

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**O PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL,
NO MUNICÍPIO DE SANTOS-SP.**

PRISCILA LARANGEIRA CARVALHO

**SANTOS
2013**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**O PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL,
NO MUNICÍPIO DE SANTOS-SP.**

PRISCILA LARANGEIRA CARVALHO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Amélia Cohn.

**SANTOS
2013**

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
SibiU

C331p Carvalho, Priscila Larangeira
O Psicólogo nas Políticas Públicas de Saúde Mental,
no município de Santos-SP / orientadora Amélia Cohn
– Santos : [s.n.], 2013.
154 f. ; (Dissertação de Mestrado) - Universidade Católica
de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

1. Psicologia. 2. Políticas Públicas de Saúde Mental. 3. Reforma
Psiquiátrica Brasileira. 4. Estruturas Substitutivas. I. Cohn, Amélia
(Orientadora). II. Universidade Católica de Santos.
III. Título.

CDU 614(043.3)

**O PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL, NO
MUNICÍPIO DE SANTOS - SP.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Amélia Cohn.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Amélia Cohn – Orientadora

Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Ferreiro Pinto – Universidade Católica de Santos

Prof^o. Dr^o. Nivaldo Carneiro Junior – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Data de aprovação: ____/____/____

**SANTOS
2013**

Dedico este trabalho ao casal que com tanto empenho me propiciou a oportunidade de tornar-me o que sou emprestando-me: o exemplo, o carinho e dando-me a honra de poder chamá-los de Pais.

AGRADECIMENTOS

Apesar de parecer “piegas”, preciso ser sincera a minha essência, e iniciar este agradecimento à Energia Propulsora (Deusa ou Deus) - ser de intenso Amor – de quem sem a permissão, a proteção, a força e o cuidado, jamais teria conseguido chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais José Américo Carvalho e Maria Ap. L. Carvalho, que com extrema devoção sempre estiveram ao meu lado, conduzindo-me com seus valores e experiências ao caminho do bem, em uma unidade de Amor sem igual – em muitas vezes abdicando de seus sonhos para cumprirem com os nossos.

A minha irmã Letícia, que apesar da distância física sempre esteve próxima em seus incentivos e votos de sucesso, em todos os momentos de minha vida.

A Flavia Henriques, amiga de muitas horas, incentivadora, e exemplo, deste projeto de vida – a docência.

A Gisela, incentivadora e intercessora no auxílio da escolha da parceria com minha orientadora, sem a qual esse trabalho não seria possível.

A Amélia Conh, pessoa singular a qual tenho muito orgulho em poder ter compartilhado de sua presença como orientadora deste trabalho, figura fantástica, carinhosa, sábia e humilde, que com “toda paciência do mundo” emprestou-me seu olhar e clareza, para que este projeto se tornasse uma realidade.

Aos professores do programa – Mestrado em Saúde Coletiva – que tanto me auxiliaram na amplitude do conhecimento e compartilharam desta bela construção de saber, como: a Prof^a. Rosa, o Prof^o. Sérgio Olavo e o Prof^o. Marcos Caseiro, Prof^o. Luiz Alberto, que estiveram mais próximos desta.

Ao Prof^o. Nivaldo, pela atenção e disponibilidade.

Aos colegas de turma, em especial a Eli (sempre solicita as mais diversas urgências), e as Mônicas (parceiras de muitos e inesquecíveis momentos).

A Selma de Carlis Mota, ouvido sempre atento as minhas divagações e crises de existência - na busca pelo equilíbrio.

Aos meus amigos, colegas de trabalho, familiares e vizinhos, que sempre gentilmente me atribuíam palavras de incentivo e carinho.

As secretárias da pós-graduação nas figuras amigas de Bárbara, Débora e Ana Lúcia, fazendo do impossível algo cotidiano em seus trabalhos - sempre atenciosas e dispostas a ajudar.

As funcionárias das bibliotecas dos campi Dom Davi Picão, Dom Idílio e da Faculdade de Direito, que com tanta perspicácia sempre puderam me orientar.

Enfim, quero agradecer de todo coração a todas as pessoas que direta ou indiretamente se propuseram a me auxiliar, seja com uma indicação bibliográfica, com um relato, com palavras de incentivo, com um olhar, ou seja, contribuindo com um pedacinho desta rica história que hoje se finda para permitir novos caminhos. Muito Obrigada!

Instituição e fonte financiadora: CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior).

EPÍGRAFE

“Nunca a psicologia poderá, dizer a verdade sobre a loucura, já que é esta que detém a verdade da psicologia” (FOUCAULT, 1975, p. 60).

RESUMO

CARVALHO, Priscila Larangeira. O Psicólogo nas Políticas Públicas de Saúde Mental no Município de Santos-SP. Santos, 2013, 154p. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – UNISANTOS.

A presente dissertação aborda uma investigação sobre o atual papel ocupado pelo Psicólogo nas políticas públicas de saúde, em particular no caso da Rede Substitutiva de Saúde Mental, emergente do fechamento (intervenção) do Hospital (Psiquiátrico) Casa de Saúde Anchieta. Como objetivo, busca-se compreender qual o "locus" no qual o profissional de Psicologia foi inserido, mediante as atividades ofertadas nas Políticas Públicas de Saúde (SUS), no município de Santos. Caracterizada como qualitativa, seu desenvolvimento possui cunho exploratório, sendo que a metodologia utilizada pela pesquisa contou com: levantamento bibliográfico (sobre implantação do SUS em Santos, com ênfase na área da saúde mental); consulta de documentos e arquivos (da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, disponíveis publicamente); coleta de informações (junto a profissionais da saúde mental - por meio de relatos a respeito de sua experiência profissional e do funcionamento de serviços - no decorrer no período estudado); e entrevistas (semi estruturadas, tendo como critério: vínculo empregatício – servidor público; formação acadêmica – psicólogo; e o tempo de serviço – superior a três anos). Constou do campo de investigação a participação de 12 sujeitos, subdivididos em: 10 entrevistas e 02 relatos, que compõem o conteúdo a ser analisado à luz dos objetivos propostos. A análise dos dados coletados nas entrevistas foi realizada a partir do esgotamento de conteúdo e sentido de suas narrativas; da diversidade temática dessas narrativas foram estruturados três eixos principais de análise dos dados, em obediência ao objetivo geral e aos específicos da pesquisa: **Modelo de Atenção - NAPS versus Anchieta**; **Indefinição do Papel do Psicólogo** no interior desse modelo; e a **Ausência da Prevenção em Saúde Mental**. Conclui-se propondo um alerta à classe, visando ofertar subsídios para a reflexão sobre novos contextos políticos e de saúde, no campo da Saúde Mental, que possam ir além do atendimento das emergências.

Palavras-chave: Psicologia; Políticas Públicas de Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica Brasileira; Estruturas Substitutivas.

ABSTRACT

CARVALHO, Priscila Larangeira. Psychologist Public Policy in Mental Health in Santos-SP. Santos, 2013, 154p. Master Thesis in Public Health – UNISANTOS.

This dissertation discusses a research on the current role played by Psychologist in public health policies, particularly in the case of Substitute Network of Mental Health, Emerging closing (intervention) Hospital (Psychiatric) Nursing Home Anchieta. As a goal, try to understand where the "locus" in which professional psychology was inserted through the activities offered in Public Policy Health System (SUS), the city of Santos. Characterized as qualitative, exploratory development features, and the methodology used in the survey included: bibliographic (about SUS implementation in Santos, with an emphasis on mental health); consultation documents and files (the Municipal Health Santos, publicly available), information gathering (together with mental health professionals - through stories about his professional experience and operation services - during the period studied), and interviews (semi structured interviews with criteria: employment - public servant; academic - psychologist, and the service time - more than three years). Consisted of field research involving 12 subjects, divided into: 10 interviews and 02 reports, composing the content to be judged against the objectives. The analysis of the data collected in the interviews was carried out from the exhaustion of content and meaning of their narratives; thematic diversity of these narratives were structured three main data analysis, in obedience to the general objective and specific research: **Attention Model** - NAPS *versus* Anchieta; **Blurred Role of the Psychologist** in the interior of this model, and the **Absence of Prevention in Mental Health**. We conclude by proposing an alert to the class, aiming to offer support for reflection on new political contexts and health, in the field of Mental Health, which may go beyond the call of emergencies.

Keywords: Psychology, Public Policy Mental Health; Brazilian Psychiatric Reform; Substitute Structures.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – Comparativo entre o Número de Profissionais Cadastrados nos Órgãos Competentes.

QUADRO 02 – Psicologia em Números.

QUADRO 03 – Programas e cursos de pós-graduação pelo Brasil.

QUADRO 04 – Uma Profissão de Muitas e Diferentes Mulheres.

QUADRO 05 – Organograma das Entidades (FENPB).

QUADRO 06 – Rede de Atenção à Saúde Mental – Proposta.

QUADRO 07 – Rede de Atenção à Saúde Mental – Encontrada na Pesquisa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABECIP – Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia
ABEP – Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
ABOP – Associação Brasileira de Orientação Profissional
ABPD – Associação Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento
ABPJ – Associação Brasileira de Psicologia Jurídica
ABPP – Associação Brasileira de Psicologia Política
ABPSA – Associação Brasileira de Psicologia da Saúde
ABRANEP – Associação Brasileira de Neuropsicologia
ABRAP – Associação Brasileira de Psicoterapias
ABRAPEE – Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional
ABRAPESP – Associação Brasileira de Psicologia do Esporte
ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social
AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome
AI-5 – Ato Institucional nº5
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMBESP – Ambulatório de Especialidades
AME – Ambulatório Médico de Especialidades
ANPEPP – Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia
APA – American Psychological Association
APS – Atenção Primária à Saúde
ASBRo – Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos
BVS-Psi – Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CBP – Congresso Brasileiro de Psicologia
CEP – Conselho Federal de Psicologia
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSMI – Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial

CONAD – Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
CONEP – Coordenação Nacional dos Estudantes de Psicologia
CRP – Conselho Regional de Psicologia
CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
DETRAN – Departamento Estadual de Trânsito
DO – Diário Oficial
ENEM – Exame de Ensino Nacional
FENAPSI – Federação Nacional dos Psicólogos
FENPB – Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira
FLAAB – Federação Latino-Americana de Análise Bioenergética
Fono – Fonoaudiólogo
HD – Hospital Dia
HIV – Human Immunodeficiency Virus
HOSP. PSIQ. – Hospital Psiquiátrico
IBAP – Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MR-8 – Movimento Revolucionário 8 de outubro
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações Não Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OSS – Organização Social de Saúde
PAC – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO – Pan American Health Organization
PAI – Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental
PAM – Posto de Atendimento Médico
PNS – Plano Nacional de Saúde
POLOP – Organização Revolucionária Marxista Política Operária
PPB – Partido Progressista Brasileiro
PS - ZNO – Pronto Socorro (Psiquiátrico) da Zona Noroeste
PSF – Programa Saúde da Família

PSI – Referente a Psicologia
PT – Partido dos Trabalhadores
PUC- SP – Pontifícia Universidade Católica
RES. TERAP. – Residência Terapêutica
RH – Recursos Humanos
SAP – Serviço de Atendimento Psicológico
SBPH – Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar
SBPOT – Associação Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho
SECEPREV – Seção Centro de Prevenção Ao Uso de Substâncias Psicoativas
SECERPA – Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente
SEHIG – Secretaria de Higiene e Saúde de Santos
SELAB – Seção Lar Abrigo
SENAPS – Seção Núcleo de Apoio Psicossocial
SENAT – Seção Núcleo de Apoio Ao Tóxico Dependente
SEPROS - ZNO – Seção Pronto Socorro (Psiquiátrico) da Zona Noroeste
SERP – Seção de Reabilitação Psicossocial
SOBRAPA – Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVC – Seção Centro de Valorização da Criança
SVC-ZNO – Seção Centro de Valorização da Criança Zona Noroeste
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO – Terapeuta Ocupacional
UBS – Unidade Básica de Saúde
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
CAPÍTULO I	20
1. PSICOLOGIA: 50 ANOS DE BRASIL	20
1. 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	20
1. 1. 1. A Trajetória da Psicologia na Saúde.....	25
1. 2. REALIDADE EM NÚMEROS	27
1. 2. 1. O trabalhador “psi” – Uma Categoria, Predominantemente Feminina (e Combativa)	34
1. 3. FACETAS DA INSERÇÃO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL:	36
1. 3. 1. Áreas e abordagens	36
1. 3. 2. Atuação	38
1. 3. 3. Equipe Multidisciplinar	39
1. 4. A PSICOLOGIA E O SUS: DE ONDE SE PARTIU E QUANTO SE CAMINHO.....	40
1. 4. 1. Psicologia e Saúde Pública/ Saúde Coletiva	40
1. 4. 2. Saúde Mental	43
1. 4. 2. 1. O peso da Reforma.....	45
1. 4. 2. 2. A necessidade de Apropriação Profissional.....	47
CAPÍTULO II	50
2. SANTOS E SUAS ESPECIFICIDADES.....	50
2. 1. A CIDADE	50
2. 2. SUS EM SANTOS.....	52
2. 3. SAÚDE MENTAL E SUS (Conferências e Políticas)	54
2. 3. 1. Os processos constituintes desta construção.....	55
2. 3. 2. Uma trajetória, também, popular	62
2. 3. 3. O hospital psiquiátrico.....	63
2. 3. 4. A desinstitucionalização.....	65
2. 4. SANTOS E A SAÚDE MENTAL	68

2. 4. 1. O Exemplo - uma história vitoriosa	68
2. 4. 2. A Casa de “Saúde” Anchieta – o manicômio santista (... construindo loucura)	71
2. 4. 3. A intervenção.....	73
2. 4. 4. As Estruturas Substitutivas	76
CAPÍTULO III.....	82
3. METÓDOS E TÉCNICAS DA PESQUISA	82
3. 1. JUSTIFICATIVA.....	82
3. 2. OBJETO.....	82
3. 3. OBJETIVO	83
3. 3. 1. Geral	83
3. 3. 2. Especifico	83
3. 4. METODOLOGIA	83
3. 5. PROCEDIMENTO	84
3. 6. DESENVOLVIMENTO	86
3. 7. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	87
3. 7. 1. As Entrevistas	88
3. 7. 2. Os Relatos.....	89
3. 7. 3. A Rede de Serviços de Saúde Mental.....	90
3. 7. 4. Locais da Pesquisa	96
CAPÍTULO IV.....	98
4. ANÁLISE: “DA EUFORIA À AUTOCRÍTICA”	98
4. 1. PSICÓLOGO PRA QUÊ?	98
4. 2. PERSPECTIVAS DA PSICOLOGIA NA REFORMA DE SAUDE MENTAL.....	99
4. 2. 1. A Psicologia – “quanto vale ou é por quilo”?.....	100
4. 2. 2. Saúde Mental	106
4. 2. 3. A priorização da assistência frente a uma realidade de emergência ...	109
4. 2. 4. Prevenção e promoção	115
4. 2. 5. As políticas/ governos e a responsabilidade da sociedade	119
4. 2. 6. Suportes Legais para a Atuação	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS	123

REFERÊNCIAS.....	127
ANEXOS	135
Anexo A - Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001	136
Anexo B - Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.	140
Anexo C - Lista em D. O. (Digitalizado), de 13 de janeiro de 1990	150
APÊNDICE	153
Apêndice A - TECLE	154

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho emerge do resgate (pessoal) da experiência em estágio (na formação acadêmica) realizado em um NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial), trazendo como tema a estruturação das Redes Substitutivas da Saúde Mental, instaladas a partir das novas diretrizes propostas pelo SUS (Sistema Único de Saúde - no ano de 1989), e concretizadas de forma vanguardista no município de Santos a partir da intervenção e do fechamento do Hospital – Psiquiátrico – Casa de Saúde Anchieta (ou “Casa dos Horrores”, como conhecido à época). Tal iniciativa deu-se frente ao questionamento da gestão municipal do modelo assistencial na Saúde Mental que melhor responderia às necessidades de saúde desse grupo. A presente pesquisa busca verificar qual o papel que foi atribuído ao Psicólogo (formação inicial da autora) neste contexto de um novo modelo de atenção, tendo como referência a realidade contemporânea do sistema de saúde mental na realidade santista, após 23 anos de convivência do trinômio: SUS, Psicologia e Saúde Mental.

Como campo da pesquisa, teremos a cidade de Santos, um município de grande peso histórico e reconhecido como berço da Reforma Sanitária Brasileira; não sendo esta escolha um caráter aleatório, mas sim, a de um contexto de referência da “desinstitucionalização”, por meio de um novo modelo psiquiátrico ao paciente acometido por sofrimentos mentais, que não estaria mais centrado no hospital, mas sim em Redes conhecidas como Substitutivas (na experiência santista, citada em muitas obras antimanicomiais de cunho nacional e internacional) - efetivando-se a partir de atores sociais capazes de transformar sonhos em história.

Para que possamos delinear melhor nosso material de estudo optamos pelo foco na área da Saúde Mental, na busca de uma compreensão deste percurso, em consonância com a política vigente – atualmente na forma da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001(que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental/ Anexo - A) e a Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 (que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, passando estes a serem categorizados por porte e clientela,

recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad – instituindo-se como documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental/ Anexo - B).

No desenvolvimento deste processo temos a atenção como princípio gerador das mudanças - na instalação do SUS em Santos (no ano de 1989) e na execução de um Projeto de Saúde Mental amplo, estável e uniforme - pautado nas características de sua demanda (necessidade e planejamento) e na criatividade de seus profissionais, que o tornaram uma realidade.

Caracterizando-se como qualitativa e exploratória, a presente pesquisa está organizada em quatro capítulos: **PSICOLOGIA: 50 ANOS DE BRASIL** - apresentando a história profissional e sua incorporação pelo setor da saúde; **SANTOS E SUAS ESPECIFICIDADES** - descrevendo traços relevantes da cidade selecionada, município de Santos; **MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA** - explicitando o método e a caracterização da pesquisa, seu desenvolvimento e execução; e **ANÁLISE: “DA EUFORIA À AUTOCRÍTICA”** - delineando as temáticas (por meio da análise das narrativas recolhidas nas entrevistas) e realizando a elaboração dos eixos a serem dispostos na conclusão do presente trabalho. Finalmente, tecem-se as **CONSIDERAÇÕES FINAIS**, sintetizando os principais achados da pesquisa, seguidas pelas **REFERÊNCIAS, ANEXOS e APÊNDICE**.

CAPÍTULO 1

PSICOLOGIA: 50 ANOS DE BRASIL

Este ano a Psicologia completa 50 anos de história no Brasil, e nada poderia ser mais gratificante do que contribuirmos à reflexão de nossa trajetória. Para tanto decidimos lançar um olhar à sua contribuição a Saúde Pública, a qual será tratada - no presente trabalho - na forma da unidade do Sistema Único de Saúde (que será identificado no texto pela sigla SUS).

Muitos foram os avanços na área, transpondo barreiras e alcançando novos campos. Atualmente os psicólogos estão integrados a muitas políticas de saúde, exercendo junto aos princípios regentes do SUS e partilhando desta constante e permanente construção.

1. 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A caminhada pela qual se deu a implantação da Psicologia em nosso país, parte e se confunde com muitos dos momentos da própria história acadêmica e política do mesmo. Muito antes da sua regulamentação, ela já ocupava lugar no contexto da saúde, educação e docência. Estando presente desde as “casas de misericórdia” nas disciplinas exercidas nas universidades.

“Na década de 50, foram dados passos importantes rumo à regulamentação da formação e da atuação profissional do psicólogo e, em 1953, iniciou-se o primeiro curso superior de Psicologia desvinculado de outra disciplina, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. No mesmo ano, foi aprovada a criação do curso de Psicologia da Universidade de São Paulo, começou a funcionar efetivamente em 1958” (BOARINI, 2007; LISBOA, 2009 apud BRUSCATO, 2012, p. 21).

A Psicologia no Brasil, como profissão regulamentada, surge em uma época não muito promissora. Dois anos antes do Golpe Militar (1962), cercada por uma democratização precária, em um contexto político e social desestruturado (arrocho salarial, intervenção nos sindicatos, deterioração do Estado e desarticulação das instituições democráticas).

Com a lei nº 4.119/62 - assinada por João Goulart, a Psicologia passa a ser concebida como um projeto de modernização, desenhado pela elite que buscava nela um instrumento possível e adequado para intervenções (utilizando os testes como uma tecnologia a ser oferecida - valorizando a profissão) (BOCK; MALDOS; SADER, 2012).

É em meio às avaliações psicológicas aplicadas nas indústrias e escolas (ainda com uma visão meramente institucional), visando um aprendizado melhor e uma mão de obra mais preparada para o trabalho - reprodutora de uma lógica de mercado, que a Psicologia iniciou sua trajetória.

Na mesma época temos um processo de mobilização social, com as migrações da área rural e o desabrochar de um movimento cultural (em específico de 64 a 68). Porém, assolados pelo fechamento das esferas sociais com o AI-5 (Ato Institucional nº5 – 13/12/68), instalava-se a ditadura militar - a proibição do pensar e do agir, as “caçadas” aos que não sucumbiam aos seus dizeres, as fugas (exílio), as torturas e mortes (dentre tantos estudantes e professores universitários – “seres pensantes que ameaçavam a ordem”) (BOCK; MALDOS; SADER, 2012).

Um pouco mais tarde, em 1968, inicia-se a aparição de um novo tema trazido em seu contexto, a subjetividade. Abrindo espaço para uma nova dimensão do pensamento, antes só político e social, permeando novos paradigmas para um repensar a vida em sociedade (ainda que de dentro de seus consultórios particulares, na prática clínica – individual).

Mas é somente nas décadas que se seguem (70-80) que a psicologia começa a centrar-se como prática libertária, frente a discussões como a condenação das instituições que reproduzem o autoritarismo da ditadura militar (na sociedade) e o questionamento das práticas manicomiais (assim como o aprisionamento físico e químico dos pacientes). E assim partilha do ressurgimento dos movimentos sociais e beneficiando-se da elaboração da Constituição de 1988, para realização posterior de suas formulações nas Políticas Públicas de Saúde, nos anos que se seguem.

Na chamada pós era militar temos uma inserção das camadas da classe média às universidades (pessoas relacionadas com o trabalho), que garantiam um clima menos elitizado a estes locais. Quando também, iniciou-se um movimento em prol do “coletivo” permitindo alternativas teóricas que culminaram na Psicologia Comunitária como possibilidade de acesso a uma nova área de abrangência e trabalho

ao profissional.

Será então na década de 1980 que outras possibilidades se apontaram para a Psicologia. Aproveitando da correnteza dos movimentos sociais progressistas, partindo de um pensamento de expansão por meio do movimento dos médicos sanitaristas, iniciou-se uma nova possibilidade – o serviço público, visando o atendimento em Saúde Mental.

Alcançando uma maior parcela da população, inserindo-se nas políticas públicas, iniciou-se um pensamento que previa um atendimento que mesmo dentro de estruturas institucionais, respondessem a uma demanda focada no bem estar do indivíduo e não somente da empresa (como observado em outros momentos de sua trajetória).

Outra avalanche que serviu como “abertura dos portos” à sociedade para o campo da Psicologia, deu-se quando houve a emergência de movimentos que significaram grandes transformações sociais (estrutura familiar; transformações sexuais; esfera pública; divórcio; homossexualidade; crises de identidade; HIV...), permitindo um maior acesso à área e abrindo espaço para outras discussões.

Neste momento, já se delineavam as discussões sobre a força feminina, a concepção de sujeitos políticos (cidadãos com direitos e deveres – segundo a constituição de 1988) na construção de políticas públicas, abrangendo novos espaços de discussão na sociedade e lidando com temas ligados à subjetividade (autoconhecimento; consolidação da clínica; e a dicotomia clínica versus comunitária e educacional).

Um novo papel foi ocupado pelo Psicólogo na empresa, frente às greves e conflitos; este já não podia apenas colocar-se por trás dos testes, transformou-se num mediador das relações, com a função de “acalmar crises”.

Entre as décadas de 1990 e 2000, muitos foram os avanços alcançados pela profissão. Iniciando com uma organização, realizada por meio da efetivação do Conselho de Psicologia, que permitiria uma melhor compreensão da área e a possibilidade de fortalecimento da classe.

Em consonância, temos a partir de 1990 uma forte adesão ao estudo da profissão; culminando posteriormente com um estrangulamento do mercado (presenciando a impossibilidades de muitos em manter um consultório particular, resultado da nova classe média estudantil) e a migração profissional em busca de

novos postos a serem preenchidos.

Corroborando, temos a consideração de Camon (2004, p. 08) ao descrever o surgimento da Psicologia hospitalar (ou da Saúde, como denominada atualmente):

“É no momento em que o psicólogo clínico se vê sem condições de exercer sua atividade em seu próprio consultório que o hospital surge como sendo local onde todo seu potencial clínico poderá ganhar consistência e configuração”.

Em considerações ao Jornal do Conselho Federal de Psicologia, o sociólogo e cientista Emir Sader, refere:

“Foi importante para a Psicologia superar a conjuntura dos anos 90, pois havia uma espécie de ditadura do homem econômico pela confiança na empresa, no mercado e do empresário, que achatava as outras áreas. Até a política geral estabilizou a moeda e o resto surgiu como consequência. Foi necessário superar essa dominação do pensamento único para que o século 21 começasse com reflexões novas” (BOCK; MALDOS; SADER, 2012, p.13).

Junto a um período de neoliberalismo econômico, surgia uma maior reivindicação de implementação de políticas públicas (direitos a serem alcançados), e com isso uma maior oferta no serviço público, que começa a necessitar da contribuição do psicólogo (que começa então a constar como membro das equipes a serem implantadas, de acordo com as novas leis/decretos).

Mediante a maior visibilidade profissional e as contribuições ofertadas pela categoria dos psicólogos, deu-se início a um novo papel a ser desempenhado por eles, com as novas reflexões sociais alcançando temas como: a exploração, a exclusão social e a privatização. Abrindo-se a categoria, então, para discussões e vendo-se na necessidade de ação, tornava-se uma classe mais politizada.

Com o passar dos anos a sociedade foi se modificando (novas formas de pensar e agir), houve o incentivo ao consumo, o ritmo cada dia mais acelerado da vida cotidiana, a instabilidade econômica/social, a violência, a dinâmica das relações... Tudo isso acaba por acarretar mal estares (sintomas) de uma sociedade que adocece das emoções (“Depressão”, “Ansiedade”, “Síndrome do Pânico”...). Surge então a necessidade de questionamento, de se repensar a sociedade (legitimar políticas públicas mais efetivas para tal – reflexões e ações), propondo uma análise da dinâmica social - algo diferente da reprodução e do medo vivenciado, refletido na insegurança da

vida social.

Atualmente, após 2010, adentramos novas realidades que exigem novas atuações a cada experiência. Estamos falando da mídia, das novas tecnologias, dos desastres, das ONGs,... e de tantos outros espaços onde couber a reflexão da nossa humanidade - propondo entendimento e busca de um significado particular a cada um, que alcance um bem coletivo (BOCK; MALDOS; SADER, 2012).

Nas palavras do então Secretário Nacional de Articulação Social da Presidência da República, Paulo Maldos:

“Os psicólogos podem, e devem, exercer a crítica sobre os valores reproduzidos nesta nova dinâmica social. Temos que repensar os nossos valores e refletir sobre a subjetividade que queremos e podemos construir, mais focada na convivência coletiva, em uma vida cotidiana humanamente significativa, além daquela voltada ao consumo” (BOCK; MALDOS; SADER, 2012, p.14)

Contudo, mesmo com a legitimação da profissão, fundamentada na realização ética ao longo destes 50 anos, percebemos que há muito a ser compreendido e concretizado. É o que assinala Ana Bock, professora doutora de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP) e ex-presidente do Conselho Federal de Psicologia, ao se referir sobre desafios futuros da profissão.

“Crescimento econômico, ampliação da categoria, discriminação, educação, medos da sociedade contemporânea. São questões importantes que precisam ser resolvidas e não podemos dizer que a Psicologia tenha avançado completamente como bloco se ela também possui movimentos internos de resistência a determinados projetos. Estamos em um cenário onde se discute se a homossexualidade é uma patologia ou não, quando achávamos que esta era uma questão superada” (BOCK; MALDOS; SADER, 2012, p.15).

As abordagens e especialidades se multiplicaram, ganharam espaço e se legitimaram com vivências práticas e científicas. E assim, a psicologia foi ganhando cada vez mais espaço institucional e crédito, e ampliando assim seus horizontes por meio de um trabalho fundado na ética. Porém muito ainda está para ser compreendido e realizado na busca de uma conduta ampliada e comum à profissão.

1. 1. 1. A Trajetória da Psicologia na Saúde

Esta sessão tratará da trajetória da incorporação da Psicologia (e dos profissionais da área) pelo sistema de saúde, e no desenrolar do texto, mas especificamente da mental. Alertamos para a diferenciação entre ela e a Psicologia da Saúde, uma enquanto área de conhecimento específica.

“... Uma psicologia que se descortina pra uma nova compreensão da saúde humana como algo que possa transcender os parâmetros de doenças vigentes em nossa sociedade” (CAMON, 2004, p.1).

Assim, podemos perceber a Psicologia na Saúde, como sendo uma lente por meio da qual vislumbramos muito mais do que a fisiologia humana, que não se limita a descrever o homem como um animal composto simplesmente por elementos físicos (“carne e osso”), mas sim dotado de sentimentos que o perpassam a todo o momento, e que também influenciam diretamente na sua saúde.

Estaremos, então, em alguns parágrafos, tratando particularmente de uma, dentre tantas, interfaces da Psicologia - a Psicologia da Saúde - tendo em vista os objetivos da pesquisa.

Muitas foram, e ainda são, as denominações da Psicologia aplicadas à saúde. Porém estaremos utilizando as mais difundidas academicamente, sendo: Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde, respectivamente.

“O termo Psicologia Hospitalar surgiu e se consolidou em nosso país por influencia do modelo hospitalocêntrico, vigente desde a década de 40, no qual o hospital é colocado como o símbolo máximo de atendimento em saúde, ideia que, de alguma maneira, persiste até hoje” (BRUSCATO, 2012, p. 28).

A autora relata ainda que a primeira experiência conhecida data dentre 1954 e 1956, resultando de um movimento mais sólido que objetivava a participação da Psicologia na área da saúde, de forma regulamentada, tendo Mathilde Neder como “pilares” desta construção, instalando - num Hospital Geral público - o primeiro Serviço de Psicologia, sendo este o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (BRUSCATO, 2012).

