várias diretrizes para que este processo se tornasse possível. Estes CAPS passaram a receber recursos diretamente do Ministério da Saúde. Todavia foram instalados quatro CAPS subvencionados pela Secretaria Municipal de Saúde conectados à rede de atendimento em saúde mental do município.

Todos os CAPS passaram a operar como tal a partir do mês de novembro/2002 e a rede de assistência em Saúde Mental de Uberlândia passou a ser constituída da seguinte forma:

Ambulatórios Distritais – atendimento psicológico a usuários e familiares com transtornos psíquicos graves prioritariamente, contando com um(a)

¹⁶⁴ Portaria 224, op.cit., p. 243.

¹⁶⁵ Sobre legislação de saúde mental no Estado de Minas Gerais conferir:

Lei 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Dispõe sobre a promoção de saúde e reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. In: **Legislação em Saúde Mental, 1990-2004**, op.cit., p. 37.

Lei 12.684, de 1º de dezembro de 1997. Altera a Lei 11.802, de 19 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental. In: Idem, p. 44.

Decreto 42.910, de 26 de setembro de 2002. Contém o regulamento da Lei 11.802, de 18 de janeiro de 1995, altera a Lei 12.684, de 1º de dezembro de 1997. In: Idem, p. 48.

¹⁶⁶ Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais. Considerando a Lei 10.216, de 6/4/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: Idem, p. 125.

psicólogo(a) em cada UBS (exceto: UBS Custódio Pereira, São Jorge, Tocantins e Martins) que conta com dois e dois(uas) em cada UAI.

Quatro CAPS II regionalizados – cada CAPS II conta com uma equipe de 05(cinco) psicólogos, 02 assistentes sociais, 01 (um) ou 02(dois) auxiliares /técnicos de enfermagem, serviços gerais oficiais administrativos, médico psiquiatra. O CAPS II credenciado conta com 01(uma) enfermeira; todos contam com coordenadora de unidade (psicóloga); desenvolvem atividades de acolhimento diário, atendimento individual (medicamento, psicoterápico e orientação), atendimento em grupos, atendimentos em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, busca ativa e atividades comunitárias).

CAPS i II de referência municipal – conta com uma equipe de 05 (cinco) psicólogos, 02(duas) assistentes sociais, 01 (uma) fonoaudióloga, 01 (uma) fisioterapeuta, 02 (duas) auxiliares de enfermagem, 01(uma) enfermeira e a coordenadora da unidade (psicóloga). No final de 2002 contava com atendimento psiquiátrico somente de referência na UFU. Realiza atividades de acolhimento diário, atendimentos individuais, de grupo (psicoterapia orientações), acompanhamento social, atendimento fonoaudiólogo e fisioterapêutico, acompanhamento da equipe de enfermagem, oficinas terapêuticas, atendimento à família, atividades comunitárias e de inserção social e escolar e visita domiciliar.

A Clínica Jesus de Nazaré – se mantém como referência de ambulatório especializado e de internação integral (30 leitos). A internação integral se mantém da mesma forma excetuando ao fato de melhores relacionamentos com HC – UFU na tentativa de organizar o fluxo de atendimento dentro da rede de Assistência em Saúde Mental.¹⁶⁷

A reorganização do atendimento psiquiátrico na cidade de Uberlândia, proposta no começo da década de 1980, enfrentou dificuldades como falta de recursos financeiros, de infra-estrutura e de capacitação da equipe técnica. Notamos que foi principalmente uma forma de intervenção política na comunidade, abraçada por um grupo intimamente ligado às discussões e que visava a modificação na forma de abordagem do adoecer psíquico. Por isso as discussões em Uberlândia estavam em consonância com o nacional. Todavia, há que se observar nas particularidades e o envolvimento de vários personagens neste movimento de abordagens múltiplas e concepções diferenciadas.

¹⁶⁷ RELATÓRIO de Gestão, op. cit., p. 86.