“Em 1978, a Associação Americana de Psicologia criou a Divisão de Psicologia da Saúde. Nesse ano, a Associação Pan-americana de Saúde definiu a Psicologia da Saúde como o conjunto de contribuições científicas e

profissionais da Psicologia para a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento das doenças, além do desenvolvimento dos sistemas de assistência e da elaboração de políticas sanitárias” (CFP, 2006-a, p. 21).

De acordo com Camon (2004), a psicologia hospitalar surge na década de 1980 como uma proposta de ampliação de sua atuação. Deixando de apenas se alimentar de seus saberes (numa tendência autofágica), para partilhar e absorver outras possibilidades reais à sua aplicação.

“Os problemas humanos residiam para além das artérias entupidas e dos tendões inflamados. A sociedade, a cultura, a economia e o comportamento influíam decisivamente na manutenção da saúde e na ocorrência de desequilíbrios que resultavam em doenças. Naquele momento de inauguração da pós-modernidade, começava a surgir um modelo alternativo, biopsicossocial, no qual ganhavam relevância todos os aspectos da existência e suas combinações” (CFP, 2006-a, p. 21).

Nesse contexto, para Camon (2004), a psicologia apropria-se de uma conquista “irreversível” mediante a difusão da discussão de caracteres emocionais, em locais e situações em que antes apenas se eram admitidos determinantes orgânicos – ditados pela própria medicina. Passa-se então a admitir às patologias físicas (como por exemplo: de ordem do trato gastrointestinal e mesmo cardiopatias) a sua submissão a análises conjuntas, onde o comprometimento orgânico pode ser também decorrente - única e exclusivamente - de situações de estresse emocional que foram atribuídas ao organismo.

O Psicólogo, então, vai se aproximando das questões de saúde e exercendo sua atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), de acordo com o local e proposta a ser executada em sua atribuição. Podendo o psicólogo a partir de então participar de campanhas de prevenção, da assistência psicológica ao paciente e familiares e/ou cuidadores, avaliar, orientar, intervir (detectando problemas emocionais e funcionais - que possam interferir nos tratamentos), de forma individual ou em equipe (provendo informações à equipe sobre os aspectos psicológicos permeados nas diversas situações do processo saúde-doença), “visando basicamente ao bem estar físico e emocional do paciente, à promoção e/ou recuperação da saúde física e mental” (CFP, 2012 apud BRUSCATO, 2012, p. 28/29).

“Assim, a Psicologia da Saúde é o campo de especialização da Psicologia que oferece suas contribuições para o entendimento da saúde e da doença, encoraja a interação das informações biológicas e sociais sobre a saúde e doença com o atual conhecimento psicológico e facilita a colaboração entre psicólogos e outros profissionais da área. Ela aplica seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos, mentais ou qualquer outro relevante para os processos de saúde e doença. Essa atuação profissional pode ser realizada em distintos e variados contextos, como hospitais, ambulatorios, hospitais-dia, prontos-socorros, centros de saúde, nos domicílios e na própria comunidade” (CASTRO, BORNHOLDT, 2004 apud BRUSCATO, 2012, p. 23).

Atualmente, muitas são as vertentes que derivam da Psicologia da Saúde, sendo a Psicologia Hospitalar abrangente das atividades de assistência, ensino e pesquisa, tendo o psicólogo como personagem importante nas diversas configurações de unidades médicas e participante das suas decisões, saindo da posição de mero coadjuvante para a de um parceiro e executor das ações. Tendo sua ação, como caráter estratégico na elaboração de diagnósticos e na aplicação de terapias, instituindo relações cooperativas entre pacientes, familiares e equipes de saúde (CFP, 2006-a).

“As questões que têm sido colocadas são amplas e diversificadas, demonstrando o desenvolvimento da intervenção: a inserção do psicólogo na saúde pública, o atendimento ao paciente internado em tratamento intensivo, aos pacientes sem possibilidades terapêuticas e sob iminência da morte, o estresse do trabalho que acomete o trabalhador da saúde, a humanização das relações, a contribuição da psicologia para a construção de políticas públicas de saúde ou para a gestão de serviços, a incorporação da dimensão subjetiva no atendimento odontológico, no atendimento hospitalar, no uso e abuso de drogas, na prevenção da Aids, a avaliação e contribuição para a formação do psicólogo e de outros profissionais de saúde. Saúde é, também, um tema de todos na vida cotidiana. As pessoas têm, na saúde, um campo de necessidades e demandas sociais variadas. Poder estar atentos a elas e respondê-las com nossa competência profissional é tarefa colocada, historicamente, para nossa profissão” (CFP, 2006-b, p. 05).

1. 2. REALIDADE EM NÚMEROS

Em edição especial, comemorativa dos 50 anos da Profissão no Brasil, o Jornal do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2012-a, p. 04), traz em sua matéria de abertura os seguintes dizeres: “A Psicologia cresceu, se tornou forte e diversificada, com 216 mil psicólogos atuantes. É hora de celebrar, mas sem esquecer os desafios que estão por vir”.

Nestas palavras está descrita a realidade de uma profissão, que como tantas outras, necessitou de muita seriedade e perspicácia para alcançar seu “lugar ao sol”.

Ao longo destes 50 anos, muitas foram as barreiras transpostas pela psicologia para que sua contribuição pudesse vir a alcançar a população - em seus conflitos e problemas, originários da realidade e da vida social que vivencia. Intervindo de maneira positiva na busca de uma compreensão efetiva das emoções para articulação de novas experiências e mudanças.

Ganhamos credibilidade (estrangulamento do mercado/ demandas sociais), e fomos ocupando cada vez mais setores. Saindo da clínica e indo para as escolas, hospitais, empresas, esportes,... Alcançando a ciência em meio à prática e a transformando em conhecimento acadêmico respeitado.

Se tivemos um passado marcado pelo atendimento puramente direcionado à elite e à geração de capital, hoje estamos nas Políticas Públicas de Saúde, no Sistema Suplementar e em muitos outros postos, que visam o bem estar da população como um todo, e não apenas com um único ser desvinculado de sua humanidade.

Atualmente somos o maior país em número de profissionais cadastrados no sistema de conselhos de Psicologia (veja QUADRO 01), firmando um compromisso com a sociedade e um comprometimento com sua construção, através das Políticas Públicas de Saúde.

Em dados apresentado pelo Jornal do Conselho Regional de Psicologia (CRP, 2013-a, p. 17), à matéria “CRP SP: mais presente e plural” o Estado de São Paulo representado por nove subsedes (Assis; Baixada Santista e Vale do Ribeira; Bauru; Campinas; Grande ABC; Ribeirão Preto; São José do Rio Preto; Sorocaba e Vale do Paraíba e Litoral Norte) contam com cerca de 39.000 Psicólogos, estimando que o número de Psicólogos na Baixada Santista e Vale do Ribeira chegue a cerca de 2.600 profissionais, tendo sua subsede criada, de forma efetiva, em 1993, até então delegacia - desde 1979.

QUADRO 01 – Comparativo entre o Número de Profissionais Cadastrados nos Órgãos Competentes.

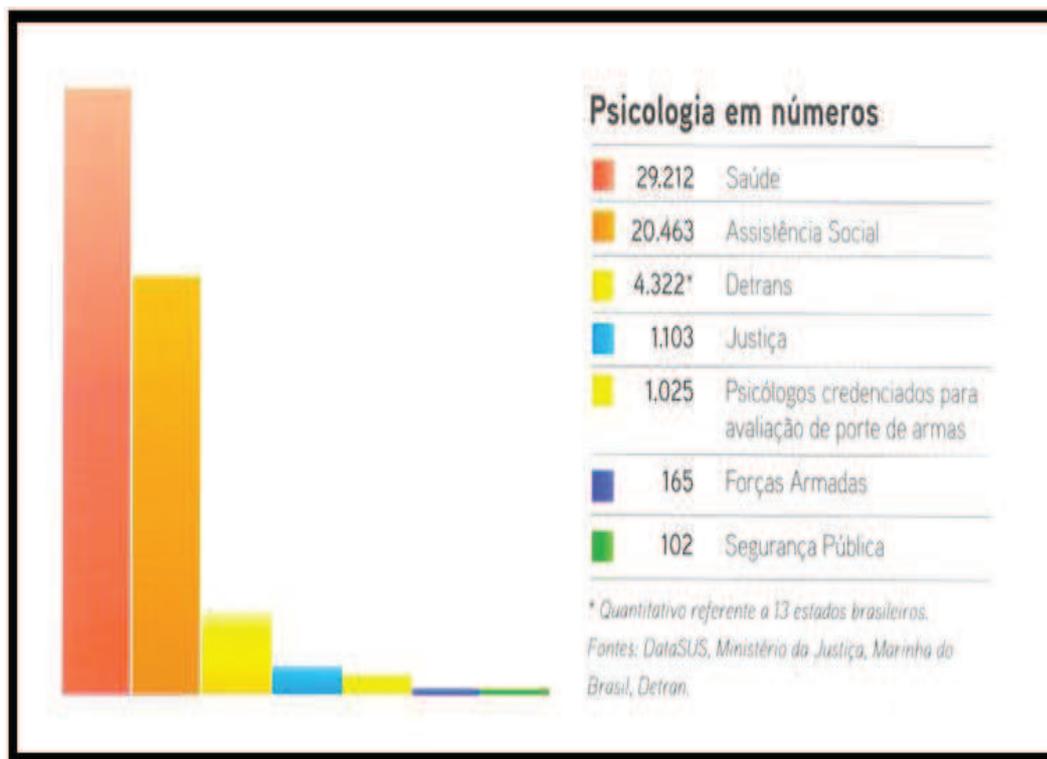


Fonte: CFP. **50 Anos da Profissão no Brasil**. Jornal do Federal. Conselho Federal de Psicologia – Ano XXIII, nº 104 – Jan/ Ago. 2012, p. 05.¹

Em âmbito nacional temos cerca de 50 mil profissionais atuando nas instituições públicas, dividindo-se em: Sistema Único de Saúde (SUS), Assistência Social, Forças Armadas, Justiça e Segurança Pública (veja QUADRO 02).

¹ A fonte e data do referido quadro (1) não constam publicados no jornal CFP. **50 Anos da Profissão no Brasil**. Jornal do Federal. Conselho Federal de Psicologia – Ano XXIII, nº 104 – Jan/ Ago. 2012, bem como não conseguimos estas informações com os conselhos.

QUADRO 02 – Psicologia em Números.



Fonte: DataSUS, Ministério da Justiça, Marinha do Brasil, Detran. In: CFP. **50 Anos da Profissão no Brasil**. Jornal do Federal. Conselho Federal de Psicologia – Ano XXIII, nº 104 – Jan/ Ago. 2012, p. 06.²

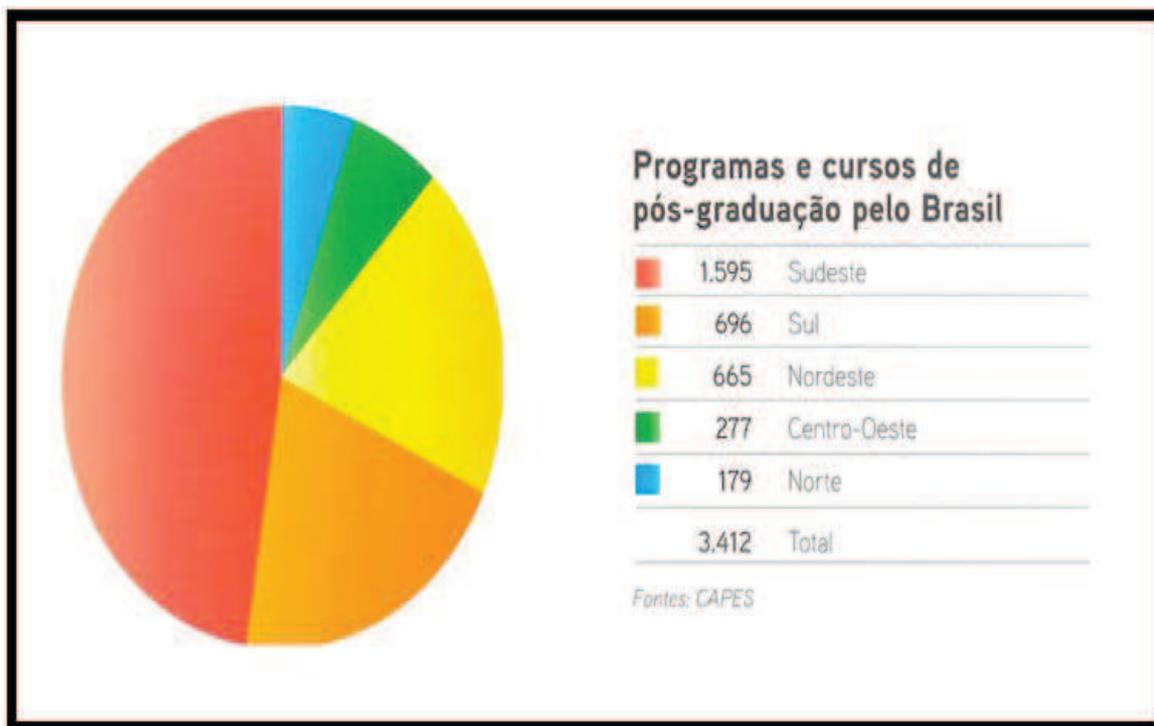
Esse fato significativo, e que reforça a trajetória aqui traçada da psicologia na saúde, também mostra que esse processo vem permitindo uma vivência mais próxima do profissional da diversidade social da realidade brasileira, sobretudo das camadas de mais baixa renda, e isso nos vários âmbitos (municipal, estadual e federal), possibilitando novas áreas de conhecimento. Tanto assim é que atualmente verifica-se uma crescente procura aos cursos de pós-graduação e especialização, com pontua Mitsuko Antunes à matéria “Muito a comemorar, muito mais a fazer” do Jornal do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2012-a, p. 06).

Da mesma forma, segundo dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES apud CFP, 2012-a), a

² Apesar de a fonte ser citada no referido quadro (2) não consta publicada a data do dado utilizado no jornal CFP. **50 Anos da Profissão no Brasil**. Jornal do Federal. Conselho Federal de Psicologia – Ano XXIII, nº 104 – Jan/ Ago. 2012, bem como não conseguimos estas informações com os conselhos.

Psicologia possui cerca de 3.412 programas, cursos de especialização e de extensão, distribuídos por todas as regiões do Brasil (veja QUADRO 03).

QUADRO 03 – Programas e cursos de pós-graduação pelo Brasil.



Fonte: CAPES. In: CFP. **50 Anos da Profissão no Brasil**. Jornal do Federal. Conselho Federal de Psicologia – Ano XXIII, nº 104 – Jan/ Ago. 2012, p. 07.³

Sua distribuição, segundo a mesma fonte (CFP, 2012-a), no entanto, não varia do caso das demais áreas profissionais e de conhecimento: o Sudeste é a região que apresenta o maior número de cursos (com 46,75%), seguida do Sul (com 20,4%), do Nordeste (com 19,5%), do Centro-Oeste (com 8,10%) e do Norte (com 5,25%).

E conforme dados da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP apud CFP, 2012-a), há 71 programas de mestrado e doutorado na “área psi”, abarcando 51 instituições, espalhadas por 21 estados do País. Estes programas abrangem várias especialidades, indo desde a área social, clínica, comportamental, saúde, experimental, cognitiva, educacional, desenvolvimento

³ Apesar de a fonte ser citada no referido quadro (3) não consta publicada a data do dado utilizado no jornal CFP. **50 Anos da Profissão no Brasil**. Jornal do Federal. Conselho Federal de Psicologia – Ano XXIII, nº 104 – Jan/ Ago. 2012, bem como não conseguimos estas informações com os conselhos.

humano, até as de psicanálise, neurociência e psicobiologia.

O que não quer dizer que os cursos estejam 100% comprometidos com as demandas da realidade social, lembra Mitsuko Antunes (CFP, 2012-a, p.06) ao declarar, em sua participação à matéria do Jornal, que: “Existem cursos privados de cunho mercantilista, com formação frágil que não permitem ao psicólogo ter uma atuação comprometida com as necessidades da população”. Tendo com sua perspectiva de futuro da profissão, “que todos os cursos de Psicologia passem a ter uma fundamentação teórica sólida, com uma base sólida, com uma base de atuação socialmente comprometida, longe dos moldes conservadores”.

A depender da sua formação, há várias possibilidades das modalidades de inserção profissional. Habilitado a exercer sua função, o psicólogo poderá transitar por algumas relações (trabalhistas) de mercado, sendo estas: **Liberal** (apresentando seu próprio valor ao usuário de seu serviço); **Autônomo** (na prestação de serviço, ganhando por produção, nos setores privado ou público – mediante as novas formas de gestão – em ONGs, OSS... e credenciado aos planos e seguros de saúde) ou **Assalariado** (submetido ao valor - financeiro - imposto ao seu serviço, atribuído segundo uma determinada carga horária, podendo ser admitido em instituições de ordem pública ou privada).

“Atualmente, nota-se o progressivo aumento da atuação de profissionais liberais vinculados a organizações, abrindo espaço desta maneira para relações de trabalhos diferenciadas das tradicionais. Os profissionais liberais (no caso, os psicólogos clínicos) manifestam que sentem dificuldades no que se refere às condições de trabalho em sua área de atuação. Os investimentos na carreira, através de estudos e cursos, são importantes para o desenvolvimento de um bom trabalho. Porém, os gastos em aperfeiçoamento nem sempre são compensados em termos de benefícios, podendo gerar frustração. No tipo de trabalho citado, em casos no qual o profissional liberal não presta serviço como empregado na instituição, alguns direitos trabalhistas e previdenciários são extintos, como: salário mensal fixo, décimo terceiro, férias (sem interferir nos benefícios), adicional de férias, fundo de garantia, hora extra e adicional noturno. Portanto, é um caminho onde a instabilidade é maior e os benefícios sociais são menores” (FERREIRA; FONSECA, 2012, p.02).

Em continuidade, os autores descrevem como uma viável solução (encontrada na prática), a associação à instituições nas quais tenham a possibilidade de conseguir “remuneração estável e adquirir direitos garantidos nas leis trabalhistas”. Desempenhando uma nova relação, em que o profissional liberal constituindo vínculo com alguma instituição continua tendo sua autonomia

preservada - podendo recusar ordens, em situações que não estejam coniventes com seus princípios éticos e profissionais (FERREIRA; FONSECA, 2012).

Outra configuração, como possível busca de uma estabilidade profissional (atração para profissionais que podem ser liberais), vem através da inserção no serviço público.

“A inserção dos psicólogos nas políticas públicas tem produzido, curiosamente, na nossa categoria, um processo de empregabilidade nunca antes visto, do ponto de vista dos volumes de psicólogos que passam a estar empregados, envolvidos nessas políticas públicas. Lembro ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem, hoje, 16 mil psicólogos empregados, ou seja, quase 10% da nossa categoria trabalha no SUS e apenas 6,3% dos estabelecimentos de saúde contam com a presença de um psicólogo. Isso quer dizer que temos 93% dos estabelecimentos de saúde que, se ocupados por um psicólogo, certamente trariam uma curiosa condição nesse mundo anunciado do “fim do trabalho”: uma volta à empregabilidade por grandes empregadores, com grandes contingentes profissionais reunidos em um mesmo tipo de organização, sob regras comuns, com grande potencialidade política de interferência nas relações de trabalho” (OLIVEIRA, 2010, p. 66-67) .

Pensar sobre a questão do trabalho, em uma profissão historicamente liberal, e atualmente enfrentando novas configurações, permite-nos operar em situações bastante diversas, em contingências bastante diferentes. Daí se fazer necessário repensar o tema do trabalho do psicólogo, em especial para aqueles que estão subsumidos a outras lógicas de processos de trabalho, nas quais sua condição de especialista fará sentido apenas quando integrado em outro conjunto de especialistas, numa equipe multiprofissional, capaz de elucidar somente o que lhe é específico, próprio, compondo um diálogo, com essas outras raízes, com essas outras tecnologias, com essas outras profissões (OLIVEIRA, 2010).

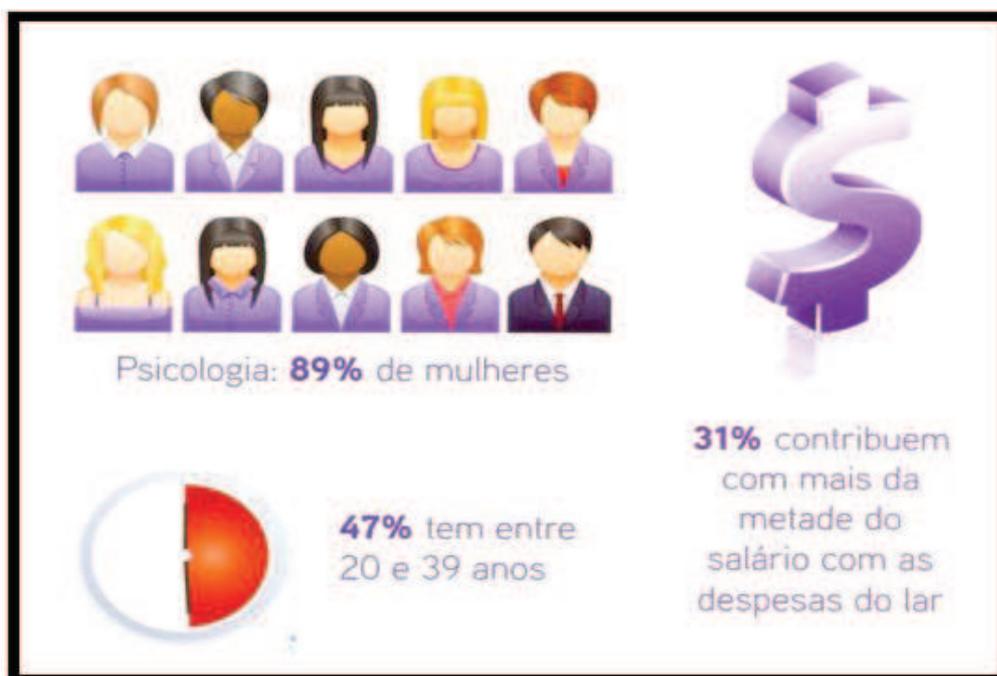
“Enfim, é curioso que o psicólogo, um profissional que trabalhava fundamentalmente sozinho na clínica – e ainda hoje 50% dos nossos colegas exercem a psicoterapia individual, ou em grupo, que seja, mas em seus consultórios e estabelecimentos liberais, e estamos falando de algo em torno de 70 a 80 mil psicólogos que têm na atividade da psicoterapia a sua fonte principal, a sua inserção no mundo do trabalho – hoje trabalhe principalmente em equipe” (OLIVEIRA, 2010, p. 75).

Junto às múltiplas configurações de trabalho, destaca-se também o perfil deste trabalhador, caracterizando-se fundamentalmente do sexo feminino.

1. 2. 1. O trabalhador “psi” – Uma Categoria, Predominantemente Feminina (e Combativa).

De acordo com dados publicados dos resultados preliminares da pesquisa do CFP “Uma Profissão de Muitas e Diferentes Mulheres” (CFP, 2013-b), atualmente a Psicologia é uma profissão essencialmente feminina, constituída por 89% de mulheres (veja QUADRO 04), sendo que destas, 53% exercem exclusivamente a profissão de psicóloga, atuando em grande parte na área da saúde (45% dentre elas).

QUADRO 04 – Uma Profissão de Muitas e Diferentes Mulheres.



Fonte: Pesquisa⁴: Profissão e Gênero no Exercício da Psicologia no Brasil. In: CFP. **50 Anos da Profissão no Brasil**. Jornal do Federal. Conselho Federal de Psicologia – Ano XXIII, nº 104 – Jan/Ago. 2012, p.38.

Segundo Pochmann (2010), muitos foram os fatores constituintes da mudança, de caráter social e histórico, que possibilitaram à mulher a mobilidade exercida no cotidiano atual. Dentre estes podemos citar: a baixa na taxa de fecundidade; o aumento da expectativa de vida; a mudança demográfica; a revolução contraceptiva na década de 60; a desvinculação da relação sexual da

⁴ Realizada de maio a junho de 2012, com cerca de 1500 profissionais - entre homens e mulheres.

reprodução; a desvinculação do sexo do casamento na década de 70; a desvinculação da reprodução do sexo (com as possibilidades genéticas – laboratórios x ciência); a mudança da característica do trabalho (de material, para imaterial) e o trabalho exercido de forma equivalente ou superior ao do homem.

“Essas mudanças demográficas situam a mulher em uma posição que nunca talvez ela antes tenha tido. Em que sentido que eu quero dizer? No sentido de que cem anos atrás a mulher brasileira era alguém que vivia, em média, 34 anos e poderia ter tido de 15 a 20 filhos, ou seja, o papel da mulher era fundamentalmente a reprodução. Uma mulher com 15 ou 20 filhos e com 34 ou 35 anos de vida usaria seu tempo para as funções do lar, domésticas, não poderia exercer o trabalho fora de casa. Até os séculos XIX e XX, a mulher tinha um papel secundário, já que as funções de provedor da casa eram do homem. O mercado de trabalho era fundamentalmente masculino e a mulher tinha um papel subordinado.

Então, no século passado, na sociedade urbana industrial, a mulher passou a viver 55 anos, 60 anos. Ao mesmo tempo, ela reduziu o número de filhos” (POCHMANN, 2010, p. 31).

Outro ponto destacado pelo autor é a importante capacidade de aquisição de conhecimento no ensino superior e de desempenho profissional. Aponta como evidência o Exame de Ensino Nacional (ENEM) como descritor, para que possamos verificar a “mulher” como detentora de melhor desempenho, do ponto de vista do ensino e da aprendizagem (POCHMANN, 2010).

Todavia essa conquista não se deu “da noite para o dia”, mas teve origem numa construção iniciada desde os primeiros anos de implantação da profissão no Brasil, tendo personalidades como Lara Lavelberg ilustrando o símbolo de uma classe forte e combativa.

Lara Lavelberg, hoje nome pelo qual o Centro Acadêmico de Psicologia da Universidade de São Paulo é conhecido, foi uma mulher de muita coragem, descrita por muitos como vibrante e autêntica.

Estudante de Psicologia contribuiu para a criação do SAP (Serviço de Atendimento Psicológico – direcionado aos alunos de baixo poder aquisitivo), lecionou e envolveu-se com movimentos políticos de esquerda, na década de 60 (POLOP – Organização Revolucionária Marxista Política Operária, MR- 8 – Movimento Revolucionário 8 de outubro/ homenagem à data da morte de Che Guevara), por acreditar que haveria outras possibilidades de se constituir o poder. Acarretando-lhe sérias consequências, ao ser perseguida (junto a seu grande amor – Carlos Lamarca – ex-capitão do Exército que se opunha ao Regime Militar), cercada e morta, aos 27

anos, em 20/ 08/ 1971 (relatado como suicídio e desmentido apenas 32 anos após sua morte) (BRASIL, 2013).

Realidade impactante, sofrida por muitas estudantes na mesma década, devido ao Regime Militar – que não permitia a livre expressão e tinha no conhecimento um eterno rival. Como retratado em Memórias da Psicologia, livro em comemoração aos 40 anos do Instituto de Psicologia da USP:

“Evoco minha pequena classe dizimada pela repressão: Iara Lavelberg, Maria Lucia Carvalho, Lúcia Sarapú (exilada) e a figura de solidária de nossa Rachel Lea Rosemberg, colega e docente ímpar pela nobreza de espírito e que tanta falta nos faz. São professores, colegas que estão ainda próximo de nós; andaram por nossas salas e corredores há algum tempo, fazendo as mesmas perguntas que fazemos. Só nos separa deles esse profundo rio de sofrimento que muitos de Vocês, graças a Deus, não conheceram” (BOSI, 2011, p.22).

Após muitos anos de repressão e pré-conceitos, eis que surge um momento histórico no qual a mulher pode exercer suas escolhas de forma livre e consciente, o que infelizmente não garante facilidade para se partilhar desse processo.

Segundo a Pesquisa (CFP, 2012-b), 31% das psicólogas entrevistadas contribuem com mais de 50% nas despesas do lar, sendo que 48% possuem pelo menos um título de pós-graduação.

Porém, um dado desconfortante revela que 23% dos entrevistados relatam já ter sido vítima de agressão em algum momento da vida, sendo em sua grande parte: psicológicos (com 80%), advindos de: agressão verbal, assédio moral e sexual. Isso aponta para o quanto ainda precisa ser percorrido socialmente para a conquista da garantia plena dos direitos adquiridos pessoal e profissionalmente por esses profissionais (CFP, 2012-b).

1. 3. AS FACETAS DA INSERÇÃO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL:

1. 3. 1. Áreas e abordagens

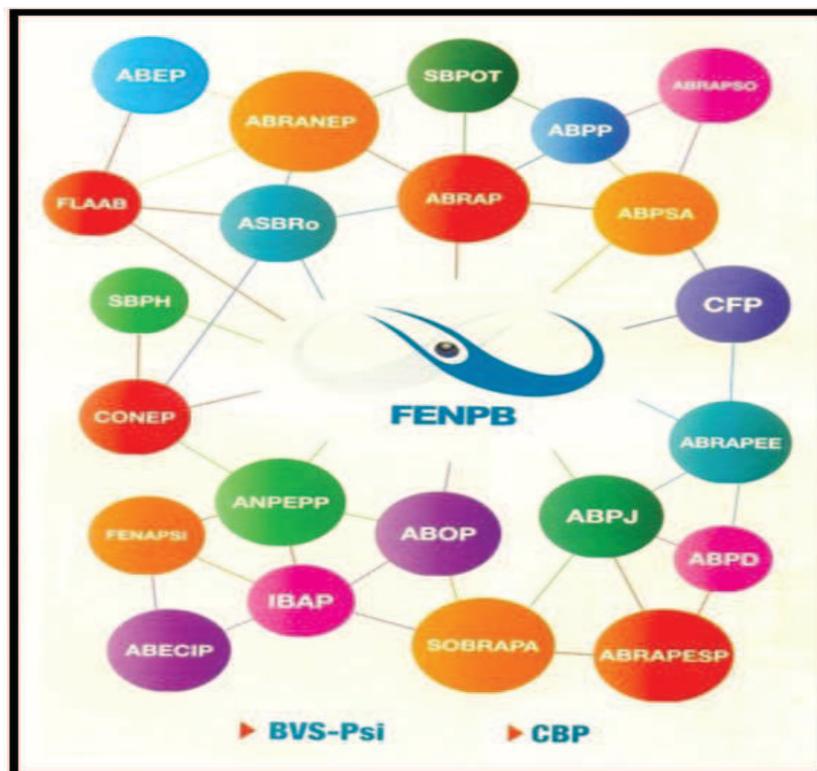
A Psicologia é uma ciência com uma grande amplitude de correntes de pensamento e aplicações, permitindo em sua formação um leque enriquecedor dos conhecimentos a serem aprofundados.

Entretanto, essa variedade – que poderia ser vista como “benéfica” através dos espaços conquistados pela profissão – em muitos momentos caracterizam uma divergência de pensamentos, que podem acarretar o distanciamento entre seus pares.

“Assim, se em campos do conhecimento como a matemática, a física, a engenharia etc. se busca com intensidade cada vez maior um denominador comum, uma resposta única para os problemas, a psicologia convive com diferentes tipos de compreensão representada pelas mais diferentes abordagens. E muitas vezes não encontramos sequer congruência entre as diferentes tentativas de compreensão da realidade humana com cada abordagem trazendo para si a “verdade” sobre a maneira mais eficaz de intervenção psicológica. E com uma abrangência cada vez mais disforme e repleta de controvérsias, a psicologia vai abrindo os mais diferentes espaços nos campos de atuação” (CAMON, 2004, p. 10).

Para lidar com a complexa diversidade da prática, foi criado no final dos anos 90 o Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira (FENPB - veja QUADRO 05), contando com cerca de vinte e duas entidades das variadas áreas e

QUADRO 05 – Organograma das Entidades (FENPB).



Fonte: CFP. **50 Anos da Profissão no Brasil**. Jornal do Federal. Conselho Federal de Psicologia – Ano XXIII, nº 104 – Jan/ Ago. 2012, p.20.

segmentos “psi”. O propósito consiste em se constituir um espaço coletivo de construção, permeado pela objetivação de projetos e políticas, que venham fortalecer a pesquisa, permitindo a articulação entre prática e ciências na profissão.

Como profissionais teremos também que buscar caminhos para concretização deste melhor diálogo entre os profissionais da área “psi”, e deles com os demais de outras áreas de conhecimento e de práticas, pois:

“... Não é mais possível conceber-se quaisquer tipos de atividade que envolvam a condição humana na qual a psicologia não se faça presente de modo irreversível e absoluto” (CAMON, 2004, p. 14).

“... temos na psicologia um universo cada vez mais amplo de ideias e teorizações que, debatidas, geram inúmeras outras abordagens nesse fascínio e mistério que é a tentativa de compreensão da condição humana” (CAMON, 2004, p. 15).

1. 3. 2. Atuação

Quando ouvimos a palavra “psicólogo”, muito nos vem à cabeça. Podemos lembrar alguém recostado num divã – em alusão ou caricatura que remeta a Freud (pai da Psicanálise – Abordagem de larga divulgação em uso na psicologia); de uma dinâmica aplicada em um processo de seleção de empresa – observando qual candidato melhor responde às exigências solicitadas, pelo cargo a ser preenchido, ou mesmo, de uma indicação da escola, aos pais – ao deparar-se com dificuldades sociais ou de aprendizagem, de comportamento,... ; como parte de outras tantas formas do “existir” desta ampla profissão, que almeja compreender melhor as emoções e ações do ser humano.

“Vivemos um momento ímpar no qual a importância da psicologia é cada vez mais clara e ganha repercussão que transcende toda e qualquer previsão que se fazia anteriormente por mais otimista que pudesse ser. O que se torna realmente necessário é que a psicologia consiga atender às solicitações de intervenção que lhe são feitas e que possa, assim, ir ao encontro das reais necessidades sociais, e não, ao contrário, tentando impor à comunidades modalidades de intervenção que digam respeito apenas às suas necessidades teóricas” (CAMON, 2004, p. 11/12).

Com a ampliação dos campos de atuação o psicólogo foi absorvendo características e apropriando-se de saberes que melhor os auxiliassem para o alcance de seus objetivos.

Desta forma, a maneira de ser “visto” (sua representação social), também foi se modificando. Não raro, um psicólogo que desenvolve seu trabalho na saúde recebe (tanto da equipe quanto dos pacientes) o julgo de “doutor”, chegando em muitos casos a ter como uniforme o uso do “jaleco”; algo incomum àqueles que ocupam espaços como a escola ou empresas. O mesmo ocorre com a forma de trabalho e os objetivos a serem alcançados, trazendo uma característica multifacetada que caracteriza uma mesma profissão.

1. 3. 3. Equipe Multidisciplinar

“... Uma psicologia que poderá enfeixar-se com outras áreas do conhecimento e trabalhar para que a fragmentação contemporânea seja algo que fique apenas como reminiscência de um passado distante, pois surge com cada vez mais frequência a necessidade de um compreensão global da condição humana na qual todas essas áreas sejam contempladas” (CAMON, 2004, p. 24).

Com os novos espaços de desempenho profissional, fomos lançados a novos desafios, pois o convívio como outras formas de compreensão do ser humano permitiram uma troca coletiva, por meio do trabalho em equipe, mais tarde descrito como “equipe multidisciplinar”, modelo proposto em grande parte pela rede pública de serviço (infelizmente nem sempre posto em prática).

Junto à troca de visões (na busca de complementação e de suporte) houve a necessidade de trabalho em conjunto, consentindo um trabalho diferenciado, advindo não apenas da execução de sua função profissional, mas sim de uma construção coletiva dotada de um bem comum – o paciente (utilizada aqui esta nomenclatura para denominar o sujeito receptor do processo).

Desta forma, o Psicólogo não irá apenas implantar sua prática, mas a aplicará nos diversos contextos - dividindo seu conhecimento com os diversos meios que serão vivenciados na rotina de seu local de trabalho, para que na “troca” de conhecimentos da lida cotidiana possa haver ensinamentos e aprendizados, nas múltiplas visões que cercam todos os membros de equipe.

Nota-se então que ao falarmos dos tópicos, acima descritos: Áreas e Abordagens, Atuação e Equipe Multidisciplinar; falamos também da contemporaneidade, de como a profissão vem se aperfeiçoando com o passar dos tempos e de como o profissional adapta-se aos diferentes contextos perpassados pela humanidade na ânsia de compreender melhor sua existência e emoções.

1. 4. A PSICOLOGIA E O SUS: DE ONDE SE PARTIU E QUANTO SE CAMINHOU.

1. 4. 1. Psicologia e Saúde Pública/ Saúde Coletiva

“Como romper com a tradição de uma Psicologia cuja história, datada do final do século XIX, atrela-se ora a uma perspectiva objetivo-positivista, ora a uma perspectiva interno-subjetivista, mantendo, de todo modo, a separação em registros excludentes, das esferas individual, grupal, social? Como pensar nas práticas dos psicólogos ainda classificadas em áreas de atuação que se definem pela separação e, muitas vezes, pela desqualificação umas das outras: escolar, comunitária, clínica, do trabalho, judiciária? Como pensar a formação do Psicólogo em tempos de banalização da injustiça social? (Dejours, 1999). O que propor como diretrizes para sustentar uma posição ética que não se abstraia de seus compromissos políticos? Como pensar na atuação dos psicólogos ou nas contribuições da Psicologia se não incluirmos o mundo em que vivemos o país em que habitamos? Como pensar numa Psicologia que não tome como seu objeto, sujeitos abstratos? Como fortalecer práticas profissionais que se co-responsabilizem com a saúde de cada um e com a saúde de todos sem separá-las?” (BENEVIDES, 2005, p. 22).

Enquanto historicamente a psicologia restringia-se ao atendimento individual em consultórios, escolas e empresas, partindo do pressuposto de um serviço oferecido aos que por ele poderiam pagar, a partir da implantação do Sistema Único de Saúde, com a possibilidade dos concursos públicos (em Santos 1990 – publicação em atos oficiais – Anexo C), este cenário foi se modificando.

“Os impasses na atuação dos psicólogos na saúde pública surgem na confluência de diversos vetores, dos quais dois foram destacados e discutidos por este trabalho. O primeiro seria a tradição da formação em Psicologia no Brasil calcada em um modelo clássico de clínica, liberal, privada, curativa e individual, inspirado na clínica médica; o segundo, a porta de entrada preferencial dos profissionais contratados na rede pública na saúde mental, na esteira do movimento da reforma psiquiátrica. Como vimos, essa dupla ocorrência gerou sintomas inibidores no trabalho, em que as ações profissionais tendiam a reforçar um modelo de identidade clássico

e individualista, ao invés de uma inserção mais inventiva no conjunto da saúde” (FERREIRA NETO, 2010, p.401).

Aproximando-se desta nova realidade, o profissional foi inserindo-se e aperfeiçoando-se com a prática, já que a formação era (e ainda hoje também é em muitas instituições de ensino superior) direcionada para a clínica (consultório particular), trazendo poucas reflexões acerca do coletivo.

Sônia Fleury (2006) em entrevista: “A psicologia deve ir muito além do consultório”, declara a necessidade de preenchimento das lacunas deixadas pelo exercício tradicional dos profissionais da área “psi” no setor público, descrevendo a clínica - meramente individual - como uma “visão estereotipada e elitista”, já que compreende o sofrimento como uma determinação coletiva, mesmo que este seja vivenciado de maneira individual.

“Não é preciso ir muito longe para percebermos que o discurso sobre o sujeito tem vindo acompanhado, no campo das práticas psi, de um processo de despolitização destas mesmas práticas. No mesmo movimento em que o sujeito é tomado como centro (ou mesmo eventualmente descentrado) opera-se uma dicotomização com o social que se acredita circundá-lo” (BENEVIDES, 2005, p.21).

Em continuidade, Fleury (2006) aprofunda a discussão sobre o processo saúde-doença, explicando-o em uma conotação social, partindo do princípio da Saúde Coletiva (conceito advindo da década de 70).

“Por exemplo: o barbeiro, em si, não provoca a doença de Chagas, mas a situação de pobreza que leva a pessoa a viver em determinadas condições a torna suscetível ao contato com o barbeiro. Começamos a mostrar que, além das bactérias da água e de todos os agentes do processo saúde/doença, considerados pela saúde pública tradicional, soma-se o determinismo de um contexto socioeconômico. Não se quer negar a existência das bactérias e agentes, mas por que as pessoas ricas não se contaminam com eles? Porque vivem em outro contexto. A discussão sobre a saúde como um processo social e coletivo leva ao surgimento dessa noção de saúde coletiva, muito ligado à causa social do processo saúde/doença” (FLEURY, 2006, p.07).

Visando apresentar o papel do Psicólogo na implementação e consolidação das Políticas Públicas de Saúde, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) lançou (em 2011) uma cartilha informativa direcionada aos Gestores de Saúde. Nesta, são apresentados pontos positivos em sua inserção, frente ao

cotidiano do trabalho a ser desenvolvido, descrevendo sua função da seguinte forma:

“Embasados com formação científica e profissional, capacitados para abordar as questões subjetivas, os psicólogos e as psicólogas têm contribuições importantes para as equipes multiprofissionais de saúde, qualificando o entendimento dos problemas – individuais e coletivos – da população e, assim, tornando mais efetivas as respostas a eles. Ao atuar com elementos subjetivos, psicólogas e psicólogos contribuem com o entendimento da relação saúde-doença. ...identificam como ideias, crenças, sentimentos e pensamentos são parte dos processos de prevenção e tratamento que precisam ser trabalhados nas Políticas de Saúde. Atuam também na humanização do atendimento e na qualificação da relação entre equipes, os usuários da saúde ou as comunidades inseridas em cada território” (CFP, 2011-a, p. 07).

Destaca-se portanto como de grande importância a reflexão acerca dos acontecimentos, fomentando uma crítica geradora da busca de direitos fundamentais dos indivíduos, e embasando um pensamento mais democrático que permita aproximar o indivíduo de uma postura cidadã, na concretização efetiva dos princípios norteadores do SUS (como a universalização, equidade, integralidade).

Nessa Cartilha (CFP, 2011-a), há também a descrição de um processo de garantia dos direitos humano, por meio da compreensão mais apurada dos fenômenos sociais, partindo da capacidade de percepção (do olhar do psicólogo) aos aspectos subjetivos envolvidos no processo. Favorecendo-se, assim, maior acesso a atenção, promoção e prevenção em saúde, produzindo uma maior inquietação reflexiva por parte dos “pivôs” desta atuação (equipe, usuário, familiar, ...).

“Ao lançar seus raios de ação sobre a população excluída, a psicologia avança significativamente rumo ao seu desígnio mais nobre, que é, justamente, o de ser um instrumento colocado ao alcance das pessoas para que elas alcancem sua plenitude de vida.

...Dessa maneira, o leque de possibilidades de intervenção psicológica atinge todos os segmentos da população, e não apenas aquelas pessoas que possuem condições economicamente privilegiadas” (CAMON, 2004, p. 22/23).

Desta forma, distanciando-se de uma visão alienada dos objetivos da prática profissional, na qual o ambiente não faz parte do processo saúde-doença, e aproximando de ações articuladas à qualidade de vida e sua melhoria e não apenas focada na doença.

1. 4. 2. Saúde Mental

“No Brasil, em 1997, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução CNS nº. 218 (CNS, 1997), reconhece a Psicologia como uma profissão de saúde de nível superior. Atualmente, existe em torno de oitenta atos normativos (anexo2) que tornam obrigatória a presença do psicólogo nos serviços de saúde pública e privada para preenchimento dos requisitos legais, obtenção de credenciamento e recebimento de verbas pertinentes e 46,1% dos profissionais atuam nas instituições de saúde públicas ou privadas” (BASTOS *et al.*, 2010 apud BRUSCATO, 2012, p. 23).

Sabemos que das dez doenças que atualmente mais provocam incapacitação na sociedade, ao menos cinco encontram-se primariamente atreladas ao campo da saúde mental, assinalando para a necessidade urgente de políticas de saúde particularmente direcionadas a esse tema. Segundo estudos epidemiológicos, temos milhões de pessoas acometidas por algum tipo de doenças mental (no mundo), estando este número sofrendo um aumento progressivo, com foco nos países em desenvolvimento. Diagnósticos atribuídos a questões de ordem mental, como a Depressão, a Ansiedade e Transtornos Relacionados ao Álcool (e outras drogas), já são os mais frequentes no conjunto de todas as consultas médicas, em todo o mundo, somando 34% dos pacientes (MARAGNO *et al.*, 2006).

“De acordo com um estudo que reuniu dados epidemiológicos de 24 países, na Região Metropolitana de São Paulo, 45% dos habitantes apresentaram pelo menos um diagnóstico de transtorno mental ao longo da vida, 26% no ano anterior à pesquisa e 22,2% no último mês” (ANDRADE *et al.*, 2012).

Em 06/04/2001, foi promulgada no Brasil a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, propondo mudanças de redirecionamento no modelo assistencial. Abarca de forma legal – como estatuto – a saúde mental (das crianças, adolescentes, jovens e idosos). Entretanto, muito ainda vem sendo discutido a respeito de sua efetivação (CFP, 2010-a).

“Os estudos epidemiológicos indicam que 25% das pessoas da América Latina e Caribe sofrem, ou sofrerão ao longo da vida, de um ou mais transtornos mentais ou comportamentais, o que põe em destaque o tema da atenção à saúde mental (KOHN *et al.*, 2005; RODRIGUE Z *et al.*, 2009). Prova disso é que, em outubro de 2009, o 49º Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana de Saúde aprovou a “Estratégia e Plano de Ação em Saúde Mental”, documento que pede que todos os países nas Américas adotem, urgentemente, um modelo de atenção à saúde mental

que elimine o antigo modelo centrado em hospitais psiquiátricos (PAHO, 2009). Esse novo modelo deve ser universal, igualitário, integrado e orientado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), sob os eixos da continuidade e da integralidade. Deve também envolver a comunidade e as associações de usuários e familiares, proteger os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais e permitir ações intersetoriais (PAHO, 2009)” (VANNUCCHI; CARNEIRO-JUNIOR, 2012, p.964).

Segundo Gonçalves (apud ANTUNES 1999, In: CFP, 2011-a, p.09), “A presença da Psicologia brasileira nas instituições sociais ocorreu inicialmente no Século XIX, no interior da medicina, junto à psiquiatria”, subsumida à medicina, partilhando uma lógica “patologizante”, ocupando um papel secundário. Vindo a modificar-se com a obtenção do exercício de outras vertentes como a Psicologia Comunitária, interessada nas mudanças sociais, visando uma redemocratização, opondo-se a lógicas autoritárias e políticas assistencialistas. Descrevendo posteriormente a profissão como constituinte da construção do processo da reforma sanitária, visando alcançar políticas – que concretizem a reforma da psiquiatria antimanicomial (CFP, 2011-a).

“... A partir da reforma psiquiátrica, a reordenação da assistência, a partir das diretrizes antimanicomiais, fez com que as ações referentes à saúde mental fossem reformuladas, tendo como foco a atenção integral ao sujeito com sofrimento psíquico, a reorganizações dos serviços e das ações, a criação de novos dispositivos de atenção, que exigiram dos profissionais uma redefinição de funções, além da implementação de novas práticas, Isto trouxe mudanças na Psicologia e Saúde Mental, que abriu novas perspectivas de atuação e introduziu transformações qualitativas na prática, que por sua vez, solicitou novas construções teóricas” (BRUSCATO, 20012, p. 32).

Em nosso contexto histórico, mediante as estruturas históricas de nosso país, a noção de saúde mental, veio - ao longo do tempo - sendo desenhada conforme as muitas variações sucedidas. Provocando mudanças quanto ao seu sentido e a seus preceitos de procedimento, quando de sua concretização e sua integração (relação e coerência) no contexto SUS (Brasil, 2007).

A psicologia vem caminhando a “largos passos” para a consolidação do tratamento dos transtornos psiquiátricos a “portas abertas”. Compreendendo que a loucura é um fato social, não havendo senão malefícios em trancafiá-los em unidades manicomiais. Esta proposta parte da comprovação prática de que o convívio social, familiar e o tratamento (acompanhado pelo Estado, por meio de uma

ampla rede de atenção) permitem a possibilidade de reinserção social e busca de maior qualidade de vida (CFP, 2011-b).

“Em 30 de setembro de 2009 cerca de 2300 pessoas marcharam em Brasília por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Processo de transformação da política de assistência em saúde mental iniciado há cerca de 20 anos, a partir fundamentalmente da mobilização e da construção de um movimento social que apontava a necessidade e a possibilidade de uma sociedade sem manicômios, a Reforma Psiquiátrica consolidou desafios e requer avanços. Na ocasião da Marcha, coletivos de usuários, familiares e trabalhadores organizaram-se para exigir esses avanços, na direção de uma assistência efetivamente antimanicomial.

... Passados oito anos da III Conferência e passados oito anos de aprovação da Lei 10216/01, era evidente a necessidade de colocar em análise a política de saúde mental empreendida e de democraticamente colocar a sociedade no lugar de avaliação e proposição, com todos os embates que possam e devem aparecer nesse processo” (CFP, 2010-a, p.13-14).

1. 4. 2. 1. O peso da Reforma

“O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde” (BRASIL, 2005, p. 06).

Temos, então, a Reforma Psiquiátrica como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças sociais de diferentes origens, ocorrendo em territórios diversos, nas mais variadas instâncias (federal, estadual e municipal). Ocupando seu espaço junto à formação (nas universidades), no trabalho (mercado dos serviços de saúde), nos conselhos profissionais, nas associações (de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares), nos movimentos sociais, e nos territórios, partindo do sonho e desejo social, impresso na vida pública. Envolvida como um conjunto de alterações de práticas, saberes,

valores culturais e sociais. Vivenciada a partir do cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais. Avançando, em um território marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Como citado por Benevides (2005), é interessante observar que:

“... o SUS nasce com movimento, conhecido como Reforma Sanitária, aliado a outros movimentos sociais, na luta contra a ditadura militar e em prol da democracia, da garantia dos direitos do homem. Estávamos nos anos 1970/ 80, onde também se organizava em nível internacional a grande onda neoliberal. O SUS foi, sem dúvida, durante estes anos, o movimento que se firmou como resistência à privatização da saúde. Resistir à privatização, da saúde, da vida é tarefa para muitos, é tarefa para todos nós. Cabe a nós, psicólogos, decidir com que movimento nos aliamos, quais movimentos inventamos, quais intercessões fazemos entre a Psicologia e o SUS, entre a Psicologia e as políticas públicas” (BENEVIDES, 2005, p. 24).

Benevides (2005) destaca ainda, alguns pontos como grandes contribuições ao SUS, advindos do processo de reforma, como: os eixos da universalidade, equidade e integralidade. Como pilares à construção das redes, das efetivações de dispositivos de “co-gestão”, da transversalidade; fomentando investimento em projetos, que possam proporcionar caminhos para a democracia e participação institucional.

Visando outro modo de construir políticas públicas. Carecíamos ousar constituir no interior da máquina do Estado, “políticas de produção de autonomia e emancipação social”. Redimensionando as políticas de saúde “de tal forma a criar espaços de gestação, difusão e contaminação de novas alternativas societárias e civilizatórias” (BENEVIDES, 2005, p. 24).

Junto as mudanças no pensamento social, foram implantadas novas leis que buscavam consolidar parcerias e efetivar a nova visão do sujeito.

“O Decreto 7.508/2011 regulamenta a Lei 8.080/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o Decreto, o oferecimento de serviços de Atenção Psicossocial será condição obrigatória para a constituição de uma Região de Saúde.

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial, por meio do Decreto 7508/11, foi considerada um avanço para o campo da saúde, mas é necessário refletir sobre o termo “psicossocial”, a fim de demarcar algumas possibilidades e pensar sobre os problemas da ação psicossocial no campo da saúde...

... A problematização da integralidade deve ser a orientação para a compreensão do psicossocial. Mesmo em espaços designados como de saúde e encaminhados sob a égide da interdisciplinaridade, ocorre de as pessoas que os fazem funcionar conduzirem o trabalho pela perspectiva da

biomedicina. Sob a afirmação do que seja psicossocial, o assistente social faz reunião com a família, o psicólogo faz atendimento individual para acessar a subjetividade, o enfermeiro faz cuidados paliativos e o médico prescreve medicamentos. Esse é um exemplo de atenção psicossocial de somatório de disciplinas, que, efetivamente, não considera as pessoas em sua totalidade. Parte-se do pressuposto de ser **equivocado um serviço de saúde fundamentado em uma divisão da pessoa para o qual se destina**, contrariando os discursos de integralidade como princípio da assistência” (CFP, 2011-b, p. 07 e 10).

1. 4. 2. 2. A necessidade de Apropriação Profissional.

“... Eu sei que a gente se acostuma. Mas não devia. A gente se acostuma a morar em apartamentos de fundos e a não ter outra vista que não as janelas ao redor. E porque não tem vista, logo se acostuma a não olhar para fora. E porque não olha para fora, logo se acostuma a não abrir de todo as cortinas. E porque não abre as cortinas, logo se acostuma a acender cedo a luz. E à medida que se acostuma, esquece o sol, esquece o ar, esquece a amplitude” (COLASANTI, 1996, p. 09).

Nesse mesmo texto, através deste belo poema, Dimenstain (2006), apresenta como “missão em saúde pública” a possibilidade de atuarmos no cotidiano como verdadeiros aprendizes, ávidos por saberes que possam ampliar nossas redes de conhecimento, permitindo a mudança do cotidiano, por meio da visão de novas possibilidades; objetivando – primordial – o distanciamento da calcificação (perda de sentido) em nosso trabalho (DIMENSTAIN, 2006).

Muitas são as críticas advindas da conceituação de saúde definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na qual a saúde está como “o mais completo estado de bem estar biopsicossocial”. Gerando muitas dúvidas das atribuições (corpo x mente), do cuidado à “biologização” do homem, na compreensão apenas de sua fisiologia, em detrimento das emoções e do social (CFP, 2011-a, p. 09).

Precisamos estar atentos aos chamados sociais, pois historicamente a Psicologia esteve permeada de ações individuais e solitárias. Porém junto com a história, nosso papel também mudou, permitindo funcionar de forma “multi” e admitindo a população imbricada em suas mais variadas configurações.

“Trata-se, portanto, de poder olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas. Nesse sentido, há destaque para o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana, em qualquer prática de

saúde, perspectiva que se afasta daquela orientada por uma concepção biologizante e mecanizada da vida” (DIMENSTAIN, 2006, p. 11).

Nas considerações de Marcos Vinícius, ao Jornal do Conselho Federal à matéria “Muito a comemorar, muito mais a fazer” (CFP, 2012-a), representante do Conselho Federal de Psicologia (CFP) no Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), faz-se necessário, na obtenção de uma postura de desvelar a real condição da sociedade brasileira, o resgate do prejuízo subjetivo constituído por uma sociedade escravocrata, onde uns se impunham sobre os outros (já que nem todos eram considerados seres humanos, mas sim propriedades). Acarretando que nem todas as necessidades se faziam necessárias de comprometimento.

Nosso imaginário ainda acompanha a “posse”, em uma sociedade capitalista com enorme desigualdade social, onde “quem pode mais, chora menos”. Desencadeando uma visão de pouca potência, dificultando a busca pelos direitos e aumentando o abismo entre a sociedade e o acesso às Políticas Públicas de Saúde.

“Fazer política pública – e o SUS é fundamentalmente política pública, porque de qualquer um -, é tomar esta dimensão da experiência coletiva como aquela geradora dos processos singulares. Neste sentido, pensar a interface da Psicologia com o SUS se dará exatamente por este ponto conector: os processos de subjetivação se dão num plano coletivo, plano de multiplicidades, plano público. O SUS, enquanto conquista do povo brasileiro, da humanidade, se faz como política pública de saúde” (BENEVIDES, 2005, p. 23).

Reitera Marcus Vinicius, à matéria do Jornal (CFP, 2012-a, p. 07), “Precisamos ajudar a agregar o mesmo valor e potencialidade a todas as pessoas em uma perspectiva igualitária e democrática”, propondo posteriormente que: “Devemos reconhecer o nosso papel político, não apenas nos encantar demais com a demanda e a aceitação crescente da Psicologia como uma disciplina técnica e científica”.

“O território aparece tal como algo mais do que um espaço no mapa, um lugar. Como ressaltou Milton Santos, a globalização faz também redescobrir a corporeidade. O mundo da fluidez, o vértice da velocidade, a frequência dos deslocamentos e a banalidade do movimento e das alusões a lugares e coisas distantes, revelam, por contrastes, no ser humano, o corpo como uma certeza materialmente sensível, ante um universo difícil de aprender; ainda a dor moral dói no corpo, terá isto alguma relação com o aumento das prevalências das enfermidades psicossomáticas? da diminuição da faixa etária dos infartados? (CAMPOS, 2012, p. 28).

Percebemos a necessidade da transformação do indivíduo em sujeito

histórico, por meio de uma visão cidadã, para obtenção de seus direitos. Reconhecido como um “ser” e estimulado para tal realização, na efetivação de seu papel político – advindo também de nossas ações.

Com essa lente profissional, a Psicologia, estaremos no decorrer deste trabalho buscando trilhar caminhos que apontem respostas para as hipóteses que nortearam a pesquisa (objetivos) – diante de um tema instigante e pouco explorado. Para tal, prosseguiremos (no próximo capítulo) apresentando o “palco” (contexto) no qual esse processo se desenvolveu, bem como sua especificidade.

CAPÍTULO 2

SANTOS E SUAS ESPECIFICIDADES

O presente capítulo propõe a contextualização do município de Santos e do perfil dos serviços de Saúde Mental ofertado pela rede pública de Saúde (SUS), proporcionando uma visão abrangente que favoreça a compreensão dos objetivos norteadores da pesquisa, permitindo uma melhor aproximação da temática abordada, a partir da história da aplicação prática desta realidade.

2. 1. A CIDADE

Antes de adentrarmos no tema do presente trabalho, faz-se necessário uma aproximação do local no qual nossa pesquisa transcorre, ou seja, a cidade de Santos.

Santos, litoral do estado de São Paulo, é conhecida por ser o maior Complexo Portuário da América Latina (datado do início do séc. XX), pelo maior Jardim à Beira Mar do mundo (com sete km na extensão de sua orla), pela construção do Primeiro Shopping do Brasil (Super Centro Boqueirão), por seu vocabulário próprio (ao chamar o pão francês de média e empregar a 2ª pessoa do singular – “Tu” – sem conjugar o verbo, ex. Tu vai?), e principalmente, por sua marca histórica e política.

De acordo com dados extraídos do site da Prefeitura⁵ e do Censo (IBGE, 2010), Santos conta com uma extensão total de 280,674 km², dividindo-se em dois espaços: sendo uma menor porção como ilha e uma maior porção como continente. Posta como polo central da região da Baixada Santista, que abrange ainda os municípios de: Cubatão, São Vicente, Guarujá, Praia Grande, Bertioga, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe.

⁵ PREFEITURA DE SANTOS. **Sobre Santos.** Disponível em: <http://www.turismosantos.com.br/ptb/sobre-santos>. Acesso em: 09/11/2012.

A cidade possui uma classificação de histórica, devido ao início de seu povoamento por volta de 1540, e sua fundação logo após, em 26 de janeiro de 1546. Os traçados de sua história estão claramente expressos nas suas edificações que trazem casarões, monumentos, museus e igrejas (coloniais, barrocas, neogóticas...) que remontam aos vários períodos marcados através dos tempos neste território.

Lembrada por sua trajetória de riqueza por meio dos “barões do café” (Bolsa do Café - 1922), pode-se afirmar que Santos teve seu nascimento relacionado ao advento dos primeiros colonizadores portugueses ao Brasil – expedição de Martin Afonso – que visavam a divisão das terras ao redor da ilha de São Vicente (primeira cidade brasileira). Apontando entre estes fidalgos, Brás Cubas, conhecido oficialmente como fundador da cidade (VIVA SANTOS, 2012 - a).

Após este primeiro momento, e com a instalação dos portos, outros colonizadores iniciaram sua chegada, provenientes de distintas partes do mundo. Eram os imigrantes (europeus e africanos), que atracavam trazendo em suas bagagens: sofrimento, sonhos e cultura, e que assim participaram da construção da identidade do povo local.

Segundo o Censo (IBGE, 2010), a cidade possuía uma população de 419.400 habitantes (sendo pequena parcela residente na área rural).

Alcançando a posição de 10^a em tamanho populacional no estado de São Paulo, apresenta-se como densamente povoada: com características urbanas e voltada à verticalização (densidade demográfica de 1.488 hab./km²); tendo em sua geografia uma altitude de dois metros; apresenta um clima tropical (com Média Anual de 25° C); articulando-se por meio de atividades econômicas com foco junto ao Porto, comércio, turismo e pesca (projetando-se para uma futura extração do pré-sal). Estando a 79 km (aproximadamente uma hora e nove minutos - de carro) da capital São Paulo e a 507 km (aproximadamente seis horas e dezoito minutos - de carro) do Rio de Janeiro (VIVA SANTOS, 2012 – b/c).

Litorânea e turística, estima-se que a população flutuante em períodos de temporada, férias e feriados prolongados, chegue a 1,5 milhão de pessoas.

Esta é Santos, cidade que foi apontada em 1998 (pela Organização das Nações Unidas - ONU) como a 1^a no estado de São Paulo, em qualidade de

vida (e a terceira no Brasil); mas também é o retrato de um país desigual e repleto de “nuanças cinza em meio a suas belas cores”, na qual também são observadas favelas, cortiços e palafitas, opostas à orla, mas pares de um mesmo território.

2. 2. SUS EM SANTOS

Advindo de um histórico de pioneirismo nas reformas na área da saúde, a cidade de Santos foi palco de muitas mudanças, tendo em seus reflexos um alcance de repercussão nacional e internacional, permitindo a construção de novos parâmetros e transições em busca de melhores resultados.

“Não basta dizer que cumprimos a lei, válida para o Brasil inteiro, mas é importante refletir sobre os fundamentos desse esforço que nos levou à condição de ser uma cidade-modelo para tantos prefeitos, administradores públicos e estudiosos que vêm conhecer o que vem sendo feito aqui” (COSTA FILHO, 1997, p. 21).

Na frase acima David Capistrano, na época Secretário de Higiene e Saúde de Santos, descreve com maestria o quão forte e evidenciado foi o processo de instalação do SUS no município, e complementa:

“O ponto de partida era o texto da Constituição brasileira, que acabava de ser aprovado, e viria a ser regulamentado no ano seguinte, pelas Leis 8.080 e 8.142, que definem a organização do SUS e suas formas de controle pela sociedade” (COSTA FILHO, 1997, p. 21).

O pré – SUS (Sistema Único de Saúde) se é que possamos assim nomear este período, contou com um contexto de tensões pós era militar (Golpe de 64), onde os direitos individuais e políticos do país estavam cerceados, resultando em uma democracia adormecida que viria a dar sinais de autonomia (ainda que a passos largos) somente aos fins da década de 70, exigindo extremo interesse e desgaste de grandes atores sociais, que viam no coletivo popular a possibilidade de mudança.

Em âmbito nacional, surge a Constituição de 1988, ou “Constituição Cidadã”, recebida como consagração de um caminho de conflitos na busca de mudanças no sistema de saúde, iniciado na década de 70, que alcançaria

repercussão por meio da Assembleia Constituinte e da consolidação legal por meio da elaboração de cinco artigos sobre saúde.

Já em Santos os traços de autonomia governamental viriam tardiamente, pois práticas como nomeações, e não somente eleições, a prefeito, ainda eram comuns; retratando o contexto político da cidade, haja vista o período de 1972 a 1984 (em “tempos de nomeações”), tendendo talvez ao controle “libertário” do que Souza (2010, p.15) vai chamar de “... mito do Porto Vermelho” - ao falar sobre a luta dos trabalhadores portuários, angariando forças (no então Partido Trabalhista Brasileiro – PTB) junto ao sindicato – que geraria a tentativa de um maior controle por parte do governo.

Porém, em 1988 teríamos uma eleição que se tornaria um marco histórico para a cidade. Com a vitória de um partido de “esquerda” (Partido dos Trabalhadores – PT), propondo mudanças das ações políticas e públicas, com enfoque popular, abarcaria como bandeira a temática da saúde – tendo assim, o início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

“A implantação do SUS em Santos teve início no ano de 1989, quando assumiu o governo local a primeira gestão democrático-popular no município. A Constituição havia sido promulgada há menos de três meses, as leis que iriam detalhar o funcionamento do Sistema de Saúde ainda não haviam sido sancionadas e havia ampla discussão sobre o seu conteúdo entre as forças progressistas interessadas na implementação do SUS” (PIMENTA, 1997, p. 29).

Em 1989, a cidade tinha à sua frente a Prefeita Telma de Souza, contando com o Dr. David Capistrano da Costa Filho como um dos membros de sua equipe (Secretário de Higiene e Saúde), que viria posteriormente a prosseguir com o governo, proposto por meio de um segundo mandato “petista”, sob sua direção.

“... A cidade de Santos, no litoral paulista, consiste em instigante objeto de estudo sobre o sucesso ou o fracasso da condução de uma política local de saúde, diante do embate das forças políticas locais e do fortalecimento dessa questão na agenda política mais ampla. No ano de 1988, Santos elegeu como prefeita a então deputada federal Telma de Souza, através do Partido dos Trabalhadores (PT). A experiência de Santos na condução da política de saúde foi considerada um grande êxito, o que pode ser confirmado através do grande número de iniciativas premiadas por organismos internacionais, na área de prevenção e tratamento de Aids, assim como na saúde mental, por exemplo, e também pelo fato de Telma ter conseguido fazer o seu sucessor, David Capistrano, secretário municipal de saúde, que foi eleito em 1992” (BARRETO JUNIOR, 2005, p.02).

Com a Constituição de 1988, vieram as proposta e diretrizes do SUS, que preconizavam, dentre outras, a descentralização, permitindo ao município maior autonomia em sua administração.

Todavia o que inicialmente parecia uma grande oportunidade, logo se apresentou como grande desafio, já que a cidade não dispunha de serviços organizados, apresentando intensa carência na área da saúde, dispondo apenas de um hospital municipal (no até então distrito de Bertioga – cidade emancipada tempos depois) e muito atraso, já que Santos não partilhou de ações como: AIS – Ações Integradas de Saúde e o SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde, vivenciadas por diversos municípios de São Paulo, nos governos estaduais de Franco Montoro e Orestes Quércia, com a oportunidade da administrar os estabelecimentos estaduais - algo literalmente “negado” a Santos (SOUZA, 2010).

Contando com uma rede “ultrapassada”, com poucos recursos (estruturas físicas e humanas), iniciou-se a mudança nas políticas de saúde em Santos, período de grandes desafios como apresenta Souza (2010, p. 22) ao afirmar que “... Apesar do esforço desenvolvido..., o atraso nos repasses e a redução gradativa de seus valores levaram o município a arcar com até 70% dos gastos no setor (Saúde) em 1990”, denotando seu atraso estrutural.

“Com a vitória de Capistrano, a expectativa foi de fortalecimento da questão da saúde na agenda da administração santista, o que acabou acontecendo, assim como a continuidade dos prêmios e do reconhecimento público do sucesso da administração local da Saúde. Apesar disso, houve o rompimento político entre o prefeito e sua antecessora e, em 1996, foi eleito para a prefeitura o radialista Beto Mansur, através do Partido Progressista Brasileiro (PPB), partido que, na metade da década de 90, situava-se em campos político e ideológico diametralmente oposto ao do PT” (BARRETO JUNIOR, 2005, p.02).

2. 3. SAÚDE MENTAL E SUS (Conferências e Políticas)

A Saúde Mental no Brasil possui uma história própria, destacando-se dos demais setores da saúde por características de mobilização, efetivação e árduas conquistas; ultrapassando diariamente as barreiras do pré-conceito e buscando apresentar ao mundo (e também aprender com ele) formas de tratar para além dos

muros da instituição, propondo parcerias e vislumbrando na sociedade as muitas possibilidades de melhora.

Entretanto as mudanças efetivam-se somente através de conquistas legais, que possam atribuir deveres e angariar direitos; objetivando transformar “sonhos” em “ações reais”.

Desta forma, muitos foram os atores sociais participantes da construção atual; caminhos, sem os quais, não poderíamos estar descrevendo Saúde Mental e SUS em uma mesma frase.

2. 3. 1. Os processos constituintes desta construção

Para que possamos compreender melhor esse processo, faz-se necessário contextualizar os momentos dessa trajetória, ou seja, seus logradouros de origem; em uma construção histórica e global, dos principais tópicos.

De início, há que se pontuar a problematização da assistência psiquiátrica tradicional, por diversos movimentos desenvolvidos em alguns países europeus e nos Estados Unidos, e que segundo Nicácio (2003, p.35) “produziram significativas mudanças nos saberes, nas práticas e nas políticas desse campo”. Destacando-se:

“... a proposição de comunidade terapêutica na Inglaterra, o projeto de psicoterapia institucional e psiquiatria de setor na França, a psiquiatria preventivo comunitária nos Estados Unidos e, posteriormente, a antipsiquiatria inglesa e a desinstitucionalização italiana” (NICÁCIO, 2003, p.35).

Para a mesma autora, no panorama nacional convencionou-se denominar de reforma psiquiátrica a trajetória iniciada no final da década de 1970, podendo esta ser compreendida como:

“... processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação crítica do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE et al., 1998, p. 87).

Nesse período, situado no singular da sociedade brasileira, estava o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que se configurava junto a

diversos movimentos, integrando o processo de redemocratização, propagado em múltiplas dimensões.

“Para LUZ (1991), existia uma significativa insatisfação popular em relação à “política de saúde da ditadura” e os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, de tal modo que, entre o final dos anos 70 e início dos anos 80, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação centrada na questão da saúde e da política de saúde” (LUZ, 1991, apud NICÁCIO, 2003, p. 36).

Com a emergência dos movimentos sociais populares houve uma nova organização de ações à política tradicional, com ela a “entrada de novos personagens em cena”, permitindo através da prática cotidiana, a produção de um novo discurso, pautado no cotidiano, visando novas relações com os espaços públicos, diferentes lugares políticos e a criação de direitos (SADER, 1988).

Nicácio (2003, p.36), em análise, compreende que essas práticas “marcaram profundamente o processo de reforma psiquiátrica no Brasil”, com intensa participação popular (de usuários, familiares e trabalhadores), e permeadas de questões (garantia de direitos, presença da experiência cotidiana e os novos atores sociais) centrais, e que perpassam os seus diferentes momentos.

“A trajetória inicial, denominada “alternativa”, foi especialmente marcada pela conjuntura de democratização do país e de afirmação de direitos humanos universais. No campo da atenção psiquiátrica, os movimentos daquele período foram influenciados, também, pelas transformações da psiquiatria desenvolvidas nos Estados Unidos, França, Inglaterra e Itália, e pelos movimentos na área da saúde” (NICÁCIO, 2003, p.37).

Amarante (1998) descreve o despontar de diversas manifestações no cenário nacional, destacando o MTSM – que a partir de novas configurações, nos anos posteriores – emergiu como principal ator e sujeito político da reforma psiquiátrica. Retrata, ainda, o seu papel assumido na produção do debate público (sobre a questão psiquiátrica), denunciando as condições desumanas de vida no interior dos manicômios (a cronificação, reclusão e discriminação - sofridas pelos doentes mentais), bem como as péssimas condições de trabalho dos profissionais e o monopólio da assistência psiquiátrica por parte da Previdência Social.

“A violência das instituições psiquiátricas foi apresentada à sociedade civil: cenas impressionantes dos grandes manicômios do Brasil, como o Juqueri, no Estado de São Paulo, a Colônia Juliano Moreira, no Estado do Rio de

Janeiro, e o Hospital de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, foram veiculadas pelos meios de comunicação” (NICÁCIO, 2003, p. 37/38).

Iniciava-se, então, um momento de reflexão e de questionamentos sobre os saberes e as práticas psiquiátricas, que redundou na construção do pensamento crítico, embasado, fundamentalmente, nas obras de Foucault, Goffman, Castel e Basaglia (NICÁCIO, 2003).

“Em 1978, a presença de alguns desses autores no Rio de Janeiro propiciou o intercâmbio com a Rede de Alternativas à Psiquiatria, movimento internacional de crítica às instituições psiquiátricas fundado em 1975 em Bruxelas” (CASTEL e EL KAIM, 1980, apud NICÁCIO, 2003, p. 38).

A autora descreve que em 1979, quando da visita de Franco Basaglia ao país, configurou-se um dos momentos mais significativos desse processo – permitindo eventos, debates e conferências (abertas ao público), realizados nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais; sendo esta, organizada pela Associação Mineira de Psiquiatria, pelo Instituto de Psiquiatria Social de Diadema e pela Sociedade de Psicodrama de São Paulo. Derivou da visita, ainda, a realização do primeiro livro de Basaglia publicado no Brasil, que traria as principais conferências vivenciadas, reunidas no título “Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática” (BASAGLIA, F., 1979a, apud, NICÁCIO, 2003, p.38).

“No Estado de São Paulo, as diretrizes da política de saúde mental implementada no período de 1982 a 1986 enfatizavam a construção da rede extra-hospitalar de atenção em saúde mental como uma alternativa ao modelo asilar. Com essa orientação, priorizavam a criação de serviços extra-hospitalares, a ação em equipes multiprofissionais e, em particular, a ampliação e o redimensionamento dos ambulatórios de saúde mental” (SÃO PAULO, 1983, apud NICÁCIO, 2003, p. 39).

Como marco deste período, temos em 1986 a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, angariando a participação de mais de cinco mil pessoas de todos os segmentos, permitindo a elaboração de um novo conceito de saúde (como direito de todos e dever do Estado), e marcando a necessidade (cada vez mais crescente) da criação de um Sistema Único de Saúde (HEIDRICH, 2007).

Em 1987, foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), produzindo o seguimento da reforma no setor de saúde no Brasil. Tendo como objetivo, em sua implementação, a contribuição à consolidação e

desenvolvimento das AIS (Ações Integradas de Saúde – originárias de um programa de atenção datado de 1983) (HEIDRICH, 2007).

No mesmo ano, segundo Nicácio (2003, p.40),

“... após um conjunto de embates, foi convocada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, estruturada em três temas básicos: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e doença mental; reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988)”.

Em 1988, a Constituição Federal instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que viria a ser normatizado apenas em 1990. Para o movimento sanitário, o SUS marca sua vitória, estabelecendo as normas para a garantia do atendimento à saúde a toda população brasileira (desvinculando a atenção à saúde da Previdência Social) e concretizando-a como um direito do cidadão (todo cidadão, e não apenas aquele que contribuía para o sistema) e dever do Estado. A ocorrência da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) organizará “o terreno no qual foi plantada e brotou a reforma psiquiátrica no Brasil” (HEIDRICH, 2007, p. 97).

Para Lima e Correia (2012),

“É somente na Constituição Federal de 1988 que estão presentes as potencialidades dos direitos fundamentais para a promoção da dignidade das pessoas em sofrimento mental. Tal Constituição Federal estabelece que o Brasil constitui-se um Estado democrático de direito e tem como um dos seus fundamentos a dignidade da pessoa humana. No seu Art. 5º, elenca diversos direitos fundamentais, salientando que todos são iguais e garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país o direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança. Ademais, no seu Art. 3º, a Constituição relaciona como objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: “a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; reduzir as desigualdades sociais; e promover o bem de todos, sem preconceitos”. E no seu Art. 6º, expressa os direitos sociais formalmente reconhecidos pelo Estado brasileiro. Nesse sentido, todos os direitos nela previstos devem ser garantidos às pessoas em sofrimento mental” (LIMA; CORREIA, 2012, p.150/151).

No ano de 1989, em consonância com as mudanças advindas, foi possível observar que vários profissionais, participantes do Movimento, assumiram as coordenações municipais em programas de saúde mental. Envolvidos com os princípios do SUS, estes profissionais visavam a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais, marcado com a efetivação de um modelo de atenção em saúde mental substitutivo ao modelo asilar (NICÁCIO, 2003).

Nicácio (2003) aponta, dentre as diversas experiências no âmbito nacional, algumas referentes ao Estado de São Paulo, destacando: o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira da Secretaria de Estado da Saúde, o Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta pela Prefeitura Municipal de Santos.

No âmbito legislativo, foi apresentado - em setembro de 1989 - o Projeto de Lei no 3657/89 de autoria do Deputado Paulo Delgado que proclamava, em primeira instância, a necessidade de transformar a regulamentação da assistência psiquiátrica (até então, legislada pelo Decreto n. 24559, de 03 de julho de 1934) (BRASIL, 1934). Este Projeto visa mudanças significativas ao dispor sobre temáticas de: extinção progressiva dos manicômios, sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamentação da internação psiquiátrica compulsória; sendo este, aprovado na Câmara dos Deputados em dezembro de 1990 (BRASIL, 1989).

“No âmbito latino-americano, alguns gestores de políticas públicas participaram da “Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica”, realizada em 1990, promovida pela OPAS (OPAS, 1992). As resoluções desse evento, conhecidas como “Declaração de Caracas”, legitimaram os processos de reforma psiquiátrica em curso, bem como impulsionaram sua estruturação. Dentre as recomendações de Caracas, amplamente difundidas nos anos posteriores, destacam-se:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário de Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário” (OPAS, 1992, p. xvi, apud, NICÁCIO, 2003, p. 47).

Em 2000, o Ministério da Saúde anunciou a Portaria GM 106/00, que constituía a concepção dos serviços residenciais terapêuticos no âmbito do SUS. Sendo através desta Portaria permitida a deliberação de serviços como: moradias ou casas (62), preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica de longa permanência,

que não possuam suporte social e laços familiares, e que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000).

Outro importante marco foi a sanção, pelo Presidente da República (BRASIL, 2002b) em 6 de abril de 2001, da Lei n. 10.216 (Anexo A), conhecida como lei da reforma psiquiátrica, trilhando o caminho das novas mudanças e possibilidades a serem alcançadas.

No ano de 2002, em fevereiro, temos a publicação da Portaria GM 336/02 (Anexo B), que viria programar e normatizar as formas de atenção às pessoas com transtornos mentais, a saber: três modalidades dos serviços de atenção psicossocial para o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes; a criação desses serviços para pessoas com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas; e para atendimentos a crianças e adolescentes (BRASIL, 2002c, apud, NICÁCIO, 2003).

“No campo da saúde, a implementação do SUS e as significativas transformações estruturais daquele período conformaram um novo quadro na atenção à saúde e propiciaram a implementação de uma nova política de saúde mental. O diagnóstico inicial destacava também como fatores facilitadores desse processo: o consenso dos conselhos profissionais e entidades de classe em relação ao Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental, a objetividade e representatividade técnica e política da “Declaração de Caracas” e

a existência de experiências exitosas, que era a situação de Santos e a experiência do CAPS de São Paulo, ou seja, não eram mais experiências piloto, com duração de um ano. Eram experiências não centradas no hospital como lugar de atendimento à crise, e a situação de intervenção em Santos mostrava, para diversos municípios, quais as possibilidades reais de acontecer um processo de mudança” (ALVES, 1999, apud NICÁCIO, 2003, p.50).

Segundo Nicácio (2003), a proposição para o modelo de atenção à saúde mental seria constituída de uma rede composta: por serviços de emergência e enfermarias psiquiátricas em hospital geral, hospital-dia, atenção nas unidades básicas de saúde, centros de convivência, cooperativas e lares abrigados; respeitando como premissa, uma lógica territorializada, de acordo com o programa municipal, na sua implantação (“em cada região de saúde, nesse conjunto múltiplo e diversificado de serviços hierarquizados”) (NICÁCIO, 2003, p.50). Ações estas engendradas na possibilidade de “prescindir do atendimento e das internações nos

hospitais psiquiátricos especializados, que deveriam ser desativados” (NICÁCIO, 2003, p.51).

O Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil, que tem origem no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, foi outro movimento que culminou neste período, tendo como bandeira a promoção da luta pela reforma psiquiátrica. Este movimento trouxe novas perspectivas para a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental, apresentando-se como uma unidade da trajetória cívica na busca para superar a exclusão, incorporando a participação efetiva das pessoas em sofrimento, juntamente com os seus familiares (LIMA; CORREIA, 2012).

Essa parceria permitiu uma ação transformadora, fazendo com que o paciente saísse da condição de objeto de intervenção psiquiátrica e passasse à condição de sujeito político, “de usuário-objeto da atenção, a usuário-ator”, apresentando uma grandeza fundamental para a transformação das práticas voltadas “não só à atenção e ao cuidado à saúde, mas aos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais: a sua condição de sujeitos de direitos” (LIMA; CORREIA, 2012, p. 142).

Ao observar o processo histórico da construção de nosso país, Batista e Silva (2007) refere-se à experiência da construção do SUS com a afirmação “remando contra a maré do neoliberalismo mundial”, ao instituir a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, possibilitando projetos como: o Programa de Apoio à Deshospitalização (ALVES, 1996 apud BATISTA E SILVA, 2007, p. 27/28) e a Lei Federal 10.708, que aborda o suporte social aos egressos de longa permanência em hospital psiquiátrico (BATISTA E SILVA, 2007).

Em decorrência do processo das políticas em saúde mental, Matos (2004) aborda mais uma vitória: o programa “De volta pra Casa”, que significaria um grande divisor de águas no desenvolvimento da autonomia do sujeito.

“...Em maio de 2003 o presidente Lula lança o programa “De volta pra casa”, o Projeto Lei que cria o auxílio reabilitação psico-social para esvaziar os manicômios. Era a vitória da cidade que plantou a ideia de uma nova sociedade. O jornal do Brasil de 29 de maio de 2003, com a chamada “Governo lança política para a Saúde Mental” descreve que segundo o Ministério da Saúde, um terço dos 55 mil internados em hospitais psiquiátricos no Brasil não necessitavam de internação, cerca de 18 mil pacientes. Na verdade, 100% dos pacientes não necessitam de grades, mas de tratamento” (MATOS, 2004, p. 110/111).

2. 3. 2. Uma trajetória, também, popular.

Podemos compreender com vários autores, dentre eles Nicácio (2003), Amarante (1994), Saraceno (1999), Rotelli (1990), que a participação popular, associada ao vigor, caracterizado e emprestado ao processo de reforma no país, trouxe uma realidade constituída pela proximidade (controle social) que assinala uma efetivação de direitos e deveres a todos os participantes deste processo.

A participação da população (usuários, familiares, representantes de associações...), bem como de outros atores deste processo, podem ser observadas nas Conferências de Saúde, permeando pensamentos e efetivando práticas, vanguardistas dos processos legais instituídos durante toda esta trajetória.

Vasconcelos (2010) elucida as conferências por meio da distinção de fases do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, trazendo como:

“1ª fase: 1978-1992: denúncia, primeiras tentativas de controle e humanização de rede hospitalar, I Conferência Nacional de Saúde Mental (1986), emergência do movimento antimanicomial (1987) e primeiras experiências inspiradoras de novas estratégias e serviços (notadamente em Santos e cidade de São Paulo);

2ª fase: 1992-2001: II Conferência Nacional (1992), mobilização e conquista da hegemonia política do modelo da desinstitucionalização de inspiração Italiana e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos;

3ª fase: 2001 -2010 (?): III Conferência Nacional (2001), aprovação da Lei 10.216 (2001), expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial, e implantação inicial da agenda política para os novos problemas a serem enfrentados (crianças e adolescentes, abuso de drogas, etc.)” (VASCONCELOS, 2010 p. 20/ 21).

Segundo Bruscato (2012), em 2010, com a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (CNSMI), o campo da Saúde Mental foi assinalado como um elemento fundamental da integralidade do cuidado à saúde de todos os cidadãos. Descreve, ainda, que o evento também averiguou seu inerente caráter “multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, uma vez que os profissionais da Saúde estão em todos os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário” (BRUSCATO, 2012, p. 64).

“A CNSMI reafirmou a importância da participação ativa de familiares e portadores de transtornos mentais na rede de serviços, no próprio autocuidado e junto aos dispositivos de controle social, ressaltando o valor da integralidade da Saúde Mental para outras áreas, como a dos direitos humanos, assistência social, educação, habitação, trabalho e lazer” (Brasil, 2010-a apud BRUSCATO, 2012, p. 64).

No âmbito internacional, destaca-se a Conferência de Caracas 1990, trazendo um consenso aos governantes latino-americanos em torno de uma nova plataforma psiquiátrica, partindo da promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes com transtornos mentais (HEIDRICH, 2007).

“Assim, conclamam Ministério da Saúde e Justiça, Parlamento, Seguridade Social, prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades, entre outros, a apoiar a reestruturação da atenção psiquiátrica” (OMS, 1990, apud, HEIDRICH, 2007, p.97).

Para Batista e Silva (2007) a Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser compreendida como uma prática discursiva de responsabilização de todos (dos profissionais, dos serviços e dos usuários), objetivando a efetivação de uma política pública que permita o desenvolvimento da autonomia e cidadania dos usuários, por meio “de uma rede de suporte social consistente e coesa, composta tanto de funcionários de órgãos estatais quanto de membros da sociedade civil” (BATISTA E SILVA, 2007, p. 27).

2. 3. 3. O hospital psiquiátrico

“Não tem dó no peito, não tem jeito,
não tem ninguém que mereça, não
tem coração que esqueça.”

Geraldo Azevedo

O hospital psiquiátrico foi, desde seu surgimento, alvo de muitas críticas e reflexões acerca do sujeito assistido. Vale lembrar que a função asilar do hospital desde os primórdios parte de um modelo de exclusão, e apenas recentemente transforma-se em um modelo de cuidado.

Para Gradella Junior (2002) o hospital psiquiátrico favoreceu o processo de cronificação do sujeito, ao explicar a tutela e a submissão do portador de transtornos mentais a mecanismos de violência institucional:

“Ao cronificar o sujeito, a instituição psiquiátrica o condena ao internamento por toda vida, ou podemos dizer à morte em vida, pois impossibilita qualquer possibilidade de retorno ao convívio social, pela total falta de resolutividade nas ações terapêuticas e pelo desconhecimento do fenômeno estudado” (p.03).

Goffman (1999), ao estudar os asilos, aponta as características das instituições totais, ditos “fatores etiológicos”, descrevendo-os como: a perda do contato com a realidade externa; o ócio forçado; a submissão a atitudes autoritárias dos médicos e do pessoal técnico; a perda de amigos e propriedades; a sedação medicamentosa; as condições do meio ambiente nos pavilhões e enfermarias, e a perda da perspectiva de vida fora da instituição.

Características como a alienação e a despersonalização do sujeito são amplamente discutidas no ambiente acadêmico, nas relações institucionais - apontadas como “zero troca”, segundo Saraceno (1999). Para o autor, os manicômios não podem oferecer nem favorecer a melhora, já que os mesmos não efetivam troca ou aprendizado, sendo “todos iguais”, independente do país e da situação socioeconômica que possam vivenciar.

O modelo descrito por Amarante (2003) como hospitalocêntrico distancia o sujeito do processo terapêutico, ao banir o externo e provocar uma realidade de sofrimento.

Basaglia (1985) afirma que o ato terapêutico mais fundamental reside na descoberta da pessoa, do sujeito que sofria - oculto e coisificado por todos os rótulos e conceitos.

O “louco” era visto como um sujeito perigoso e sem perspectiva de melhora, justificando assim seu “trancafiamento”; conceito este refutado por muitos autores, como Batista e Silva (2007), que o descreve como algo ultrapassado, ao afirmar que:

“... um dos componentes da instituição da doença mental, a periculosidade, parece ter sido uma importante questão no cuidado oferecido pelos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no início da experiência reformista no Brasil” (BATISTA E SILVA, 2007, p. 24).

Contraria-se, assim, a lógica histórica imposta e apresentam-se novas possibilidades a velhos problemas.

Para Rotelli (1990) não há uma divisão entre o período manicomial e o atual, pois apesar de muitos pontos positivos (no combate a situações de: violência, papel da periculosidade social, totalização das pessoas), a própria essência da questão psiquiátrica ainda não se modificou, permanecendo a mesma em muitos de seus conceitos.

Apesar da força do movimento antimanicomial no país, ainda encontramos muitas resistências no âmbito da prática em Saúde Mental. Até mesmo leis de suma importância, como a lei Paulo Delgado, de 2001, passou por processos morosos e burocráticos, visto que sua aprovação só foi possível após 12 anos de difícil tramitação no Congresso Nacional; sendo que sua aprovação deu-se por meio de um projeto substitutivo ao projeto original, apresentando consideráveis modificações (CIRILO, 2006).

A lei 10.216 (Anexo A) redireciona os cuidados, ressalta a importância da implantação dos serviços comunitários visando a proteção e direitos dos portadores de transtornos mentais; regulamentando e classificando as internações em: voluntárias, involuntárias e compulsórias. E infelizmente ainda não institui mecanismo nítido para a progressiva extinção dos manicômios, diferente, por exemplo, da Lei 180 que rege a Itália (Brasil, 2004 a).

Segundo Cirilo (2006) esta promulgação, apesar dos desgastes em seu proceder, serviu como novo impulso à Reforma Psiquiátrica Brasileira, junto com as conferências nacionais de saúde mental; angariou políticas de governo, que se concretizaram através da efetivação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), permitindo a mudança de modelo.

2. 3. 4. A desinstitucionalização

Como resposta (crítica) ao modelo asilar, segundo o qual a internação no hospital psiquiátrico viria como única prática ao tratamento do sujeito acometido pelo sofrimento psíquico, e diante da desconstrução da identidade (dentre

tantos outros fatores em detrimento da saúde mental), surge um novo conceito nomeado de desinstitucionalização. Sendo amplamente discutido por diversos autores, ele visará novas alternativas para a real efetivação da melhora – ao invés de um mero ambiente depositário, como se prestou a ser a instituição manicomial.

Segundo Basaglia (1981-a), o sujeito internado (instituído):

“É o homem imóvel, sem um futuro, sem um objetivo, um projeto, uma expectativa, sem uma esperança em direção a qual se voltar. [...] Para este homem, não existe senão a apropriação, ou melhor, a reconquista da própria liberdade, para estimulá-lo na busca da própria individualidade perdida, se não se quer que ele continue a identificar a perda da liberdade da qual já sofre, com a liberdade que nós o privamos” (BASAGLIA, F., 1981-a, p. 269).

Para o mesmo autor, na clausura institucional, a pessoa internada é contagiada pelo “poder institucionalizante da internação a objetivar-se nas próprias regras que o determinam, em um processo de redução e restrição de si que – originariamente sobreposto à doença – não é sempre reversível” (BASAGLIA, F., 1981-a, p. 250).

“A desinstitucionalização como desconstrução/invenção expressa-se nas múltiplas dimensões da relação entre as formas de conhecimento, os processos sociais, as instituições, os técnicos e as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da exclusão social. Compreender essas dimensões, refletir sobre seu significado, torná-las referências para o diálogo com as ações cotidianas é fundamental para delinear noções norteadoras, novos quadros de referência, para “imaginar bússolas” que possam consentir colocar em movimento a “instituição inventada” (ROTELLI, 1990a, apud NICÁCIO, 2003, p. 88).

Em Amarante (1996)

“... o projeto da desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa-e-efeito, para voltar-se para a *invenção da realidade* enquanto processo histórico” (p. 24/25).

Nicácio (2003) descreve esse processo como um investimento que possibilita que os profissionais e os usuários sejam, de fato, protagonistas da experiência inovadora, pontuando que:

“... o primeiro ato e o primeiro objetivo terapêutico da desinstitucionalização consistem exatamente na transformação da relação entre as instituições e os usuários, de modo tal que esses [...], mais ou menos doentes, sejam,

não mais objetos, mas sujeitos desta relação” (DE LEONARDIS, 1990, apud NICÁCIO, 2003, p.96).

Desta forma, o projeto de desinstitucionalização garante a reentrada das pessoas internadas no mundo das cidades, não sendo mais limitadas aos muros institucionais; propicia e requer a potencialização de novos contextos e de novas relações, a partir da reinserção nos territórios e o favorecimento da produção (ou reconstrução) de redes sociais (NICÁCIO, 2003).

“Em síntese, a desinstitucionalização não se conclui com a superação do manicômio, mas “implica a transformação do paradigma cultural, teórico e científico da psiquiatria – que necessita como condição indispensável, mas não suficiente, o fim dos hospitais psiquiátricos” (ROTELLI, 2000, p.2). E, nesse percurso, produzir novos modos de pensar e agir que viabilizem os processos de “emancipação [...] que possibilitem a restituição da loucura à cidade, de forma contínua e interminável” (ROTELLI, 2000, apud NICÁCIO, 2003, p. 103).

Alves (1996 apud NICÁCIO, 2003) assinala que para os profissionais de saúde a desinstitucionalização também foi um processo de muita transformação, haja vista que o modelo aprendido para a prática do ofício da clínica (com base na nosologia e na expectativa de cura), dará lugar a premissas da escuta, de trabalhar o problema com o sujeito, com tolerância, utilizando-se da solidariedade como instrumento primordial à promoção da autonomia possível.

Segundo Basaglia (1996), não se trata de um deslocamento do *locus* de intervenção, mas registra a necessidade de mudança do pensar e do agir terapêutico para o cultivo de uma nova realidade. Na análise do percurso italiano, assinala que essa transformação é:

“... possível se, junto com o desmantelamento dos velhos hospitais, não se ficasse limitado a organizar simples serviços ambulatoriais; mas se criou, para os novos e velhos doentes a possibilidade de viver de maneira diversa o próprio sofrimento, visto como um conjunto de fatores e não somente sinal de periculosidade social a reprimir. A este sofrimento, que se revela cada vez mais complexo e ao mesmo tempo mais simples, ocorre responder com estruturas e serviços que consintam formas de cuidado e de tratamento que sejam conjuntamente espaços de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidades, de relações interpessoais e coletivas diferentes, que vislumbrem a mudança de cultura e de política mais social que sanitária” (BASAGLIA, F.O., 1996, p. 13).

Paralelamente ao processo de construção dos novos serviços de atenção, teremos em 1994 o início da discussão e elaboração do programa nacional que viabilizaria a saída das pessoas internadas (há longo tempo) nos hospitais psiquiátricos (NICÁCIO, 2003).

Partindo de uma premissa semelhante, outra denominação veio propor o conceito da desinstitucionalização. Com a denominação de “deshospitalização”, esta provocou algumas polêmicas considerando a relevância do debate teórico entre os conceitos de deshospitalização e desinstitucionalização, como discutem BARROS (1990 apud NICACIO 2003) e AMARANTE (1996).

No âmbito dessa proposta, compreendia-se a deshospitalização como:

“... processo de substituição da assistência psiquiátrica exclusivamente intra-hospitalar por uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global dos usuários, bem como estimular o exercício pleno de seus direitos civis e de cidadania” (BRASIL, 1995a, apud NICÁCIO, 2003).

2. 4. SANTOS E A SAÚDE MENTAL

2. 4. 1. O Exemplo - uma história vitoriosa

“Algumas experiências italianas de transformação da instituição psiquiátrica atribuíram um conteúdo diverso para a noção de desinstitucionalização, diferenciando-se tanto da perspectiva abolicionista como da desospitalização. No período compreendido entre o início dos anos 1960 e no desenvolvimento das diversas experiências locais inovadoras, tendo como ponto de partida o aprendizado da experiência goriziana, até 1978, ano de promulgação da Lei 180, a desinstitucionalização passou a designar “um percurso complexo de ‘desmontagem’ a partir do interior da instituição psiquiátrica, a começar, naturalmente, do manicômio” (DE LEONARDIS, 1990, apud NICÁCIO, 2003, p. 91).

Podemos afirmar que o maior representante do movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana foi o Psiquiatra Franco Basaglia, que em 1961 abdicou de suas atividades na Universidade de Pádua para dirigir o Hospital Provincial de Gorizia, composto por internos em condições de vida extrema “que muito lhe lembravam dos tempos que passou na prisão durante a segunda guerra mundial” (CIRILO, 2006, p.34).

Ao assumir a direção do hospital, Basaglia começa uma grande mudança em seu cotidiano, que posteriormente culminaria em uma nova forma de se pensar o tratamento em saúde mental. Este processo de mudança se deu com a elaboração de práticas efetivadas no interior do hospital, dentre elas: a extinção dos métodos coercitivos e violentos, o resgate da dignidade e da cidadania, a elaboração de espaços coletivos (assembleias e reuniões), propiciando a abertura à comunidade, em 1962, do 1º pavilhão do hospital (CIRILO, 2006).

“Em 1968 os trabalhadores solicitaram a administração o fechamento do hospital e abertura de centros de saúde na comunidade, posto que grande parte das pessoas permaneciam no hospital devido a ausência de condições econômicas e sociais para viver fora da estrutura manicomial. Diante das resistências políticas e administrativas encontradas, a equipe se demitiu em bloco e declarou cura a todos os pacientes” (AMARANTE, 1994, apud CIRILO, 2006, p. 34).

Para Nicácio (2003) na prática de transformação efetivada no hospital psiquiátrico de Gorizia, Basaglia questionou as bases do conhecimento psiquiátrico, bem como a função social e política exercida pela ciência, pelos técnicos e pelo manicômio. No difícil percurso de elaboração crítica da psiquiatria, “de seu estatuto científico e de seus fundamentos epistemológicos, os psiquiatras inovadores criticavam o método positivista e renunciaram aos modelos explicativos causais” (NICÁCIO, 2003, p. 91).

“Não se tratava de substituir uma causa biológica, psicológica ou social por uma institucional. Era questionada a própria lógica causal e o sentido atribuído à cura e ao tratamento. Seria preciso transformar a demanda, a linguagem reduzida ao saber médico, e torná-la mais rica, própria a sujeitos e não a objetos institucionais, restituindo a estes a complexidade. Tratava-se de definir o campo ético de sua ação” (BARROS, 1994, p. 57).

No ano de 1970, em Trieste, Basaglia inicia no Hospital de San Giovanni uma outra experiência, que viria posteriormente ser amplamente discutida e conhecida como “a mais inovadora”. Em apenas dois anos, tornou-se a abrir os pavilhões, extinguir toda forma de coerção (violência), celas fortes e camisa de força, caracterizando um processo que ficou conhecido como desinstitucionalização. Em auxílio a esse processo, foi necessária a contratação de pessoal, a redefinição da organização interna (os pacientes não eram mais divididos por diagnóstico,

havendo uma nova organização do pavilhão - como misto, convivendo homens e mulheres, antes cerceados) e o sistema de punição foi banido (Amarante, 2003).

Rotelli (1990 apud CIRILO, 2006) conta que a cidade de Trieste, em substituição ao hospital psiquiátrico, organizou a implantação de 7 centros de saúde (um para cada bairro), funcionando 24 horas por dia, com atenção contínua e intensiva; recebendo toda patologia psiquiátrica, nos bairros, atuando no ambiente territorial, de portas abertas, com respeito ao direito das pessoas.

Cirilo (2006) descreve ainda que junto aos centros de saúde, foram organizados outros dispositivos, formando uma rede cooperativa formada por: oficinas, ateliês, rede de apartamentos, lar abrigado, associação de usuário e familiares; sendo denominados de “instituições inventadas”, que permitiam inovação, expressão de criatividade e renovação de objetos e técnicas.

“A experiência de Basaglia espalhou-se pela Europa e pelo mundo, sendo reconhecido pela OMS em 1973 como piloto em plano de pesquisa sobre novas soluções em psiquiatria – no que se refere à adequação dos serviços as novas exigências da organização social – importância das obras de Basaglia” (CIRILO, 2006, p. 53).

Basaglia em suas visitas ao Brasil proporcionou muita troca de aprendizado, espaços estes que ficaram conhecidos como conferências.

“Nessas conferências, Basaglia apresentava a Lei 180, promulgada na Itália em 1978, discutindo o movimento de transformação da psiquiatria em curso naquele país, ao mesmo tempo em que assinalava o significado, as proposições e os limites da nova legislação. Narrava as experiências de Gorizia e de Trieste, articulando o debate teórico da função social da psiquiatria à racionalidade da organização social, de suas estruturas de poder e instituições. Apresentava uma forma inovadora de pensar a questão psiquiátrica, afirmando que era fundamental superar o manicômio, questionar o papel dos técnicos como delegados da ordem social e como agentes da exclusão e produzir novos modos de lidar com as pessoas com a experiência da loucura” (NICÁCIO, 2003, p. 38).

A promulgação da lei 180, de 1978, na Itália permite uma nova compreensão do processo de tratamento ao proibir a internação no manicômio. Conhecida como lei Basaglia, esta foi a primeira lei condicionada efetivamente à extinção do modelo manicomial e, conseqüentemente, à criação de serviços alternativos na comunidade (CIRILO, 2006).

As “conferências brasileiras” de Basaglia indicaram um caminho diferente de tudo que até então se havia proposto, pois a partir delas a psiquiatria

recebia uma nova configuração. Os debates sobre a assistência psiquiátrica “romperam os limites do espaço técnico e configuraram a questão da loucura e das instituições psiquiátricas como uma questão social” (NICÁCIO, 2003, p. 39).

Ongaro Basaglia (apud ROBORTELLA, 2000) propõe que a obra de Franco Basaglia deve ser encarada:

“Não somente como mero fazer, mas como produtora de uma outra realidade e de uma outra cultura, tendo que lidar seja com o preconceito social para com o doente mental, seja com o preconceito científico para com a doença. Não se tratou de uma simples mudança de teoria, substituível com uma nova ideologia de recambio, mas da demolição concreta de uma cultura, possível somente se, contemporaneamente, outras culturas pudessem ser construídas: outra sustentação, outro suporte, outro conceito de saúde e de doença, de normalidade e de loucura...” (p.10).

Desta forma, Paulo Matos (2004) corrobora a tese de que Basaglia é parte constituinte do processo brasileiro de reforma psiquiátrica, ao afirmar:

“... Ele esteve várias vezes no Brasil, em seminários e conferências e sua influência foi determinante, em relação direta com o Anchieta - que teve, como seu diretor, o antigo estagiário que trabalhou com Basaglia, Tykanori” (p. 69).

2. 4. 2. A Casa de “Saúde” Anchieta – o manicômio santista (... construindo loucura).

“... Imagine-se trancado no Anchieta: esta ameaça estava presente sobre todos os cidadãos e poderia ser “diagnosticada” sua “loucura” por qualquer policial, diante de qualquer confusão, com envio imediato para casa “de saúde” da rua São Paulo. Existem registros, casos registrados dessas situações. “Se você não é louco fica”, declaram profissionais que já trabalharam no Anchieta, ao jornal A Tribuna em 15 de junho de 1980. Sobre a entrada diretamente para o choque elétrico temos depoimentos e testemunhas. Há o caso descrito pelo jornal A Tribuna nessa reportagem sobre uma adolescente que chegou chorando, porque havia brigado com os pais – e foi diagnosticada como louca rapidamente pelo médico” (MATOS, 2004, p. 50).

O hospital Casa de Saúde Anchieta, ou “Casa dos Horrores” como ficou conhecido na época, era um manicômio particular conveniado com a prefeitura, que esteve em funcionamento por aproximadamente quatro décadas. Sendo a única instituição para atendimento de pessoas com transtornos mentais das cidades da região da Baixada Santista, desde 1983, atendeu cerca de 80 mil pessoas; descrito,

por muitos, como ambiente de espancamentos, maus tratos, tortura e morte (MATOS, 2004 e SOUZA, 2010)

“Em março de 1989, existiam 543 pacientes em precárias condições de vida. Surras, suicídios, mortes – 50 em 3 anos. A lei federal exigia 6 pacientes por metro quadrado, só cabiam 219, mas lá subexistia mais que o dobro. Sem terapias, andavam de um lado para o outro, em áreas lotadas, em que eles mesmos faziam a limpeza. Era essa a “terapia” aplicada, pelo que ganhavam coisas como maços de cigarro e afins e, através a qual, se economizavam funcionários... Eram só 200 camas, o resto era o “leito chão”, ironia para pacientes desprovidos de tudo e jogados no chão mesmo, colchonetes insuficientes. Quadro de pessoal reduzido, quase nenhum com formação superior. Ao invés de 28 enfermeiras e 116 auxiliares, havia apenas uma e 3 auxiliares, uma assistente ao invés das 7 exigíveis, um psicólogo em meio-período, ao invés dos 8 normatizados. O absurdo da inexistência de prontuários para a maioria, quando existiam eram incompletos e mal-elaborados, pessoal com baixo nível intelectual mas sem nenhum problema de transtorno mental. Pacientes nus, nenhum farmacêutico, nutricionista ou terapeuta ocupacional. Não havia sabonetes ou pastas dentais, o mau cheiro dominava, sarna e piolhos. Faltavam profissionais em todas as áreas” (MATOS, 2004, p. 86).

O quadro descrito acima veio a conhecimento público em março de 1989, quando chegara às mãos da então prefeita Telma de Souza – e seu secretário de saúde, David Capistrano Filho, um relatório do SUDS-52, atestando a total irregularidade da instituição no atendimento ao doente mental: “uma barbárie em termos higiênicos. Tudo isto insuflava e até criava loucura e revolta, acirrando o clima de guerra interna que produzia vítimas, gerando loucura”; sem que houvesse conhecimento de qualquer manifestação ou denúncia da Secretaria de Saúde do Estado, órgão responsável pela fiscalização do local (MATOS, 2004, p.86).

“O relatório, porém, não retratava a situação de violência física e moral, as péssimas e desumanas condições em que se encontravam os pacientes. Para o Grupo Técnico de Saúde Mental da SEHIG, “a simples adequação do hospital às normas técnicas não modificaria as condições concretas dos pacientes” (KINOSHITA, 1997, p.67).

Após as denúncias públicas e o conhecimento da prefeitura vigente, deu-se início um processo que ficaria conhecido como “intervenção”. “Autorizada pela Constituição federal de outubro de 1988, a intervenção inicia em 3 de maio de 1989, apropriando-se das prerrogativas afirmadas pelo novo texto constitucional e pelo antigo Código de Posturas municipais” (MATOS, 2004, p. 89).

“A intervenção no Anchieta foi produzida legalmente pelos Decretos municipais 863, de 3/5/1989, e 1.021, de 6/12/1989. Durou 10 anos e 24 dias essa situação, de 3 de maio de 1989 até 27 de maio de 1999, quando já no Governo do sucessor de Telma e David, foi suspensa por uma Ação Civil Pública promovida pelo Promotor de Justiça João Carlos Meirelles Ortiz, da 2ª Vara de Fazendas Públicas, atras do Decreto municipal 3.350” (MATOS, 2004, p. 89).

Segundo Matos (2004, p. 90), ao meio dia de 03 de maio houve a reunião da comunidade organizada santista, sendo proximadamente 50 pessoas, contanto com órgãos como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), organizações da sociedade e sindicatos, com a presença da imprensa, e que registravam a “invasão saudável” ao Anchieta.

“... Na entrada no hospital da equipe de Governo..., acompanhada de um exército de jornalistas, fotógrafos, câmaras de TV e membros de entidades, os internos ficaram pasmos diante da cena da visão daqueles personagens que entravam porta adentro. Agradeciam de joelhos e saudavam em lágrimas a mudança que, percebiam, chegava, aplaudindo e gritando – em atos de lucidez” (MATOS, 2004, p. 90).

O autor relata ainda que o anúncio da intervenção sai um dia após o ocorrido (4 de maio de 1989), como acertado no encontro. Como interventor foi nomeado o psiquiatra Roberto Tykanori Kinoshita, ex- diretor do Programa de Saúde Mental de Bauru e ex-estagiário de Franco Basaglia, com prazo de 120 dias para efetivação das soluções que se exigiam. Inicia-se um belo processo, ao qual encerradas as amarras, a comissão interventora se reúne com os funcionários para comunicar e instruir sobre as novas determinações resultantes da nova filosofia de serviço.

“A intervenção não foi apenas um ato burocrático da prefeita em seu gabinete, mas ao inverso, declarada e concretizada no local após a invasão ao meio-dia do dia 3 de maio e só horas depois, assinada em seu gabinete. O documento foi assinado por ela e pelos psiquiatras Tykanori Kinoshita e Domingos Stamato e pelos psicólogos Luiz Antonio Guimarães Canello e Antonio Lancetti, entre outros” (MATOS, 2004, p. 90).

2. 4. 3. A intervenção

“Com a intervenção da Prefeitura Municipal de Santos na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico conveniado, em maio de 1989, teve início o programa de saúde mental que, a partir da desmontagem do interior do manicômio, projetou a construção da saúde mental como território de

cidadania, emancipação e reprodução social” (NICÁCIO, 1994 apud NICÁCIO, 2003, p. 51).

A intervenção marca o fim do modelo assistencial psiquiátrico centrado no hospital, na sociedade santista, possibilitando sua superação mediante a substituição do mesmo por uma rede de serviços regionalizados e integrados aos serviços locais de saúde e assistência social; contando com a promoção de uma transformação profunda nos procedimentos clínicos, “no que se refere às representações epistemológicas da doença mental e ao plano cultural, nas relações da população com o fenômeno da ‘loucura’” (CAPISTRANO FILHO e TYKANORI, 1992, apud NICÁCIO, 2003, p.51).

Segundo Tykanori Kinoshita (1997, p. 68)

“... Essa intervenção teve como objetivo não apenas a melhoria das condições técnicas, ou adequação de padrões abstratos, mas a recuperação e a afirmação da cidadania daqueles pacientes, mirando além dos muros do hospital, buscando interferir e modificar a própria sociedade.”

Para o mesmo autor,

“... O ponto de partida era sua situação concreta de vida: encontrar meios para a construção da identidade dos pacientes e introduzir novos padrões éticos de relacionamento. Passando a trabalhar na organização dos espaços do hospital e na distribuição do tempo” (KINOSHITA, 1997, p.68).

Desta forma, o processo de intervenção necessitou de intensa organização que objetivava uma mudança pautada no sujeito, no território e na cidadania; em suma uma grande mudança social.

Kinoshita (1997) descreve alguns passos pelos quais foram traçados os caminhos desta mudança, sendo que dentre os principais temos:

- Proibição de qualquer ato de violência contra os pacientes (até então, prática comum - incentivada como disciplinar - até mesmo entre os mesmos);
- Abertura de todas as áreas do hospital em sua parte interna (permitindo a livre circulação);
- Avaliação médica clínica (devido às muitas questões de saúde negligenciadas – tais como: hipertensão, diabetes, diarreias e, sobretudo, pediculose (pioelhos) e escabiose (sarna), que configuravam uma endemia local);

- Desconstrução da “velha ordem” – um novo modelo de relacionamento entre internos, funcionários, técnicos e equipe dirigente. (Abarcando, um grande número de pacientes, denominados “laborterápicos”, que na realidade preenchiam a ausência de mão de obra do hospital... Sendo estes “vigilantes”, que recebiam privilégios, e exerciam intenso “poder” sobre os demais pacientes, chegando a receber autonomia para “indicar” quais pacientes “necessitavam” de celas-fortes ou, até mesmo, deviam ser ameaçados de sessões de eletrochoque);
- Mudança do clima (com o nivelamento da hierarquia entre os pacientes, foram convocadas assembleias e reuniões, nas quais o coletivo era amplamente discutido; proporcionando parcerias e efetivando ações entre todos que conviviam na unidade – pacientes e funcionários);
- Reconstrução da identidade (uso de nomes, fixação de leitos, liberação dos horários de visita, até a reconstituição de parte de suas histórias de vida);
- Reativação da subjetividade, incluindo os próprios técnicos (compreendo o processo vivenciado e as possibilidades terapêuticas);
- Resgate da cidadania (estímulo a autopercepção - como indivíduos de direitos e deveres);
- Transposição dos muros (atividades – dentre elas, culturais – realizadas internamente para que as pessoas pudessem “conhecer” o espaço; bem como, passeios e atividades externas ao hospital – a vida para além dos muros, como propunha Basaglia em sua experiência em Trieste).
- Mediação hospital - cidade (desafio cotidiano, compreendido como essencial para que aos poucos fosse possível a reinserção social dos pacientes);
- Organização do espaço hospitalar (estabelecendo de alas e enfermarias organizadas conforme uma correspondente divisão da cidade em regiões – o que viria a ser conhecido posteriormente como regionalização);
- Construção de projetos próprios através do território de sua pertença (propondo tratamento próximo à região de moradia do paciente, para que este pudesse realizar seu tratamento sem que fosse necessário o cerceamento de seus vínculos sociais).

“... Foi necessário chegar ao limite de nossas concepções para que partíssemos para novas experimentações, para que ousássemos novas

práticas, reaprendendo a aprender. Em suma, a desinstitucionalizar” (KINOSHITA, 1997, p. 70).

O autor compreende que a partir deste movimento foi possível a desconstrução da Casa de Saúde Anchieta, desinstitucionalizando o atendimento aos pacientes psiquiátricos, e permitindo a elaboração de novos serviços - uma nova rede - com novas características, totalmente substitutiva, sendo denominadas à época de Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS), compondo, então, Programa de Saúde Mental de Santos (KINOSHITA, 1997).

2. 4. 4. As Estruturas Substitutivas⁶

As estruturas substitutivas surgem como decorrentes das normas e diretrizes do SUS e das novas políticas de Saúde Mental. Elas apontam um novo caminho, segundo o qual o paciente acometido por transtornos mentais poderá usufruir do auxílio à administração de sua vida cotidiana, visando sua inserção social e suporte diário.

“A complexidade e a abrangência populacional definem as modalidades dos serviços de atenção psicossocial para as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes – CAPS I, II e III. A portaria estabeleceu, também, que os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, com funcionamento segundo a lógica do território e o atendimento em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo” (BRASIL, 2002c, apud NICÁCIO, 2003, p.68).

Estas estruturas ficaram, nacionalmente, conhecidas como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), ganhando especificidade de acordo com o público alvo (criança, adolescente, dependente químico...) e região.

“Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os

⁶ A nomenclatura utilizada, no presente texto, de Estrutura (ou Rede) Substitutiva poderá ser encontrada em documentos oficiais como Rede de Atenção (ou Apoio) à Saúde Mental.

CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica” (BRASIL, 2004 b, p. 09).

Em Santos – SP, a estrutura de saúde mental constituída a partir da intervenção do Hospital Casa de Saúde Anchieta, ficou conhecida como NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), junto a suas outras estruturas constituintes. Em 1989, após implantação do SUS, foram criados acessos à saúde mental, substitutivos e complementares, sendo citados por Souza (2010, p. 29), como:

- “- NAPS (Núcleos de Apoio Psicossocial) – Zona Noroeste, Centro, Orla, Vila Belmiro e Marapé);
- Unidade de Reabilitação Psicossocial (Lixo Limpo, Projeto Dique, Projeto Terra, Oficina de Marcenaria, Oficina de Serigrafia e Cantina Para todos);
- Lar Abrigado;
- Centro de Convivência Tam-tam;
- Pronto-Socorro central (retaguarda psiquiátrica às urgências);
- Núcleo de Atenção Integrado ao Toxicodependente (integrado a AIDS)”.

Com base nas diretrizes do SUS, muitos municípios iniciam a implantação de uma nova política de saúde mental. Entre as décadas de 80 e 90, podemos citar esta experiência em: Angra dos Reis-RJ, Campinas-SP, Santa Maria-RS e Santos-SP, sendo este, palco da mais famosa dessas experiências (BATISTA e SILVA, 2007).

“O campo de incerteza que se abre, a necessidade de reconstruir a história, de elaborar e criar múltiplas estratégias para não excluir, de superar as categorias preestabelecidas de análise e resposta, de a todo o momento se perguntar como fazer com essa história coletiva de abandono e miséria que emerge como sujeito e usuário, do novo de viver o papel do técnico como algo a ser construído, reconstruído, das crises geradas na construção de um serviço aberto, a responsabilidade de se colocar ao lado de Maria, ao se perceber sem as conhecidas grades, chaves e muros na relação com a loucura, este campo que vai se abrindo no NAPS é sem dúvida rico e incerto” (NICÁCIO, 1990, apud BATISTA e SILVA, 2007, p. 26/27).

Todavia, para a implantação de uma nova estrutura fazia-se necessária a efetivação de novas práticas; sobre estas Silva (2005b, apud BATISTA e SILVA, 2007) complementa que seriam:

“... em torno da noção de responsabilidade... desencadeadas sob a forma da constituição de “técnicos de referência” e da formação de “parcerias” entre usuários, familiares e vizinhança, dentre outros procedimentos que ajudam a pensar a negociação, divisão e delegação de encargos pelo cuidado em saúde mental entre os atores sociais envolvidos na atenção psicossocial” (p.26).

Apontando uma importante discussão acerca da responsabilidade dos atores sociais envolvidos no cuidado como um dos elementos da prática substitutiva ao manicômio, em sua real efetivação (BATISTA e SILVA, 2007).

Para Matos (2004) a estratégia aplicada na experiência santista baseou-se em duas ideias fundamentadas nas reformas dos manicômios da Itália, concretizadas por Franco Basaglia nos anos 70, sendo que:

“... a primeira é que estas pessoas sofrem de uma doença crônica – ou não, sem perspectivas de alta hospitalar. Se sofrem, não adianta interná-los, porque não vão ser curados, nunca terão alta. Se sofrem desajustes, devem ser reenquadrados, reintegrados, como nos programas que foram desenvolvidos. A segunda ideia é que eles não são perigosos e não merecem ficar presos, sendo torturados, submetidos a fortes medicamentos, eletrochoques, privações – que podem melhorar sensivelmente apenas com a evolução dos seus níveis de qualidade de vida, de contato uns com os outros, com os “de fora”, com a família, com atividades esportivas, culturais, sociais.

... Santos foi notícia no país e no mundo inteiro por sua ação redentora de seres e sistemas produtores de vida” (MATOS, 2004, p.51).

Muitos autores descrevem a experiência santista como inovadora; melhor e principal exemplo segundo Vasconcelos (2004), que descreve os NAPS como:

“... um serviço comunitário de portas abertas durante 24 horas por dia, 7 dias por semana, capaz de atender a praticamente todo o tipo de demanda de cuidado em saúde mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos” (p.78).

Para Koda (2007, p. 1456), “o Município de Santos foi um dos primeiros locais no Brasil a iniciar um processo de substituição do manicômio por uma rede de serviços territoriais”, realizando inicialmente sua estrutura de mudança antes mesmo do fechamento do hospital, aproveitando-o para isso. Através desta organização, para a qual foram criadas “cinco miniequipes”, responsáveis individualmente por cada região de Santos, foi possível construir os NAPS e concretizar a desativação da Casa de Saúde Anchieta.

Nicácio (2003) descreve que o NAPS nasce de uma equipe inicial e vinte usuários, cumprindo com a desativação da enfermaria correspondente a sua área territorial - no Anchieta; tendo como objetivo crescente a admissão da responsabilidade pela demanda de saúde mental da região instalada, no caso a Zona Noroeste, constituída por aproximadamente 120.000 habitantes.

“O primeiro NAPS foi inaugurado em setembro de 1989, na zona noroeste de Santos. Pouco tempo depois foram inaugurados outros quatro serviços. Em junho de 1994, ocorreu o fechamento definitivo da Casa de Saúde Anchieta. Tal período é caracterizado por uma grande mobilização política por parte dos trabalhadores de saúde mental do município. A questão da cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental ganha espaço, ampliando as discussões para além do campo teórico-técnico” (KODA, 2007, 1456).

Segundo Nicácio (2010, apud KODA, 2007, p. 1457):

“Os NAPS não são estruturas simplificadas como as instituições totais; são centros de atenção, de encontro, de produção de sociabilidade, de comunicação, de convivência, de referência cultural”.

Outra característica interessante é o fato de que o trabalho do NAPS não está somente dirigido a situações de crise, sendo notado que a intervenção se fará primordialmente fora dela, realizando-se no auxílio à construção de projetos de vida, promovendo a autonomia, os contratos sociais e a qualidade de vida – na busca da valorização dos potenciais de cada pessoa (KODA, 2007); sendo inicialmente planejada sua instalação em casas comuns dispostas na regiões de interesse – o que nem sempre foi possível (NICÁCIO, 2003).

Em Capistrano Filho (1999, apud NICÁCIO, 2003, p. 74), podemos perceber que as redes substitutivas

“... demonstraram que é possível reorganizar profundamente a assistência à saúde em nosso país. Provaram que os dizeres constitucionais, não são devaneios, mas pontos de apoio e guias confiáveis para as mudanças necessárias”.

Desta forma, o NAPS efetiva-se como um serviço multidisciplinar, abrangendo profissionais de diversas áreas da saúde (psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos psiquiatras, acompanhante terapêutico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem); voltando-se a pacientes que recebem atenção em parte do dia ou dia inteiro (inclusive a noite) – em curtas internações; estabelecendo contratos de atendimento (discutidos entre o profissional, o usuário e seu familiar) – sendo este reajustado sempre que necessário, de acordo com a necessidade vigente e respeitando as particularidades do processo de cada indivíduo; e prestando um serviço, também, ambulatorial, composto apenas por consultas com seus especialistas – esporadicamente (KODA, 2007).

Em complemento, Batista e Silva (2007, p.24) afirmam que a prática do NAPS realiza um sentido de “atendimento integral, participação da comunidade e descentralização da gestão, princípios consagrados na Constituição de 1988”; sendo esses objetos de muitos estudos e análises no campo da saúde mental.

Atualmente temos em Santos, segundo a página eletrônica da Secretaria do Estado da Saúde⁷, uma estrutura composta por:

- “- Núcleo de Apoio Psicossocial I – NAPS – I (Castelo);
- Núcleo de Apoio Psicossocial II – NAPS – II (Vila Mathias);
- Núcleo de Apoio Psicossocial III – NAPS – III (Ponta da Praia);
- Núcleo de Apoio Psicossocial IV – NAPS – IV (Marapé);
- Núcleo de Apoio Psicossocial V – NAPS – V (Campo Grande);
- Seção Lar Abrigo – SELAB (José Menino);
- Seção de Reabilitação Psicossocial (Vila Nova);
- Núcleo de Atenção ao Tóxico-dependente (Zona da Orla /Intermediária, Região Central Histórica e Zona dos Morros - Encruzilhada);
- Centro de Prevenção ao Uso de Substâncias Psicoativas (Vila Mathias);
- Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente (Encruzilhada)”.

Junto aos serviços da rede substitutiva regionalizados, temos também o suporte de um órgão do Governo do Estado, denominado PAI – Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental, instalado em Santos no ano de 2010, como suporte à contínua diminuição dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, atuando com internações.

“... A experiência da saúde mental em Santos demonstra que é possível a construção de um modelo assistencial em saúde digno, humano, eficaz, com a participação dos usuários, familiares e comunidade, prescindindo do manicômio” (KINOSHITA, 1997, p. 77).

Entretanto, o autor alerta para o fato de que para ser efetivamente substitutivo, faz-se necessário o cumprimento de preceitos básicos deste processo, sendo: a garantia do direito de asilo (com porta aberta), a disponibilidade para atenção ao usuário, a inserção no território, a prioridade aos projetos de vida, o

⁷ BRASIL. **Unidades de Apoio Psicossocial – Santos**. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://www.paibaixadasantista.org.br/unidades-apoio-psicossocial> Acesso em: 02/11/2012.

resgate do sentido da vida, e o processo de valorização (autonomia contratual); sem os quais não conseguiremos transpor a realidade do manicômio.

Diante da compreensão dos fatos que antecederam e circundam o processo estudado, evidencia-se a necessidade de uma contextualização - pois um dado nada mais é do que um recorte da realidade impressa, que não poderá ser veraz se não por um olhar sobre sua amplitude e complexidade, ao mesmo tempo que específico.

Dessa forma, temos a cidade de Santos com um terreno fértil no qual a Reforma Sanitária foi capaz de germinar e produzir os frutos da Reforma em Saúde Mental, por meio de um florescimento político gerador (também nas figuras de Telma de Souza e David Capistrano – governo popular), que propiciou o que logo ficaria conhecido como princípios preconizadores do SUS, ou seja, a atenção as necessidades (realidade) da demanda e a descentralização do poder, não sendo mais a Saúde Mental subsumida pelo hospital psiquiátrico - permitindo suporte legal a essa proposta e concretizando-a como uma realidade (não tão duradoura quanto desejado).

Na busca dos dados necessários à efetivação deste trabalho, a presente pesquisa contou com um delineamento científico norteador, sendo este o tema do capítulo que se segue.

CAPÍTULO 3

MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA

Neste capítulo caracterizaremos a pesquisa: seus planos, métodos e ações, delineando e denotando os principais pontos desta construção acadêmica - pautada no âmbito social e descrita como qualitativa e exploratória.

3. 1. JUSTIFICATIVA

Partindo de uma perspectiva histórica de mudanças no plano de ações e práticas no tratamento e na lida com a questão da Saúde Mental - percebendo o psicólogo como parceiro deste processo de transformação na Saúde Pública - temos o intuito de compreender como foi a apropriação do trabalho destes profissionais (mediante conflitos e impasses, em uma equipe multiprofissional, na transição de um modelo instituído), ao longo da construção do SUS, em Santos, e seus reflexos na atualidade.

Desta maneira, queremos com nosso trabalho visualizar o processo de transição e o lugar que foi ocupado pelo profissional de psicologia (tema pouco explorado), participante das novas redes propostas pela atual Política Pública de Saúde, completados 50 anos de atividade da Psicologia no Brasil.

3. 2. OBJETO

Apreender o papel exercido pelo profissional de psicologia no processo de reforma sanitária, no município de Santos, junto ao questionamento de qual lugar coube a esse profissional ocupar nas Políticas Públicas de Saúde (SUS), em suas perspectivas e práticas.

3. 3. OBJETIVOS

3. 3. 1. Geral

Compreender qual o "locus" no qual o profissional de Psicologia foi inserido, mediante as atividades ofertadas nas Políticas Públicas de Saúde (SUS), no município de Santos.

3. 3. 2. Específicos

- Traçar a recuperação das principais características do perfil de serviços de saúde a partir de 1989, com ênfase na área de saúde mental;
- Localizar e discriminar onde está inserido o trabalho dos psicólogos na atual rede de saúde mental;
- Traçar os principais perfis de atuação do psicólogo nessa rede de serviços (desafios/ avanços e perspectivas);
- Captar a avaliação que os profissionais de psicologia fazem do trabalho desenvolvido no decorrer destes 23 anos de SUS, em Santos.
- Investigar se o espaço de atuação desses profissionais condiz com os direcionamentos elencados nas Políticas Públicas de Saúde atuais (Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002).

3. 4. METODOLOGIA

"... O que atrai na produção do conhecimento é a existência do desconhecido, é o sentido da novidade e o confronto com o que nos é estranho" (CRUZ NETO, 1994, p. 64).

Visando abarcar os objetivos propostos, no desvelar desta produção de conhecimento, teremos o presente trabalho desenvolvido à luz da pesquisa qualitativa.

Tal opção se faz devido à própria natureza do objeto de estudo, permeado de consciência histórica, que demanda uma visão mais ampliada de significado, do que simplesmente descritiva, na busca de uma aproximação da realidade.

"... embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, senão tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática" (MINAYO, 1994, p.17).

Desta forma, seu desenvolvimento dar-se-á de modo exploratório, partindo de um cunho social. Imbricado como traço desta pesquisa, contaremos com um levantamento histórico (bibliográfico) atrelado ao uso de relatos e entrevistas semi-estruturadas.

Em sua análise utilizaremos o esgotamento de conteúdo e sentido, definida inicialmente a realização de 10 entrevistas, podendo ser interrompidas ao percebermos que os dados começam a tornarem-se repetitivos.

3. 5. PROCEDIMENTO

Na busca de uma melhor compreensão dos fatos a serem estudados, o desenvolvimento da presente pesquisa será dividido em três pontos (ou possibilidades), sendo estas:

- Levantamento bibliográfico sobre implantação do SUS em Santos, com ênfase na área da saúde mental;
- Consulta de documentos e arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, disponíveis publicamente;
- Coleta de informações junto a profissionais da saúde mental, por meio de relatos, a respeito de sua experiência profissional e do funcionamento de serviços - no decorrer no período estudado;

- Entrevista (semi estruturada) - direcionada aos profissionais de psicologia (servidores públicos) em exercício, em algum momento do período abarcado pelo estudo, a respeito das especificidades de sua atuação junto à rede de atenção da saúde mental.

Como critério de seleção dos participantes, teremos três aspectos, sendo:

- Vínculo empregatício – servidor público;
- Formação acadêmica – psicólogo;
- Tempo de serviço – superior a três anos;

Não há uma preocupação de representatividade estatística dos sujeitos investigados, já que esta busca uma compreensão de processos, significados e representações humanas na ordem social, que não podem ser transmitidas em números estatísticos.

Desta maneira, na entrevista teremos cinco questões a serem usadas como elementos propulsores na coleta de dados, sendo estas:

1. Você sabe dizer quais os serviços oferecidos na área de psicologia, na rede pública de Santos, e qual seu funcionamento?
2. Você consegue perceber diferenças nos serviços e atendimentos na época da implantação do SUS e atualmente? Quais? A quem você atribui?
3. Você acredita que houve alguma mudança no papel que o psicólogo ocupa, na sociedade santista, do fechamento do Hospital Anchieta para os dias atuais? Qual?
4. Qual sua ocupação atual? Você consegue exercer sua profissão de maneira satisfatória? Por quê?

5. Há um serviço de prevenção, na área da psicologia, no atendimento público de Santos? Qual sua opinião a respeito?

Procurou-se proporcionar um direcionamento viável e capaz de abarcar a individualidade profissional de cada sujeito, construindo, assim, o material a ser estudado.

3. 6. DESENVOLVIMENTO

Partindo do objetivo deste trabalho iniciamos o planejamento de coleta de dados e a realização do planejamento dos instrumentos a serem utilizados (projeto piloto), tendo como base a revisão do referencial teórico e o fichamento bibliográfico deste material.

A coleta de dados deu-se após aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenadoria de Formação Continuada em Saúde, em 23 de novembro de 2012. Desenvolvida entre o período de 04 de dezembro de 2012 a 09 de abril de 2013, com duração de quatro meses. Realizada por meio de encontros com os profissionais escolhidos, conforme o critério de seleção, através de apresentação e agendamento via telefone (da unidade a qual o profissional presta serviço).

Como nossa pesquisa não foi realizada em um único local, mas em uma rede de estruturas compostas por vários endereços, visamos a utilização dos próprios locais de trabalho (quando assim era sugerido pelo profissional), no intuito de otimizar o tempo - sem que ocasionássemos qualquer prejuízo a sua agenda de trabalho.

A entrevista aplicada foi composta por uma disposição semi estruturada, para garantir uma maior expressão dos fatos e informações a serem recolhidas, permitindo que o profissional acrescesse sua vivência prática - de interesse do estudo. A aplicação contou com a colaboração de dez profissionais, que foram devidamente informados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A), sobre sua participação e gravação do relato oral

(sendo-lhes entregue uma via).

Acreditamos que a presente pesquisa não oferece riscos ao entrevistado (psicólogo, formado e experiente) que - consciente (por meio do TCLE - Apêndice A) - fez a opção em partilhar suas experiências, tendo em vista seu anonimato garantido de forma ética e acadêmica.

A partir da realização das entrevistas, obtivemos o material sonoro (por meio da gravação), que transcrito pôde facilitar a percepção e compreensão dos fatos que estavam sendo abordados e analisados.

Após os relatos transcritos, foi iniciado o processo de análise dos dados para reconhecer os pontos de convergência com o trabalho desenvolvido nesta pesquisa.

Através da análise dos resultados (discursos – das entrevistas e relatos) fomos capazes de relacionar o que refuta ou corrobora com os dados alçados através da pesquisa inicial (por meio da revisão do referencial teórico e fichamento bibliográfico) e finalmente, conseguimos propor alguns dados e alertas, cabíveis à temática, sendo estes os possíveis benefícios desta pesquisa, à medida que contribui para compreendemos melhor os processos vivenciados pela categoria.

Os resultados desta pesquisa deverão ser divulgados por meio de publicação acadêmica, como dado obrigatório para conclusão de mestrado e, possivelmente, sendo aproveitados para apresentações em congressos e artigos científicos futuros.

3. 7. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa desenvolvida contou com a colaboração de 12 participantes, sendo 10 para entrevistas e 02 para relatos. Sua realização contou a duração de quatro meses, no período de 04 de dezembro de 2012 a 09 de abril de 2013.

Dada a diversidade dos serviços ofertados pela rede a ser estudada na presente pesquisa, compreendemos como válida a caracterização de sua estrutura para melhor considerar os locais e discursos - analisados adiante.

3. 7. 1. As Entrevistas

- **ENTREVISTA 01**

Tempo de serviço – 21 anos (há 15 anos aposentada)

Sexo: Feminino

Duração: 00:36:19

- **ENTREVISTA 02**

Tempo de serviço – 10 anos

Sexo: Feminino

Duração: 00:14:19

- **ENTREVISTA 03**

Tempo de serviço – 30 anos

Sexo: Feminino

Duração: 00:16:15

- **ENTREVISTA 04**

Tempo de serviço – 20 anos

Sexo: Feminino

Duração: 00:14:04

- **ENTREVISTA 05**

Tempo de serviço – 19 anos

Sexo: Feminino

Duração: 00:32:19

- **ENTREVISTA 06**

Tempo de serviço – 18 anos

Sexo: Feminino

Duração: 00:13:55

- **ENTREVISTA 07**

Tempo de serviço – 16 anos

Sexo: Feminino

Duração: 00:15:00

- **ENTREVISTA 08**

Tempo de serviço – 20 anos

Sexo: Feminino

Duração: 00:14:15

- **ENTREVISTA 09**

Tempo de serviço – 06 anos

Duração: 00:22:28

- **ENTREVISTA 10**

Tempo de serviço – 19 anos

Sexo: Feminino.

Duração: 00:27:58

3. 7. 2. Os Relatos

- **RELATO 01**

Profissão: Assistente Social

Tempo de serviço – 23 anos

Sexo: Feminino

- **RELATO 02**

Profissão: Psicólogo

Tempo de serviço – 03 anos

Sexo: Masculino

3. 7. 3. A Rede de Serviços de Saúde Mental

Os serviços a serem discriminados a seguir são equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde, pertencentes à Rede de Saúde Mental de Santos, sendo esta substitutiva do modelo hospitalar - existente até 1989 na Baixada Santista e interrompido após o fechamento do Hospital Casa de Saúde Anchieta (em sua intervenção, como descrito no capítulo 2).

Desta forma, Santos (pioneira na implantação do modelo CAPS) desenvolveu um modelo próprio, conservando as características de atendimento ambulatorial e seguindo a lógica da territorialidade (conforme parágrafo 2 da Portaria nº 336/GM), ao qual buscaremos associar aos caracterizados pela própria Portaria nº 336/GM (19/02/2002 – Anexo B), documento normativo sobre o funcionamento dos CAPS.

Tais acompanhamentos podem seguir em regime de tratamento intensivo (aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário), semi-intensivo (tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS) e não intensivo (o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor, conforme a necessidade terapêutica exigida pelo processo). Sendo assim, teremos:

- **SENAPS** – Seção Núcleo de Apoio Psicossocial

Mantido em formato de CAPS III, conforme delineamento do artigo 4º.3 da Portaria nº 336 (em anexo), mantendo uma disposição de funcionamento de 24h, e atendimento direcionado, prioritariamente, à população com transtornos mentais severos e persistentes; dispondo, no período da pesquisa, de cinco unidades de atendimento (SENAPS I, II, III, IV e V).

- **SELAB** – Seção Lar Abrigo.

Mantido em caráter de abrigo, com objetivo de acolhimento de pacientes com transtornos psíquicos graves (crônicos), sem vínculos familiares e sociais, dispondo de assistência integral na unidade.

- **SERP** – Seção de Reabilitação Psicossocial.

Mantido como espaço de capacitação profissional, inclusão social e qualidade de vida; funciona através de atividades laborais direcionadas aos pacientes da Rede de Saúde Mental (com transtornos psíquicos), como projetos de jardinagem, reciclagem, artesanato, gastronomia e etc. - dependendo da disponibilidade do setor (como, por exemplo, projetos: “TERRA”, “FAZENDO ARTE”, “LIXO LIMPO” E “CANTINA SABOR SAUDE”) - com intuito de desenvolver autonomia e renda aos pacientes.

- **SENAT** – Seção Núcleo de Apoio Ao Tóxico Dependente.

Mantido em formato de CAPS ad II, conforme delineamento do artigo 4º.5 da Portaria nº 336 (em anexo), sendo responsável pelo atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

- **SECERPA (TÔ LIGADO)** – Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente; e **SVC** – Seção Centro de Valorização da Criança.

Ambos fariam parte da caracterização de CAPS i II, conforme delineamento do artigo 4º.4 da Portaria nº 336 (em anexo), como serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes; porém durante as entrevistas os ambos profissionais não se apropriam desta caracterização, afirmando serem essas instituições de ordem mais abrangente, realizando um acompanhamento a várias problemáticas da faixa etária, não só de ordem dos transtornos psíquicos (não sendo condicional - havendo acompanhamento de

crianças e adolescentes que não realizam tratamento psiquiátrico), diferente do que encontramos nas unidades de adultos (na qual o paciente só é acompanhado na condição de paciente psiquiátrico, em uso de psicofármaco).

- **SECEPREV** – Seção Centro de Prevenção Ao Uso de Substâncias Psicoativas.

Mantido como um serviço de orientação, primordialmente na prevenção primária, na temática sobre uso de substâncias psicoativas. Atua junto à comunidade (escolas, famílias, empresas... etc. – em setores públicos e privados), através de ações como: orientações, palestras, capacitações, assessoria, materiais e campanhas, sendo também a responsável técnica pelo programa do ministério da saúde sobre tabagismo.

- **PAI** – Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental.

Mantida como uma Organização Social de Saúde (O. S. S.), cultivada pela Instituição São Camilo, possui atendimento de internação psiquiátrica (24h/ liberação de visita diária – 3 vezes ao dia) - direcionada ao SUS, com 30 leitos (em 14 quartos), em período de curta duração (em média de 15 a 20 dias – após surto, chegando a 4 meses – ou mais, por meio de ordem judicial). Recebe uma demanda advinda de diversos locais da Baixada Santista, dentre os quais estão presentes os SENAPS, PS – ZNO (Psiquiátrico) e SENAT. O Polo está em atividade há aproximadamente três anos, dispendo, na alta, de orientação aos familiares e o reenaminhamento do paciente aos locais de origem.

Obs.: Quando necessário maior período de internação, é realizada internação auxiliar no Instituto Américo Bairral de Psiquiatria Itapira - em São Paulo; bem como nos casos de surto drástico e comorbidades graves.

- **SEPROS - ZNO** – Seção Pronto Socorro (Psiquiátrico) da Zona Noroeste.

Funciona como pronto socorro psiquiátrico, no auxílio das estruturas de Saúde Mental, já que o atendimento psiquiátrico nas unidades não é realizado no período integral.

- **RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA** – não estava ativa até o momento da pesquisa.

São locais de moradia alternativa para pessoas que estiveram internadas durante muitos anos em um hospital psiquiátrico, por não disporem de apoio adequado na comunidade. Estas são também a concretização das diretrizes de Saúde Mental que buscam suprir o modelo de atenção centrado no hospital, para que, em conjunto com outras unidades da rede, seja realizado o suporte necessário (ofertando equipe de supervisão e auxílio) ao desenvolvimento da vida - com autonomia.

- **CONSULTÓRIO DE RUA** – citado em uma entrevista.

O “Programa Santos caminho da cidadania – Consultório na Rua”, conhecido como “Consultório de Rua”, é um programa que visa o atendimento integral do usuário de álcool e outras drogas, utilizando-se de um consultório móvel (veículo tipo van) para atuar na realização de atendimentos de: aconselhamento, orientação e testagem, com base na estratégia de redução de danos. Em funcionamento desde 2012, vem auxiliando também com a integração ao SENAT.

- **TERAPIA COMUNITÁRIA** – citado em três entrevistas.

Terapia em grupo, idealizada pelo psiquiatra e antropólogo cearense Adalberto Barreto, em modelo “Roda de Conversa”. Em atividade há aproximadamente seis anos, após curso ofertado (terapia comunitária) aos trabalhadores da rede (podendo ser: psicólogo, médico, operador ou assistente

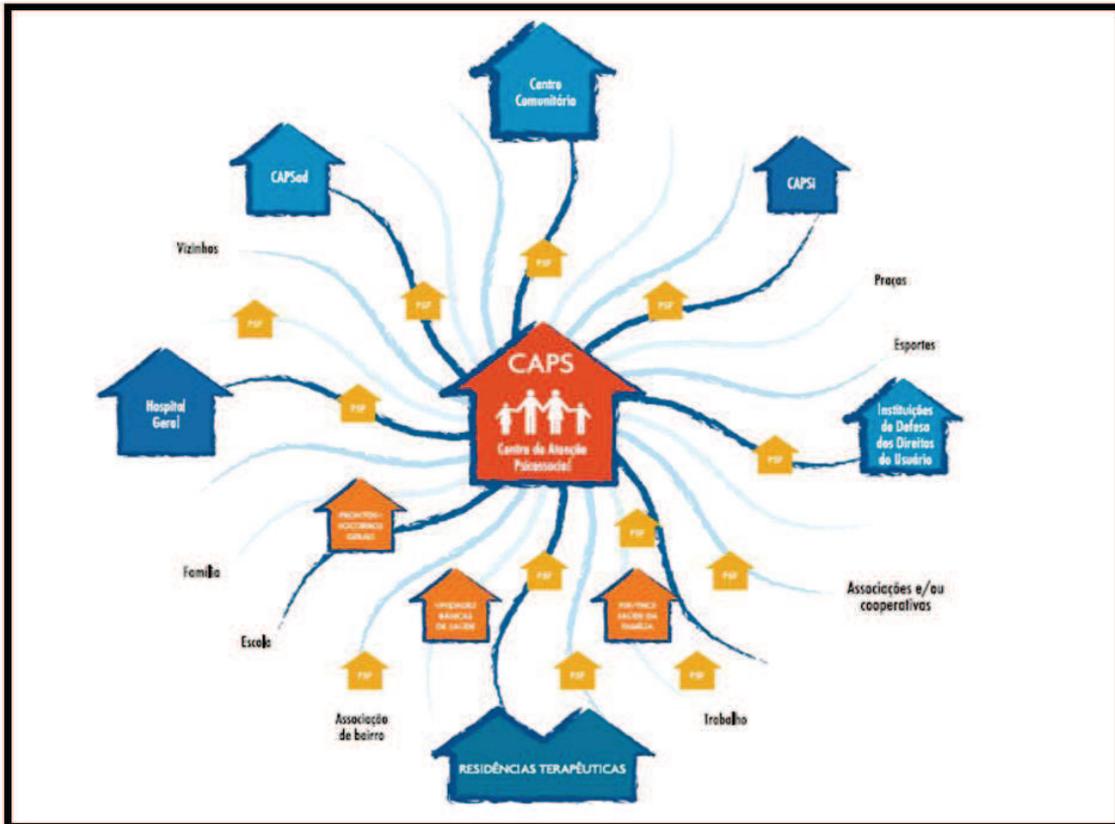
social) e utilizando-se de espaços públicos (centros comunitários, escolas, unidades básicas de Saúde – UBS, etc.) para realização dos encontros.

Os quadros a seguir ilustram as **Redes de Atenção à Saúde Mental** (ou Redes Substitutivas como optamos nomear em parte da extensão desse trabalho).

No primeiro quadro (QUADRO 06) temos a Rede Proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), apresentando o CAPS como estrutura central seguido por várias ramificações interligadas, institucionais e sociais, entre elas: o Programa de Saúde da Família (PSF), Prontos-Socorros Gerais, Unidade Básica de Saúde, PSF/PACS – Saúde da Família, Hospital Geral, Residências Terapêuticas, Centros Comunitários, Instituições de Defesa dos Direitos dos Usuários, CAPS i, CAPS ad, bem como, Vizinhos, Praças, Esportes, Família, Escola, Associação de Bairro, Trabalho e Associações ou Cooperativas.

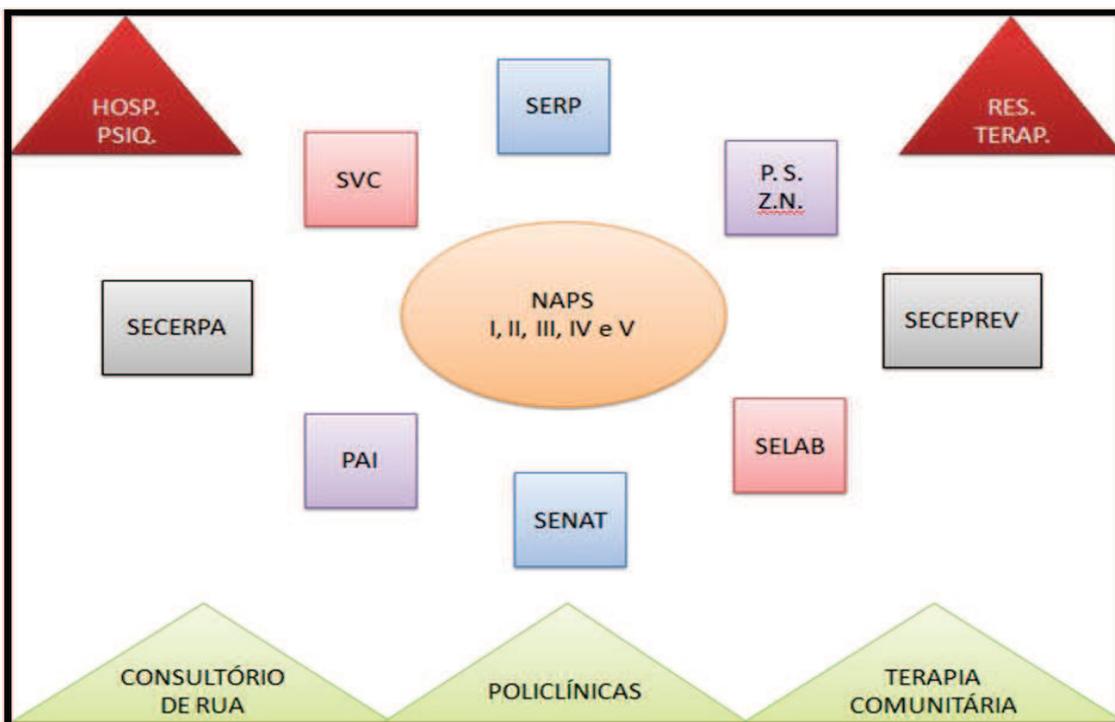
No segundo quadro (QUADRO 07) teremos a Rede Encontrada através das narrativas recolhidas na presente pesquisa. Observamos a semelhança na centralidade do CAPS, tratado como NAPS ou SENAPS pelo Município e tendo nele cinco unidades – ilustrado pela figura oval no centro do quadro. Entretanto as relações não se apresentam de forma interligada, como na figura anterior (QUADRO 06), pois os relatos trazem uma ramificação entre as figuras que circundam a figura oval, ou seja, os quadrados e retângulos que representam: a SECERPA, as SVSs, a SERP, o PS - ZN, a SECERPREV, a SELAB, a SENAT e o PAI (mesmo sendo este uma OSS prestadora de serviços ao município). Em segundo plano, abaixo ilustrado pelos triângulos verdes temos três estruturas que aparecerem nos relatos, porém de forma reduzida e aleatória, sendo: o CONSULTÓRIO DE RUA, as POLICLÍNICAS e a TERAPIA COMUNITÁRIA, apresentando-se distanciadas da estrutura cotidiana nos NAPS. Temos ainda, na parte superior do quadro, duas figuras triangulares na cor vermelha que representam o HOSPITAL PSIQUAÍTRICO e a RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA, denotando duas estruturas descoladas da Rede - sendo que a primeira existe, porém não no município sendo utilizada em outras cidades (quase que veladamente) e a segunda, mesmo que constituinte da Rede proposta (QUADRO 06) e compreendida como importante para o processo da independência do paciente psiquiátrico, ainda não está em funcionamento no município.

QUADRO 06 – Rede de Atenção à Saúde Mental – Proposta.



Fonte: BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. p. 11. Brasília, 2004 b, p.

QUADRO 07 – Rede de Atenção à Saúde Mental – Encontrada na Pesquisa.



3. 7. 4. Locais da Pesquisa

Foram realizadas entrevistas com profissionais de nove unidades da Estrutura de Saúde Mental de Santos, de acordo com a disponibilidade de horário e local de cada profissional (não necessariamente no espaço físico da estrutura de serviço), nas unidades aos quais dispunham do profissional de psicologia, durante o período da realização da pesquisa. Sendo eles:

- **SENAPS**

II – Av. Conselheiro Nébias, 325. Vila Mathias. Tel.: 3222 1217

Número de Psicólogos: 02

III – Av. Cel. Joaquim Montenegro, 329. Ponta da Praia. Tel.: 3225 8137

IV – Av. Pinheiro Machado, 718. Marapé. Tel.: 3225 5796

V – Rua Gonçalves Ledo, 29. Campo Grande. Tel.: 3251 2094

Obs.: Apesar da existência de cinco unidades, não conseguimos realizar a pesquisa no SENAPS I devido à saída recente do profissional existente no cargo e licença do outro profissional, de acordo com informações da recepção da unidade - note-se que também não conseguimos contato com a administração (direção), pois o cargo não estava preenchido no período da pesquisa.

- **SERP**

Rua da Constituição, 598. Vila Nova. Tel.: 3221 1875

- **SENAT** - (Zona Da Orla/ Intermediária, Região Central Histórica E Zona Dos Morros I)

Rua Silva Jardim, 354. Encruzilhada. Tel.: 3237 2681

- **SECEPREV**

Av. Conselheiro Nébias, 276. Vila Nova. Tel.: 3219 1000

- **SECERPA**

Rua Campos Melo, 298. Encruzilhada. Tel.: 3221 8367

- **SVC - ZNO**

Av. Hugo Maia, 212. Radio Clube. Tel.: 3299 7901

Obs.: Apesar da existência de três unidades (referidas como ZNO – Zona Noroeste, Centro Histórico e Orla), a realização da pesquisa foi autorizada pelo poder municipal apenas para uma unidade (ZNO).

CAPÍTULO 4

ANÁLISE: “DA EUFORIA À AUTOCRÍTICA”

Neste capítulo buscaremos, de forma clara e concisa, estabelecer conexões entre os materiais (advindos dos relatos e entrevistas) e os objetivos propostos, tendo como base os referenciais teóricos, proporcionando eixos pelos quais avançaremos nossas hipóteses, no próximo capítulo.

Na busca da compreensão da visão dos psicólogos, frente à ampliação dos serviços - marcada com a intervenção do Hospital Casa de Saúde Anchieta e desenvolvimento de um modelo substitutivo, o momento atual - descrito como o sucateamento deste serviço, e a necessária (e imprescindível) reflexão sobre seu papel, estaremos analisando as temáticas mais abarcadas pelos discursos recolhidos.

4.1. PSICÓLOGO PRA QUÊ?

Ao longo deste trabalho podemos observar que a Psicologia, atrelada à Saúde Mental em Santos, delineou um serviço que hoje se mescla entre a vanguarda e o retrógrado, apropriando-se de características do serviço público, atribuindo-lhe todas as críticas e dificuldades do mesmo. Mas o que teríamos a discutir como próprio desta profissão?

Atualmente a Psicologia está inserida em muitos programas do sistema público, emprestando a cada setor sua visão humana e psíquica, na busca de uma melhor compreensão dos comportamentos humanos e na intenção de poder contribuir para a orientação de como lidar consigo mesmo e com a sociedade, fortalecendo o sujeito na descoberta da sua autonomia. Na Saúde Mental (foco do trabalho), a Psicologia em Santos, estava presente antes mesmo da instalação do SUS, porém ainda não era uma política pública, constituindo-se como tal a partir de 1990 através do primeiro concurso público na cidade para o cargo de Psicólogo (lista em D.O. de 13 de janeiro de 1990) (SANTOS, 1990 – Anexo C).

Na Portaria n.º 336/GM (Anexo B), de 19 de fevereiro de 2002, que rege sobre a estrutura de aplicação e funcionamento dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na rede de Saúde Mental, o Psicólogo é citado nas relações humanas/cargo profissional (de nível superior) a compor a equipe técnica, em todas as suas estruturas (CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II), descrevendo a psicoterapia como tratamento a ser desenvolvido (individual e grupo).

Muitas obras literárias e trabalhos acadêmicos descrevem a psicologia como primordial, junto à psiquiatria, no trabalho com a Saúde Mental; todavia, ao mesmo tempo em que o psicólogo está descrito (bem como sua atividade profissional – a psicoterapia) ele não está composto como “obrigatório”, e sim, como “possível” dentro da equipe multiprofissional, entre outras categorias de nível superior, como: assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo (ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) - nas quantidades propostas segundo as especificidades das estruturas, não lhe atribuindo uma diretriz específica.

4. 2. PERSPECTIVAS DA PSICOLOGIA NA REFORMA DE SAUDE MENTAL

Ao lermos os trabalhos que tratam da Saúde Mental, de forma geral percebe-se que a Psicologia acabou colocando-se de maneira coadjuvante no processo histórico (por mais representativos e importantes que muitos atores sociais possam ter sido).

Em Santos a Psicologia esteve presente no processo de desinstitucionalização do Hospital Casa de Saúde Anchieta, estando representada até mesmo no documento do processo de seu fechamento, nas figuras de Luiz Antonio Guimarães Cancellato e Antonio Lancetti, junto aos psiquiatras Tykanori Kinoshita e Domingos Stamato (MATOS, 2004).

Todavia, a Reforma de Saúde Mental foi “liderada” por psiquiatras, tendo em Santos a vibrante e intensa participação de Tykanori, que emprestou seu olhar e vivência (ex-estagiário de Franco Basaglia) à “várias pessoas” que se disponibilizaram a “fazer” um projeto diferente do manicômio - desenvolvendo um

modelo substitutivo – os NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial, mais tarde se estruturando como a Rede de Atenção Psicossocial).

Desta forma, a Psicologia, bem como seu papel - tanto no processo histórico quanto na atualidade - fundem-se a outras categorias e com isso evidencia-se sua invisibilidade, que se concretiza ao tomarmos contato com as leituras das análises sobre políticas de Saúde Mental e na própria visão dos psicólogos (sujeitos da nossa pesquisa).

Em muitas entrevistas as falas ganham um tom, única e exclusivamente, sobre a Saúde Mental, e as respostas não trazem “nada” de específico da classe, ou seja, o serviço e o funcionamento da instituição são descritos – por vezes detalhadamente; porém a Psicologia vem a tona em poucos momentos.

Ao nos debruçarmos sobre as entrevistas e analisarmos os diversos discursos, à luz de nossos objetivos, conseguimos levantar alguns aspectos que serão - a seguir - alvo de reflexão.

4. 2. 1. A Psicologia – “quanto vale ou é por quilo”?

Com este título, fazemos menção ao filme nacional (de mesmo título – “Quanto vale ou é por quilo”), do gênero drama, dirigido por Sergio Bianchi, lançado no ano de 2005, que questiona a solidariedade de fachada, por meio de uma analogia entre o antigo comércio de escravos e a atual exploração da miséria pelo marketing social. Entretanto, em nossa temática, o título servirá como alerta frente à baixa visibilidade da Psicologia, ou mesmo sua inexistência em alguns contextos (até mesmo para os próprios profissionais), versus o foco de resistência, ainda presente (mesmo que de forma reduzida) para a reflexão, que habita as lembranças de uma época de vanguarda e o atual espaço da profissão (indefinido).

Ao questionarmos sobre o serviço de psicologia e o papel do psicólogo na Saúde Mental, obtivemos respostas que perpassam três momentos (que descrevem o que citamos acima), que serão utilizados como norte na subdivisão dos discursos. Teremos então: o pouco ou inexistente espaço nas políticas e serviços (Na Política); a pouca reflexão da própria classe (Na cabeça dos

Psicólogos) e a resistência, por vezes solitária, na busca de espaço (Na Luta), na dubiedade do contexto de ampliação histórica da classe, na contramão do espaço público.

- Na Política.

Ao questionarmos sobre o serviço de psicologia fica claro, por meio das falas, o quanto este serviço não possui um espaço individual na política vigente. É descrito fechamento de serviços específicos e apresentada indignação, pelo descaso ao profissional.

“Serviço de psicologia? Eu posso dizer onde trabalham psicólogos. Por que tem várias formas de fazer o uso da psicologia principalmente na saúde mental...” (Entrevista 10).

“Serviço específico que ofereça um atendimento psicológico, que eu saiba a gente tinha um tempo atrás um ambulatório de psicoterapia, nem sei se era este nome, mas que era mais específico direcionado para esta demanda. Agora o psicólogo a psicologia ela tem a sua função em vários equipamentos da saúde mental...” (Entrevista 05).

“... a gente tinha um atendimento melhor, um atendimento até para os neuróticos, como dizem as nomenclaturas. Esse serviço foi fechado, não existe mais. Os neuróticos hoje estão enfiados, que seria a palavra certa, nos NAPS, engrossando os NAPS como ambulatórios e tirando atendimento dos psicóticos que é o grande objetivo do NAPS. A gente tinha até 2006 o ambulatório de psicoterapia que era no AMBESP centro, que funcionavam os atendimentos em grupo para os casos de neuróticos leves e alguns neuróticos graves. Este serviço foi terminado em 2006, fechado, dispensado os psicólogos para os NAPS; e que deveriam ser os neuróticos atendidos nos NAPS. E aí começaram grandes controvérsias no nosso trabalho. Que até hoje não tem grande suportes para estas pessoas que ficam sem terapia, se enchendo de remédio e não resolvendo os conflitos e continuam no NAPS e isso... vão para lá e vem para cá. São palavras simples que eu estou falando, mas não precisa nem falar tecnicamente porque o aborrecimento e a tristeza de uma desativação de trabalho, de deixar as pessoas sem atendimento é tão grande que não dá nem para falar tecnicamente. Por que não foi terminado tecnicamente, então não se pode falar tecnicamente...” (Entrevista 06).

- Na cabeça dos psicólogos

Alguns discursos trazem a sua falta de informação sobre a Rede de Saúde Mental, seu funcionamento, ou mesmo, o papel a exercer.

“Não Priscila, eu já não vou conseguir fazer esta distinção, eu não sei quando foi implantado o SUS. Eu não estava aqui. Então assim, eu nem era usuária do SUS, e nem trabalhava com isso. Então eu estou muito fora desse processo de implantação. O que eu sei é que Santos é umas das poucas cidades daqui da região que tem uma série de equipamentos, servindo a população até, de maneira bastante geral dentro da psicologia...” (Entrevista 09).

“Tem um trabalho que é bem interessante, que é a terapia comunitária. Que alguns profissionais da rede fizeram esta formação, eu não fiz, nas policlínicas e a gente acaba caminhando muita gente para lá. Eu acho que é uma proposta muito interessante um espaço de grupo sempre é um espaço muito rico, um espaço em que as pessoas possam se sentir acolhidas...” (Entrevista 07).

“Nós chamamos isto aqui como um ambulatório de saúde mental infantil. O CAPS ele dá remédios, nos temos um médico psiquiatra que prescreve alguns remédios ou não. Então não chega a ser um CAPS, mas chega perto disso. Nós fechamos também, o CAPS teoricamente deveriam ficar aberto 24 horas e nos temos um período de trabalho e a gente não dá a medicação, a criança não fica aqui, ele vem faz o tratamento e vai embora. Em geral o nosso tempo é de 45 minutos a 1 hora de tratamento por semana” (Entrevista 09).

“Não sei. Nós somos de uma categoria muito difícil. As maiorias dos psicólogos são muitos alienados. A maioria dos psicólogos não percebe o quanto o trabalho dele está ligado diretamente às políticas públicas. A maioria dos psicólogos acha que o objeto de trabalho deles está no intra psico é uma bolha de sabão pairando no ar, isto é muito triste, por que o psicólogo acaba sendo um reprodutor da lógica dominante e isto é... tem que acordar, para sair deste lugar. Eu sinceramente não sei dizer, eu diria até que não (sobre a valorização da classe), mas colocando isto na conta dos próprios psicólogos. Teria havido espaço para avançar mais. Mas eu acho que os próprios psicólogos e não só eles, mas os trabalhadores da saúde mental de uma maneira geral” (Entrevista 10).

“A partir do momento que o profissional tem mais claro o seu papel na sociedade, eu acho que a sociedade também corresponde a isto sendo mais claro qual a função e o papel do psicólogo. Eu acho que teve uma valorização sim e o resultado foi a gente ter uma abertura para atender convênio saúde. Quando eu entrei na prefeitura de Santos eram vinte e cinco psicólogos, hoje a gente tem quase duzentos, então existe a demanda pro papel do psicólogo, pra função de psicólogo, em outras prefeituras da baixada a mesma coisa. Então isto na minha concepção perpassa por uma valorização deste profissional. Eu acho que o campo da psicologia na baixada cresceu muito, não só no serviço público, nas empresas, muitas empresas hoje requisitam profissionais de psicologia, nas escolas. Agora é aquilo, a gente tem uma responsabilidade que é manter este olhar da sociedade pra nós psicólogos, e melhorar este olhar da sociedade para nós, então quanto mais a gente se faz útil nestas diferentes situações, mas a psicologia é valorizada. ...Então se a gente tem esta disponibilidade, por que trabalho não falta, mas se a gente tem esta disponibilidade para fazer este trabalho, a gente também melhora a visão que a sociedade tem a respeito da nossa profissão” (Entrevista 05).

- Na luta

Ainda que timidamente (pois muitos profissionais trataram do tema apenas após o desligamento do gravador), apresenta-se uma resistência ao modelo instituído, uma revolta velada, aparecendo de forma solitária (em alguns casos), na busca de um espaço mais amplo para a profissão, frente à lembrança do contexto histórico da vanguarda santista em Saúde Mental (seu desgaste) e o pouco espaço direcionado a esta classe (mesmo com a ampliação histórica que foi vivenciada) no momento atual.

“... A psicologia foi crescendo muito e sendo cada vez mais valorizada. Ela foi tão valorizada que durante quinze anos, nunca houve concurso para psicólogo, pra você vê, eu já tinha 15 anos de prefeitura quando o governo Telma que foi aberto o 1ª concurso. Assim... é super importante porque as pessoas sempre acharam que aquele concurso era para regularizar a situação dos 15 psicólogos, não foi isso não, não era para isso mesmo. Tanto é que nosso tempo anterior, eu já tinha comentado com você, ser considerado, a gente teve que brigar muito. Então é assim depois de quinze anos dentro da prefeitura que foi..., eu acho que até a partir do concurso foi uma marco muito importante na valorização da profissão dentro da prefeitura né, e mesmo fora, quando eu comecei a psicologia era coisa de louco a população não via abrangência. Tanto que ela tava crescendo e evoluindo que até sentiu a necessidade de um concurso, o que antes não se sentia. Porque sentiram, porque a profissão estava crescendo” (Entrevista 01).

“No fechamento (do Hospital Casa de Saúde Anchieta) com certeza, houve uma inserção muito maior e uma compreensão melhor da dinâmica, então é assim, se entender para além dos sintomas, então houve um marco realmente, eu acho deste trabalho do psicólogo. Mas é isto que eu falei, hoje a coisa está se perdendo muito. Porque a gente saiu de um modelo mais clínico, aquele atendimento mais individualizado, não que ele não aconteça, mas a gente trabalhou muito mais, então é assim... questões mais amplas, atendimento de grupo onde você grava mais o indivíduo, porque ele precisava disso, ele vivia uma situação de isolamento muito grande. Então é assim, houve um momento que se trabalhou muito mais isto e isto se desenvolveu muito mais autonomia, eu creio e depois de novo, agora este retrocesso” (Entrevista 04).

“Antigamente a gente sabe que a psicologia tinha um viés muito mais clínico e também seletivo e hoje a psicologia esta inserida em vários contextos sociais, principalmente nas políticas públicas seja da assistência, seja da saúde, da educação, seja este trabalho mais emergente diante das grandes catástrofes. Enfim hoje o psicólogo consegue estar presente aonde ele é solicitado. Isto perpassa também pela questão da identidade profissional. Um problema que a gente tem hoje é a nossa identidade profissional e se a gente tem clara a nossa identidade profissional a gente vai saber qual o nosso trabalho num serviço de saúde pública, qual o nosso trabalho num serviço de assistência, na educação, no consultório. Eu acho que quando isto também é transmitido a estes estudantes e futuros psicólogos de uma maneira, mais efetiva, a gente tem uma qualidade do serviço deste

profissional. E quando também é propiciado aos profissionais que já estão na área muito tempo uma qualificação, uma reformulação deste conceito, por que a gente tem aqui em Santos muitos profissionais que são antigos, que se formaram antes dessa mudança toda, de um aspecto mais social. Em Santos a gente tem muito consultório de psicologia, eu não faço apologia aos fins dos consultórios de psicologia, mas a gente precisa se adequar, hoje em dia os psicólogos atendem convênios médicos, convênios de saúde, antigamente a gente não atendia convênio de saúde. Então hoje a psicologia se ampliou de tal forma que ela propicia a inclusão de todos ao acesso ao serviço psicológico, ao apoio psicológico. Então eu acho que teve sim (valorização da classe) e perpassou por esta modificação, por esta nova visão com relação a formação e que hoje o profissional esta mais instrumentalizado para trabalhar no serviço público. Não que seja o ideal, por que tem muita coisa que ainda assusta. Na realidade o serviço público é complicado, por que a gente sempre fica procurando a condição ideal do trabalho e não existe condição ideal de trabalho no serviço público. Você precisa conseguir lidar com aquilo que é oferecido e tentar fazer melhor possível. Porque senão quem é prejudicado é o outro, que não tem nada a ver com a história, que é justamente o nosso cliente que é o munícipe que paga imposta que precisa do atendimento” (Entrevista 05).

“Eu acho que no inicio até houve uma valorização, mas eu acho que isso está se perdendo. Eu acho que está havendo este desgaste exatamente porque você não consegue exercer aquilo que você até enxerga que precisa, mas tomado pela esta questão das emergências de emergência, você não consegue desenvolver e acaba havendo a desvalorização, porque não vem um resultado, não vem um... não se enxerga uma contribuição” (Entrevista 04).

“Infelizmente eu acho que a nossa demanda aqui em Santos, o número de profissionais que a gente tem no momento na rede, melhorou muito, mas ainda não é o ideal para a gente atender toda uma população. Houve vários fechamentos de serviços, agora esta surgindo novas contratações. Mas houve épocas que nós psicólogos para rede nos estávamos com escassez, então é assim, isto faz com que dentro do serviço a gente não consiga às vezes dar um atendimento individual, procurar fazer um trabalho de grupo com certa consistência, então eu acho que a gente está bem, em relação a 89, muitas coisas foram, mas eu acho que a gente tem que melhorar muito ainda” (Entrevista 03).

“Eu acho que a gente tem procurado fazer o melhor, dentro das nossas possibilidades, temos tentado humanizar cada vez mais o trabalho, fazemos reuniões semanais, duas reuniões por semana, acho que ainda é pouca, mas a gente acha fundamental discutir o trabalho, eu pelo menos acho fundamental, a gente esta fazendo sempre uma supervisão horizontal, porque não temos supervisor da prefeitura. Já tivemos um tempo, atualmente estamos sem supervisor, mas fazemos uma supervisão horizontal, isto já ajuda bastante. Eu acho que este sentimento de parceria, que rola aqui na equipe, que neste momento é forte, eu acho que isto é o que dá o suporte para a gente trabalhar” (Entrevista 02).

Os três pontos abordados neste item sobre a **Psicologia** trazem narrações acerca da visão do Psicólogo frente a sua própria profissão, em falas que se contrapõem, em meio a visões diversas, apresentando:

Num **primeiro subitem**, esta sua visão **Na Política**: através da indefinição do serviço exercido (ao reconhecer o psicólogo na Rede, porém sem definição direta de sua aplicação), fechamento de serviços específicos (descrevendo o fechamento do ambulatório de psicoterapia), mudanças de propostas (no direcionamento dos neuróticos - leves e moderados - aos NAPS, sendo estes específicos a psicóticos e neuróticos graves), acarretando sobrecarga e disfunção ao serviço.

Num **segundo subitem** temos a visão **Na Cabeça dos Psicólogos**: descrita na falta de informação (presente quanto: ao contexto, quando o profissional revela não conhecer fatos sobre a implantação e estruturação do serviço público ao qual faz parte; ao serviço, na descrição de um serviço – terapia comunitária – que não é específico nem a Rede de Saúde Mental, nem a Psicologia; as normatizações, ao não definir o serviço como um CAPS justificado pelo horário de funcionamento e conduta profissional, denotando um desconhecimento da Portaria nº336/GM – 2002 (Anexo B), regente ao funcionamento da estrutura, que possibilita a nomenclatura de CAPS à um serviço sob a especificidade de seu público), e na partida para uma visão auto referente (ou auto crítica) ao definirem como alienada, e aquém do preenchimento funcional de seu papel social (valorização), na atualidade, as condutas profissionais do Psicólogo.

Já em seu **terceiro subitem - Na Luta** - podemos perceber um movimento diferenciado, quando referido à valorização, ampliação e efetivação do serviço (tanto na fala sobre o 1º concurso público da cidade, quanto na fala sobre o fechamento do Hospital Casa de Saúde Anchieta), contrária à situação atual nas falas sobre o retrocesso e a necessidade de reconstrução da identidade do trabalhador psi (em sua formação acadêmica e continuada, na especificidade do serviço, no número de profissionais a ser composta uma Rede eficaz) em contraste com uma realidade de condição precária de trabalho, na qual se destaca o esforço pessoal e a sua caracterização como equipe.

4. 2. 2. Saúde Mental

Inserido neste processo e permeado de pouca (ou nenhuma) diretriz, o psicólogo funde-se na equipe e busca nela segurança e apoio para a execução do trabalho. Os sujeitos entrevistados relatam esta relação, praticamente, de duas formas, caracterizando-a como: parte de uma frente multidisciplinar, ou como aquele que irá resolver o problema.

- Como uma frente multiprofissional

A Reforma de Saúde Mental em Santos, mais especificamente após o fechamento do Hospital Casa de Saúde Anchieta, surge da união de diversos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais,...), permitindo uma visão ampla do ser humano e tratamento para além do cárcere, ganhando o nome de equipe.

“... Eu acho difícil analisar os psicólogos em separado dos demais, no caso das equipes de saúde mental, eu acho que é tudo meio junto assim” (Entrevista 10).

“Na saúde mental a gente trabalha com equipes multidisciplinares. Como eu trabalhei na época em que a saúde mental era um projeto bastante investido pelo poder público municipal, então eu tenho duas referências em mente. Eu tenho o que deveria ser, e o que de verdade hoje é. Por que o que deveria seria seguir os princípios da reforma psiquiátrica. E pelos princípios da reforma psiquiátrica, trabalho realizado pela equipe multidisciplinar, ele deve ser pautado pela transdisciplinaridade, pelo compartilhamento do saberes. Então não é um serviço para ser oferecido de uma forma compartimentalizada: A psicologia fala do Psicólogo, a Assistente Social fala com a Assistente Social, a terapia ocupacional só com a Terapeuta... não é isto” (Entrevista 10).

“Aqui a equipe de trabalho é muito bacana, as pessoas unem forças para ajudar o paciente e o meu trabalho aqui é atendendo estas pessoas que tem dificuldades, atendendo as famílias. Eu faço grupo com uma colega atendendo grupo de familiares, que eu acho que é uma coisa super importante” (Entrevista 07).

“E acho que neste tempo que estou aqui esta equipe já era uma equipe... até por conta do trabalho da chefia anterior, é uma equipe que tem um compromisso, uma disposição e ai eu acho que eu vim somar nesta direção. Então eu ajudo pra ter referência, a pensar sempre no sentido das coisas, sempre no sentido que a gente está fazendo, das nossas ações, dos projetos terapêuticos, então eu tento ajudar para que a gente não engula nada do jeito que aparece” (Entrevista 10).

“Eu acho que é assim, a tendência é sempre funcionar como uma equipe multiprofissional..., mas assim, que sempre o foco acaba sendo a equipe multiprofissional e o psicólogo sempre fazendo parte dela” (Entrevista 07).

“... a gente tem que ter um jogo de cintura muito grande. Uma condição de trabalhar com pessoas muito diferentes e conseguir agregar em prol de um objetivo comum, que é o pleno funcionamento e o bom atendimento, que a gente tem que levar aos nossos usuários...” (Entrevista 05).

- Equipe dentro de um modelo indefinido de Saúde Mental

Com a perda do projeto inicial, já que a Rede de Saúde Mental pouco se ampliou – apresentando seu auge com a criação dos NAPS, a equipe multidisciplinar vem apresentando uma perda de embasamento.

“... desde o início que se pensou este novo modelo de atendimento a saúde mental foi na assistência. Porque também era um momento em que estava se pensando em modificar o que se tinha e o que se tinha era na verdade uma desassistência. Mas então tudo que se pensou foi em termo de assistência, nenhum momento houve, embora haja no discurso, já há isso, existe este entendimento de quanto se precisa pensar em prevenção, investir em prevenção, quanto isso se resulta em melhoria para a assistência, se sabe disso. Mas ainda não se chegou de fato a este investimento, a realmente fazer alguma coisa...” (Entrevista 04).

“Basicamente o papel do psicólogo dentro de uma equipe multidisciplinar se mescla, sem se perder o foco né, que é o alívio do sofrimento, que é buscar entender o paciente, por que tudo que a gente faz tem que visar o bem estar físico e emocional dele e eu não consigo desintegrar o físico do emocional. O paciente é um só, para eles estar bem emocionalmente ele tem que está bem fisicamente, tem que ser um complemento, e o atendimento em si... Eu sinto que o psicólogo hoje, é uma peça fundamental, assim como outras né, por que o trabalho multidisciplinar é muito importante, cada um dentro das suas funções, mas você tem que estabelecer....você tem que ter um programa onde você consiga visualizar o que você quer atender com aquele objetivo... Muitas vezes eu acho que o meu trabalho aqui... eu acabo fazendo diversas coisas, que não são meu trabalho e aí eu paro e me pergunto...” (Entrevista 03).

- O psicólogo como aquele que vai resolver o problema

Todavia, nem toda equipe funciona como tal, por vezes a falta de direcionamento e informação faz com que tenhamos apenas uma diversidade de profissões atendendo no mesmo local - sem troca, sem parceria, sem desenvolvimento conjunto, como descrito a seguir:

“Mas o que prevalece na cabeça das pessoas é que o técnico que deve cuidar da saúde mental é o psicólogo, além do psiquiatra. Nem todos os casos que o psicólogo atende, o psiquiatra deve atender. Mas todos os casos que o psiquiatra atende, o psicólogo também deveria atender. Então é uma lógica meio assim” (Entrevista 10).

“Talvez tenha havido a valorização por um viés equivocado no sentido de achar que o psicólogo tem que dar conta. Entende? Que o problema é da psicologia, talvez neste sentido tenha havido. O psicólogo e o psiquiatra ai eu acho que no ponto de vista do imaginário social estas figuras elas estão... a população não diferencia direito, chama a gente de doutora, por exemplo, tudo misturado, acha que a gente trata de louco, falar com o psicólogo acha que é louco... Então tem uma confusão nas cabeças das pessoas né. Mas neste caminho da medicalização da sociedade, da patologização das questões, então eu acho que houve uma valorização não que seja ela contida entende? Mas uma valorização neste sentido, absolutamente equivocada de achar que o menino deixa a toalha em cima da cama o psicólogo tem que dar um jeito. Porque um menino com o calor, de quase 30, 40 graus, que é o que faz aqui, está na sala de aula com ventilador quebrado, ele não gosta de estudar, odeia matemática... ai por que ele apronta na aula de matemática, porque ele não aguenta ficar parado... é a psicóloga que tem que dá um jeito. Entende? Então é assim, complicado, então a valorização é às avessas, né?” (Entrevista 10).

“... Desta forma mais transversal e aqui também a gente trabalha assim, mais ou menos na verdade né. Eu sinto que como aqui, a gente não tendo... como eu diria... como esta visão que eu acabei de dizer, ela não está na coordenação deste setor, então isto não é muito investido. Então as pessoas os não psicólogos que se dispõem a compartilhar o saber, muito que bem. Mas as que não se dispõem, não há quem incentive o contrário. Entendeu o que eu quis dizer? Então é por isso que é mais ou menos” (Entrevista 10).

Os três pontos abordados neste item sobre a **Saúde Mental** trazem narrações acerca da visão de equipe e de como esta influencia diretamente na constituição e execução do trabalho.

No **primeiro subitem** encontramos falas a respeito da Equipe como frente multiprofissional, caracterizada nas narrativas como indiferenciada (ao não conseguir conceber o trabalho do psicólogo sem a equipe – fusão), da nomenclatura autodenominada (equipe multidisciplinar, instituídos na vanguarda santista, descrita como um projeto muito investido pelo poder público), na contrariedade de aplicação entre transdisciplinariedade (que visa a unidade do conhecimento) e a compartimentalização (segmentarização do conhecimento), a visão protetora da equipe (ao descrevê-la como uma “união das forças”), a necessidade de gestão (ao denotar o reduzido direcionamento da equipe pela chefia) e o desafio na diversidade (descrito na fala como a necessidade de “jogo de cintura”, para o bom desempenho do serviço diante dos divergentes olhares das profissões).

O **segundo subitem** trata da Equipe dentro de um modelo indefinido, reforçada pelas falas a respeito do modelo assistencial (criado para corrigir a “desassistência” instituída pelo Hospital Casa de Saúde Anchieta, sem projeções de ampliação a longo prazo e a ausência à prevenção), a dificuldade de estabelecer-se profissionalmente neste processo (na fala sobre a falta de objetivo específico do serviço à ser desempenhado) e a descaracterização profissional (ao perceber-se realizando um serviço que não compete a seu cargo/ formação).

O **terceiro subitem** traz o Psicólogo como aquele que vai resolver o problema, apresenta narrativas sobre sua “valorização” sob o viés da “responsabilização”, produzindo uma negação do modelo transdisciplinar, em meio a uma ausência de esclarecimento social do papel do psicólogo (ao caracterizá-lo como “doutor”) e acarretando uma fragilização da equipe (evidenciada por falas que abordam a necessidade de norteamto e coordenação, não disponíveis de forma efetiva no serviço).

4. 2. 3. A priorização da assistência frente a uma realidade de emergência.

Muitas falas trouxeram a questão da constante emergência, frente a um contexto de insuficiência (estagnação ou retrocesso do serviço), e a perda do projeto inicial. O contexto histórico também é trazido à tona, como parte do desvirtuamento e do desgaste (pelo desinvestimento na saúde no período posterior) dos serviços. Visando uma melhor visualização dos discursos, teremos a seguir uma delimitação pelos temas mais recorrentes, sendo estes: a constante emergência; o visível retrocesso, a perda do projeto e o desinvestimento no serviço.

- A constante emergência;

“... trabalho com as famílias. Fora isso a gente dá o suporte, o apoio ao paciente. A gente não tem como atender todo mundo, muitas das vezes a gente vai atendendo conforme a necessidade nos vai colocando, as situações vão se apresentando e a gente acaba correndo mais para isto” (Entrevista 07).

“Por mais que a gente tente estabelecer, sempre existem situações de emergências que a gente... que chega da demanda espontânea e que o serviço tem que acolher, mas a gente tenta procurar assim... ter uma certa

prioridade com os nossos pacientes que fazem H.D. (hospital dia) aqui. Por que tem muitos que estão aqui com a gente, eles não estão mais em crise, mas vem diariamente frequentando o H.D. (hospital dia), e às vezes a gente tem que trabalhar com estes pacientes diversas atividades. Eu acho que a gente ainda tem que melhorar muito em RH (recursos humanos)” (Entrevista 03).

“Em outros tempos a gente trabalhava bastante a questão de ressocialização, trabalhava-se muito família, você não esperava tanto o paciente chegar a você. Você conseguia realmente entender uma demanda de uma localidade, o profissional ia até lá. Ai você diversificava este tipo de atendimento, então não ficava tanto nas emergências. Hoje é assim, mal se dá conta das emergências, isto é inegável. Isto foi se perdendo, toda a proposta que se tinha no início foi se perdendo. Hoje mal se dá conta da emergência da emergência...” (Entrevista 04).

- O visível retrocesso

“Desta mudança de uma forma geral o que eu posso observar... , eu não estou mais lá dentro, mas parece que estagnou, parou, não houve uma evolução” (Entrevista 01).

“A gente já foi referência. A gente recebia gente toda semana, alguém de outro país de outro estado, dava um trabalho incrível para nós, a gente tinha que mostrar, contar, explicar. Estes participavam ativamente do movimento da luta antimanicomial...” (Entrevista 10).

“Eu não estou na rede desde a época da implantação, mas eu acho que esta cidade já passou muitas mudanças, na minha opinião, houve uma degradação no serviço de saúde mental muito acentuada, pelo menos desde do final de 1980 que foi quando o hospital Anchieta foi fechado, que já começou a discussão da redução de danos, e foi feito um trabalho muito interessante que já foi referência para América latina, inclusive mundial, em termo de saúde mental” (Entrevista 02).

- A perda do projeto

“... na época quando eu comecei como estagiária e depois logo no inicio ainda que o projeto continuasse, tinha um projeto mais estruturado mais focado. As funções eram mais delimitadas e os objetivos a serem alcançados também, a comunicação entre a base, chefias e coordenação fluía com mais facilidade, não tinha diferença entre os serviços, tinha uma política mais estruturada. Com a saída do PT, teve uma mudança de foco, depois de lá para cá não teve um projeto. Não teve um projeto que englobasse o NAPS como um todo. Não sei se os outros serviços, mas no NAPS eu consigo perceber que não teve um projeto que englobasse ele como um todo. O perfil de cada NAPS foi se modificando de acordo com a chefia, de acordo com os funcionários que saíam, de acordo com os funcionários que entravam. Então com o passar dos anos o serviço foi se descaracterizando em relação ao projeto inicial. Hoje em dia algumas coisas se sustentam porque têm alguns funcionários antigos que sustentam uma ideologia, chefias também. Mas não que exista um projeto como um todo, para todos para que funcione de uma mesma forma” (Entrevista 08).

“Eu acho que a dificuldade é exatamente esta, eu acho que os serviços estavam mais divididos, além do que tem uma deficiência hoje, sem dúvida em todos os setores de RH, perdeu-se muito RH, e eu acho até que se perdeu-se muito a proposta do serviço, porque quando você perde RH você deixa de estar realizando muito dos serviços, então você acaba hoje atendendo muito questão de emergência. É assim ficou muito deficitários outros serviços” (Entrevista 04).

- O desinvestimento no serviço

As falas a seguir descrevem uma grande variedade da temática abordada (o desinvestimento), abarcando-o em âmbitos: salarial, ambiente de trabalho, contexto, fechamento de serviços, falta de capacitação e incentivo, etc. Apresentam, assim, de forma multifaceta, o quanto se deixou de pensar neste serviço.

- Equipe incompleta

“A nossa equipe ela não está completa, a gente não tem nem TO (terapeuta ocupacional), nem Fono (fonoaudiólogo) que fazia parte” (Entrevista 10).

- Falta de recursos

“O serviço acontece porque a gente quer que aconteça, a gente não tem muito apoio, a gente tira dinheiro do bolso para realizar as oficinas. Eu vejo assim, atualmente o dinheiro, ele tem sido... na saúde de uma forma geral, ele vai muito mais para o serviço com a AIDS, então a AIDS tem toda uma estrutura, no resto existe a cobrança, mas não existe a contra parte” (Entrevista 02).

“... a SENAT no momento é o único CAPS ad (álcool e drogas) da cidade. Existe agora a verba que foi liberada para a construção de mais um CAPS, nós teremos futuramente dois, mas este projeto já está desde 2005 para ser concretizado, acho que este ano vai...” (Entrevista 02).

“E nestas condições a gente não consegue ter verba nem para comprar giz de cera se quiser, não tem material, não tem nada. Tem uma colega disponível, que ela entende, sabe fazer mosaico, tem meses que a gente esta pedindo para comprar uma ferramenta para cortar as pastilhas, é um descaso que dói na alma e revolta. Por que é um descaso com a população e com os servidores. Então deste ponto de vista eu estou bastante insatisfeita” (Entrevista 10).

“... sinto que falta muito recurso pra gente né. Sinto que falta material... Recursos materiais para o trabalho, falta muito assim eu trago muita coisa de casa, se quiser tem que ir atrás, tem que levar ofício para conseguir material, tem que tirar dinheiro do bolso. Hoje mesmo eu fui comprar umas coisas básicas para nossa festa de carnaval e cada técnico desembolsou R\$ 5,00 reais, a gente juntou para fazer um auezinho básico aqui. Então é

assim, a coisa acontece porque a gente quer, e a gente muitas vezes deixa de atender... sai correndo para poder fazer uma reunião de rede, ou sai fora do horário de trabalho, então é assim, é uma coisa que é cobrada, mas ao mesmo tempo não é previsto dentro do horário de trabalho né, então a gente tem que se desdobrar para que as coisas aconteçam, mas fora isso tá tudo bem... Risos..." (Entrevista 02).

➤ Questão salarial

"Houve uma valorização muito grande, só que o mercado às vezes não abarca tudo isso, principalmente na prefeitura em Santos, no estado também né. Não contrata, ou não tem dinheiro para pagar, ou então, paga uma miséria que nem pagam hoje para gente..." (Entrevista 06).

"A gente sabe que a questão salarial, ela não comporta, eu acho que o investimento no profissional universitário, não só nesta prefeitura como em outras ainda está muito a quem. Ainda precisa... deu uma melhorada no ano passado, mas mesmo assim... não está dentro daquilo que a gente poderia dizer, que seria o satisfatório. Não é nem o ganhar muito, mais é o satisfatório para a gente sobreviver" (Entrevista 08).

➤ Fechamento de serviços

"Porque já se teve uma época os ambulatórios, que atendia esta demanda de neuróticos, Isto se perdeu já algum tempo, né. Assim existe uma intenção da prefeitura de retornar e ativar este serviço existe um entendimento da necessidade deste serviço, o quanto que fica falho. Então fica assim, como você não tem o que oferecer acaba o NAPS tendo que absorver esta demanda. Os NAPS na verdade a demanda deles é de psicóticos" (Entrevista 04).

"O matriciamento, eu não cheguei a participar muito das reuniões, eu vi o início, eu acredito que é essencial o matriciamento em saúde mental, até porque descaracterizou muito com o fechamento do ambulatório de saúde mental da prefeitura, que era mais voltado para os neuróticos graves e leves e também quando o PAM funcionava, que hoje é o AME, tinha atendimento psiquiátrico e alguns atendimentos psicológicos também. Quando fecharam os dois serviços a demanda de neuróticos graves e leves dentro dos NAPS aumentou um absurdo. Então isto descaracterizou também muito o nosso trabalho. Que o foco de atenção era mais para o psicótico e até uma neurose mais grave, acabou ficando, mais voltado para o neurótico grave e leve, e o psicótico que é um paciente que precisa de mais atenção, até porque ele não vem ao serviço, você tem que buscar, muitas vezes você tem que fazer resgate e buscas, perdeu força neste sentido" (Entrevista 08).

➤ Contexto político-social

"Muita coisa mudou, muita coisa acabou sendo desvirtuada, mas a gente também não pode esquecer o contexto social. A gente teve um momento muito grande da população, teve uma mudança muito grande na vida da gente... Eu quando entrei na prefeitura eu ganhava muito bem. O meu salário hoje é muito pouco, se eu fizer este comparativo, então hoje, por exemplo, pra eu ter a mesma renda de vinte anos atrás, eu preciso trabalhar

em três empregos. E é obvio que isto vai trazer um desgaste muito grande pra você, enquanto pessoa, enquanto profissional, no teu âmbito familiar, isso acontece comigo que tenho toda uma formação, imagine com as outras que tem que fazer a mesma coisa... não dá para descolar de todo este contexto social. Quando a gente em 89, tinha mais de 100 pacientes hoje a gente tem mais de dez mil pessoas inscritas nos NAPS” (Entrevista 05).

➤ Ambiente físico

“... o ambiente físico de trabalho, nossa casa estava caindo aos pedaços, estava chovendo aqui dentro, está ainda. Então é assim, fisicamente é ruim, não temos de placa lá na frente dizendo que somos da prefeitura...” (Entrevista 09).

➤ Falta de capacitação e incentivo

“Pelo menos as tentativas de atendimento foi pelo SENAT (ao falar sobre o tratamento de drogadição). Aí, de um certo momento do ano passado pra cá, decidiram que a gente tinha que atender, sem nenhuma consideração, nem com a equipe no sentido de promover algum tipo de reciclagem, de capacitação, algum tipo de discussão mais técnica, não. Entendeu? Com as condições que a gente tem, a gente não consegue” (Entrevista 10).

“A gente faz uma terapia também com a família, mesmo que a gente não tenha a capacitação de terapia familiar, você acaba dentro da sua experiência de vida e trabalho, dentro das trocas que a gente faz,... Apesar da prefeitura de Santos ser uma das únicas da baixada a ter uma série de unidades, de atender esta população, blá, blá....Tem uma coisa muito ruim, que é falta de capacitação... Eu trabalhei em um monte de outras coisas antes de entrar aqui, eu estava muito bem preparada para entrar aqui, entrei logo na primeira leva, mas assim, eu não tinha capacitação para trabalhar com a saúde mental... , que era isso que eu tinha que fazer... Faz seis anos que estou aqui, faz seis anos que eu peço capacitação, com o salário que eles nós pagam, eu não consigo fazer, sozinha. Então eu fico lutando contra a maré, estudando sozinha, dividindo coisas com as minhas amigas. Às vezes a gente faz um pequeno grupo para conseguir ler um livro juntas - eu não sei, como é que eu vou entender sozinha. Então alguém mais preparado pode ter qualquer outra ideia, então a gente faz grupo de quatro, cinco meninas para conseguimos ler e entender e dar um passinho pequenininho pra frente. ...A falta de capacitação é um esquecimento grosseiro da prefeitura. Porque a vida passa, as coisas andam o bonde já está lá na frente e a gente está aqui ainda, capinando” (Entrevista 09).

“... nós não temos estímulo em termo de atualização teórica e técnica, se a gente quer fazer alguma coisa é muito difícil obter uma bolsa, liberação para isto a gente até consegue, mas existe uma burocracia muito grande em cima disso. Então não há muito estímulo para que isto aconteça. Se a pessoa quiser, ela tem que fazer um esforço mesmo, tem que querer mesmo, tem que ir atrás” (Entrevista 02).

“... Mas na verdade eu não tenho condições financeiras para ir pra São Paulo e fazer um curso. E quando... eu consegui fazer um curso de longa distância, eu fiquei sabendo de um curso de longa distância da Fiocruz no Rio de Janeiro e eu teria duas aulas presenciais, e a prefeitura disse: pode ir a gente não vai pagar nada. Eles (Fiocruz) pediam por escrito, que o

órgão que eu estivesse ligada se responsabilizasse por bancar esses dois dias para mim, e eles (a prefeitura) escreveram que não se responsabilizariam, então eu não pude fazer o curso. Eles negaram pra mim. Era um curso de extensão, que daria direito a alguns benefícios aqui dentro, mas eu não pude fazer. Então eu não estou satisfeita” (Entrevista 09).

Os quatro pontos abordados neste item sobre a **Priorização da assistência frente a uma realidade de emergências** trazem narrações acerca do modelo instituído no decorrer dos anos de funcionamento (da Rede Substitutiva) após a intervenção e fechamento do Hospital Casa de Saúde Anchieta.

O **primeiro subitem** aproxima-se da temática sobre a Constante emergência, apresentando falas com foco: na demanda (ao descrever que a imediata necessidade da população que chega ao serviço), no prejuízo do serviço (ocasionado pela emergência versus outras prioridades – H.D., por exemplo, nos serviços a serem dispostos aos pacientes do hospital dia), na ausência de organização administrativa (perda de R.H. – recursos humanos), no desgaste e impotência profissional (frente as emergência, ao descrever o serviço: “atendemos a emergência da emergência”).

O **segundo subitem** traz como título O visível retrocesso, no qual as narrativas emergem da estagnação do serviço (ao perceber que “não houve evolução”), do histórico de referência da Rede (descrito como de ordem nacional e internacional, pelos profissionais), e a atual degradação da Rede (no período pós intervenção, seguido do desinvestimento político).

O **terceiro subitem** visa angariar a questão da Perda do Projeto, na presença de falas que abordam a desestrutura do projeto inicial (vanguardista) de Saúde Mental no qual foi implantada a Rede Substitutiva no modelo santista, sendo descrita a perda: da estrutura, do foco, da delimitação das funções e objetivos da equipe, da comunicação (da base com a chefia e coordenação), de políticas estruturadas, da caracterização do serviço, da proposta inicial, e da uniformidade (ao descrever que com o passar dos anos a capacitação e orientação sobre o serviço reduziu-se a visão de cada equipe e unidade); finalizando o item com a elaboração do quarto subitem, a respeito do Desinvestimento no serviço, ampliando a compreensão do tema por meio de narrativas acerca das diversas formas de efetivação do tema, sendo: na equipe incompleta, na falta de recursos, na questão salarial (de baixa remuneração), no fechamento de serviços (específicos), na

mudança do contexto político-social, no ambiente físico (precário e deficitário), e na falta de capacitação e incentivo ao profissional – que auxiliam na percepção da complexidade da pesquisa elaborada.

4. 2. 4. Prevenção e promoção

Ao levantarmos a temática sobre prevenção somos surpreendidos com a variedade de respostas, que transitam entre a indefinição (os profissionais desconhecem), a desinformação (ao descrever serviços que não são da psicologia), a inexistência (descrevem como não existente) e, finalmente, a ausência (ao relatarem como algo de extrema importância - até mesmo já existente em alguma época – e faltoso perante as necessidades). Caracterizando-se assim um abismo entre a prevenção e a Psicologia na rede de serviço de Saúde Mental (e mesmo, na concepção de alguns profissionais).

- Indefinidos

“Eu sei que há, mas eu não conheço muito, sei que tenho duas colegas que trabalham na prevenção. Elas trabalham, com drogas, com escola, com a juventude, mas eu não conheço o trabalho delas” (Entrevista 06).

“... tem pessoas que a gente também pode trabalhar, pode fazer esta prevenção: com terapia, com orientação, pedindo para procurar outras unidades, procurar a iniciativa privada se tem um convênio, procura a clínica da faculdade isso a gente pode fazer. Principalmente jovens que tem 19 anos, que tem a primeira crise. Quem sabe a gente não consegue fazer isso melhor? Isto a gente pode fazer, mas locais específicos não têm... profissionais dentro dos NAPS sim. A gente pode fazer esta prevenção dentro de um NAPS, discutindo caso, estudando em cima do que a gente tem ali, pesquisando mais, eu acho que a gente pode fazer este trabalho” (Entrevista 06).

“Há um serviço que é o..., eu particularmente não conheço este serviço muito bem, a gente quase não tem contato infelizmente, mas eu sei que eles vão às escolas, vão a eventos, empresas e vão fazer este serviço de informação e educação, que eu acho superimportante. O que eu sei basicamente é isto” (Entrevista 02).

“Eu não sei te dizer se na área da psicologia. Sei que existe prevenção em vários equipamentos, mas especificamente na área da psicologia eu acho que não. Se existe eu desconheço...” (Entrevista 05).

- Falta de informação e esclarecimento

Pois na primeira fala, o serviço descrito, além de não fazer parte (direta) da Rede de Saúde Mental, ainda não é específico da Psicologia, sendo atualmente exercido (em grande parte) por Assistentes Sociais. Já na segunda, é descrito o tratamento como forma de prevenção, porém da cronicidade, e não a saúde mental em si (como uma possibilidade, ou não, dependendo da própria demanda). E a terceira descreve a inexistência do “único” serviço de prevenção encontrado na Rede (sobre drogas).

“Tem um trabalho que é bem interessante, que é a terapia comunitária. Que alguns profissionais da rede fizeram esta formação, eu não fiz, nas policlínicas e a gente acaba caminhando muita gente para lá. Eu acho que é uma proposta muito interessante um espaço de grupo sempre é um espaço muito rico, um espaço em que as pessoas possam se sentir acolhidas... eu não acho que ela seja uma proposta de tratamento, na minha visão ela é uma proposta preventiva. É um grupo aberto, fácil chegar, é só você saber que ele existe, ter uma necessidade e participar do grupo... Acredito que têm outras na rede pública talvez em outras áreas que eu não conheça, mas o que eu me lembro de momento, a terapia comunitária, eu acho que é uma proposta bem interessante” (Entrevista 07).

“Eu acho que o trabalho preventivo quem acaba realizando mesmo, são as próprias equipes dos NAPS ou dos outros serviços, quando você recebe aquele paciente, que está vindo pela primeira vez, você faz todo um investimento em que ele comece a cuidar da doença desde o começo não só... depende do número de funcionário que se tem, geralmente são os jovens que estão tendo uma crise ou um surto pela primeira vez e a nossa expectativa é que aquela pessoa não se cronifique, então procura se fazer um investimento maior nestes casos, porém dependendo da demanda, dependendo das condições em que está o serviço não se torna viável, às vezes é mais uma pessoa que se perde no sistema” (Entrevista 08).

“Não. Não há. Eu acho que tem que ter... Em todas as áreas. Fazer só propaganda não resolve muito, tem que ter uma atividade dentro das escolas, dentro dos clubes, dentro de tudo que possa haver para prevenir estas coisas. Então, por exemplo, a drogadição em Santos é um número exorbitante, criança de oito anos já fuma maconha de boa. Não existe uma prevenção disto, nem nas famílias,... não existe um trabalho preventivo. Então você vai pegar criança com dez anos já dentro deste processo e para tirar é muito mais difícil. Então é assim tem que ser feito um trabalho muito sério a respeito disto, de prevenção, de tudo, até de ter filhos...” (Entrevista 09).

- Inexistentes

“O SECEPREV? Tenho pena daquelas duas moças, Serviço de prevenção de Santos tem duas criaturinhas, que não tinham cadeira para sentar até a

última vez que eu falei com elas, risos. Eu não tenho nem o que dizer, eu tenho dó, tenho pena. Que não consegue fazer nada, não tinha nem sala. Não existe, não tem nada. É uma enganação com relação a população entende? Com relação ao que se deve conceder como política pública séria..., porque a gente tem que está aqui enxugando gelo. Então é um desafio, este tal de SECEPREV ai é um desafio. Por que você tem que trabalhar é na promoção da saúde e não é ficar aqui enxugando gelo sem ter nem toalha para enxugar o gelo entendeu? Risos...” (Entrevista 10).

“Dentro da prefeitura não, a gente está encaminhando estas pessoas, senão precisar de medicação após a triagem a gente encaminha, dependendo do quê, a queixa dele, dependendo do que se possa colocar dentro da cidade de Santos. Mas específico na prefeitura não... e a gente encaminha para algum serviço fora da prefeitura, para clínicas (Universidades), dependendo da queixa mesmo” (Entrevista 06).

“Em relação a saúde mental como todo não existe. Então é isto que eu falo que são os equipamentos,... Então cada unidade tenta atender a estas necessidades de fazer a prevenção, de assistência, fica a critério de cada unidade, não tem especificamente. O único dentro da saúde mental que tem é as drogas” (Entrevista 04).

- Ausentes, perante a percepção da necessidade

“Em termos de existir este serviço, há uns anos atrás, a fila de espera era muito grande por falta de recurso, ou seja, a demanda é sempre maior que os nossos recursos. Esta é uma realidade não só de Santos, mas também a nível nacional. Então eu acho que a prevenção é o fundamental. Porque a partir do momento que você em se falando de tratamento, na minha cabeça eu acho que o incentivo ai, seria a prevenção. Tem certas idades que a gente tem que ter maior atenção e tomar alguns cuidados para não chegar a se instalar uma patologia depois de uma determinada idade” (Entrevista 03).

“... prevenção é o melhor negócio, de todas as maneiras que você pensar nisso, ponto de vista financeiro, no ponto de vista da pessoa, não resta dúvida que é muito melhor. Aliás, eu acho até que tem que dar o passo seguinte que é além da prevenção é você ir antes da prevenção, que é você pensar em promoção mais do que prevenção - é promoção da saúde. Então isto é falho não resta dúvida, assim se tem entendimento, mas a questão é que é assim: a opinião pública ela grita pelo que? Ela grita pela assistência, o que ela enxerga é uma problemática instalada. Como eles não conseguem perceber, enxergar o ganho de se ter uma prevenção, eles não brigam por isso, o que acaba com que os investimentos, não sei, se poucos ou muitos, o fato é que a assistência acaba consumindo todo o investimento que se tem, toda a verba. Enfim né, e infelizmente não se investe em prevenção. Todo mundo sabe quem perde. Todo mundo perde, todas as áreas precisam de prevenção, então precisa acontecer isso em termo de saúde mental, precisa muito. Claro que precisa melhorar a assistência não temos dúvida, mas eu acho que temos que começar do começo né. Pensar em investir mais na prevenção, até para que possam melhorar assistência. Senão é um poço sem fundo” (Entrevista 04).

Os quatro pontos abordados neste item sobre a **Prevenção e Promoção** trazem falas acerca de uma falha presente na Rede de Saúde Mental, ao não dispor de um serviço de prevenção (muito menos, promoção), apresentando narrativas que denotam um abismo (como descrito a cima) entre a Psicologia e o serviço de prevenção, aqui subdivididos em quatro subitens.

O **primeiro subitem** trata da Indefinição, ao conter falas nas quais os profissionais descrevem o serviço de forma indefinida (“sei que há mais não conheço” – contando sobre a prevenção em drogas), trazendo serviços não pertencentes a Rede pública como opcionais (“podemos indicar uma iniciativa privada ou convênios,... clínicas das faculdades...”), tentando prevenir na emergência (ao falar sobre a realização da prevenção nos próprios NAPS).

O **segundo subitem** traz a Falta de informação e esclarecimento, com narrativas acerca da descrição de serviços equivocados (sobre a Rede e não especificidade profissional – como a terapia comunitária), a tentativa de prevenção (perante a cronicidade, pós surto, impossibilitada pela demanda – “as vezes é só mais uma pessoa que se perde no sistema), e a pontuação como necessário um serviço de prevenção em drogas, sendo este o único serviço de prevenção existente na Rede.

O **terceiro subitem** traz a caracterização de Inexistente, ao depararmos com a inconformidade dos profissionais (ao descrever o serviço de prevenção de drogas como inexistente - desestruturado e insuficiente – na fala: “...enxugar gelo sem ter nem toalha pra enxugar o gelo”), a proposta de encaminhamento fora do serviço público (como as Clínicas Psicológicas Universitárias), e a percepção de inexistência, frente a fragmentação e inconsistência, ao acreditar que as unidades de forma individualizada podem optar por realizar prevenção (“... fica a critério de cada unidade”).

Para finalizar, tem-se o Ausente - perante a percepção da necessidade, o título correspondente ao **subitem quatro** no qual as narrativas abordam, a partir de uma consciência de ausência, a prevenção como algo: fundamental, de incentivo ao serviço, pertinente à busca da não cronicidade, na otimização da parte financeira e pessoal, para melhorar a assistência, e na correção da falha da inexistência da promoção em saúde mental.

4. 2. 5. As políticas/ governos e a responsabilidade social (mudei a nomenclatura do item e subdividi as falas em subitens)

Quando questionados quanto aos motivos pelos quais o serviço atual tenha chegado a essa condição de estagnação e seu baixo desenvolvimento (posterior a 1989) - destituído de sua posição de vanguarda (na Baixada Santista), muitos profissionais descreveram a ausência de políticas mais sérias, governos mais comprometidos e uma população mais responsável, como fatores de grande importância para este processo, interferindo diretamente no contexto atual.

- Foco da Política Vigente

“... Estas mudanças estão mais voltadas para o tipo de política que existe, quando existe interesse em desenvolver algum tipo de política em determinada área eles focam mais aquilo. A saúde mental já não é mais interessante já ha muito tempo. Na época da Telma e do Davi Capistrano, tinha todo um investimento político ali, eles tinham uma conexão com Trieste (Itália), eles traziam um projeto de fora para ser implantado, depois desta época com a mudança de governo não existiu mais nenhum projeto, nem para substituir e nem para dar continuidade, na verdade a gente continua “funcionando” com o que se tinha, eles não tiraram e também não colocaram. Uns sete anos atrás, eu acho, eu não tenho certeza de tempo, a gente deixou de ser custeado só pelo município e passou a ser custeado pelo estado também, deixamos de ser NAPS e passamos a ser CAPS, isto também mudou muito a configuração também. O CAPS comporta um número diferente de funcionários que o NAPS comportava então as equipe também se reduziram. As pessoas foram se aposentando, as reciclagens que existiam antes não existem mais. Eu acho que tudo é muito focado na política de saúde mental, que se existem... as coisas funcionam, senão existem... vai funcionar como qualquer outro serviço que você vai ter o mínimo. Você tem uma equipe lá, você tem alguns instrumentos e você trabalha, mas não que a gente tenha uma meta um objetivo. A gente acaba só executando a tarefa” (Entrevista 08).

- Visão Partidária

“... Esta diferença de visão acaba atrapalhando sim, se a gente pensar no serviço público a cada quatro anos a gente tem uma mudança de gestão, e esta mudança vem com uma mentalidade, com um norte que na maioria das vezes, partidário, se agente pensa desta forma, é obvio que de alguma maneira vai interferir” (Entrevista 05).

- Gestão Política

“Eu acho que piorou. A saúde mental em Santos, ela já foi melhor em termos da concepção, do desenho da política,... Mas no ponto de vista da

concepção, falando em gestão da política, eu acho que piorou. E eu acho que não só em Santos, no Estado de São Paulo numa maneira geral. A política estadual é muito equivocada... Aqui em Santos eu atribuo este retrocesso aos governos que sucederam a época da intervenção do Anchieta da implantação. Os governos que vieram depois, não foram governos que se preocuparam em continuar um investimento na saúde mental.... Então é assim, o que depende de mim eu acho que está satisfatório, agora o que depende da gestão, da prefeitura, não está nada satisfatório, mesmo no desenho da própria política” (Entrevista 10).

- Controle Social

“... A gente tem gestões mais sensíveis, mais enrijecidas, gestões que priorizam mais os seres humanos, gestões que priorizam mais obras públicas e não necessariamente que isto traga um benefício à população, enfim eu acho que isto é um viés e ai também acontece por que o controle social ainda é falho. Embora a gente tenha os conselhos de saúde funcionando e a gente tenha ainda uma participação da população, se esta participação fosse mais efetiva, não importa qual fosse a gestão, o controle social poderia exigir que as coisa que tivesse funcionando bem se mantivessem e as outras fossem reformuladas ou revistas” (Entrevista 05).

- Ausência de Vontade Política

“Hoje em dia eu vejo assim, que a gente está começando a levantar, mas existem muitas dificuldades, falta vontade política. Para você ter uma ideia, nós somos a equipe de frente que trabalha com saúde mental e uma formação que está começando hoje para discutir a questão do craque, está acontecendo sem que nós soubéssemos, ficamos sabendo ontem disso, já não tinha mais vaga praticamente, então é assim são as incoerências, que a gente não compreende.... Eu acho que isto atribui a falta de vontade política, falta priorizar. Existe esta priorização na teoria na prática isto não ocorre... Eu acho que há numa valorização, talvez de âmbito público, assim, na visão pública das pessoas no geral, mas não vejo que politicamente isto sofreu uma mudança. A discussão o debate sobre isso aumentou, em todo lugar você ouve falar, principalmente na questão das drogas que está muito em evidência hoje, mas em termos práticos eu não vejo muita mudança” (Entrevista 02).

- Gestão e Condição de Trabalho

“Então é assim, eu acho que teve uma mudança, esta mudança necessariamente perpassa por nortes, existem gestões que prioriza mais o ser humano, ai não é só investir na saúde mental, mas em saneamento básico, em condições de boas moradias, enfim em todo o resto, por que é o que acaba favorecendo a saúde mental deste cidadão, e existe gestão que não investe nada disso. Então eu já atravessei os dois pólos, e a gente tem que aprender a lidar com os dois. Eu não vou atender e tratar mal, por que uma gestão me diz que eu tenho que fazer isto. Não vou fazer isto, por que eu tenho uma responsabilidade enquanto profissional. Agora o que vai acontecer é que eu vou ter menos condição de trabalho. Por que eles não vão favorecer em nada suas condições de trabalho” (Entrevista 05).

- Tentativa de Resgate

“O que eu posso dizer hoje 2013, a gente esta numa gestão nova não posso falar nada ainda, por que vem de uma continuidade de algo que vem se resgatando, eu percebo que a gente nos quatro últimos anos pra cá, vem tentando resgatar muitas coisas. Eu acho que a própria saúde mental vem sofrendo uma tentativa de resgate, mas de muitos anos de não investimento, então não dá para você atribuir somente ao contexto atual o não investimento. Muitos anos de não investimento, de modificação social, de perda de emprego. O agora a gente tem ai o bum da cidade com relação porto. Você vê a gente não consegue mais comprar um apartamento, com o que a gente ganha por que a especulação imobiliária está muito grande, então as pessoas estão saindo da cidade, todo este contexto, acaba favorecendo a geração de transtorno na gente. E tudo isto vem parar na rede pública, por que muitas pessoas que tinham um poder aquisitivo para pagar um plano de saúde, hoje não tem mais” (Entrevista 05).

Esses sete pontos abordados trazem narrações acerca da visão das atividades políticas empregadas nas questões da Saúde Mental em seus governos, serviços e aplicações, atribuindo a esse a desestruturação (descrita como estagnação ou degradação) da Rede (desde sua implantação até os dias atuais), direta ou indiretamente. Na subdivisão das falas temos também os subitens correspondentes, colocados como: **Foco da Política Vigente**, apresentado que a depender do foco pode haver investimento ou não no setor de Saúde Mental, justificando o desinvestimento político (sendo que esta “... já não é mais interessante há muito tempo”), perante uma nova configuração (de municipal para estadual – com redução de equipes), reduzindo o trabalho profissional a uma simples “execução de serviço”; **Visão Partidária**, atribuindo a descontinuidade de serviço às diferentes visões partidárias em mudança constante (praticamente, a cada 4 anos); **Gestão Política**, traz neste subitem a divergente visão de concepção e desenho da política a depender de gestão vigente e dos governos que se sucedem; **Controle Social**, a narrativa incita a respeito da necessidade de maior participação popular para o funcionamento e reformulação das reais necessidades e efetivação das políticas - para além dos partidos; **Ausência de Vontade Política**, na deficitária priorização do serviço e valorização do trabalhador (na prática, e não apenas contexto social); **Gestão e Condição de Trabalho**, descrevendo a influencia direta nas condições de trabalho e suporte ao trabalhador; e finalizando, a **Tentativa de Resgate**, mediante a uma narrativa de anos de desinvestimento e aumento constante da demanda, frente as questões de cunho político-social que perpassam o contexto atual.

4. 2. 6. Suportes Legais para a Atuação

Faz-se importante observar, mediante as emergências encontradas e os discursos recorrentes sobre a necessidade do psicólogo nas Redes de Saúde Mental, que a política de Saúde Mental não lhe garante um lugar.

Nos principais documentos constituintes desse processo, citaremos aqui as Portarias PNS (Plano Nacional de Saúde) 2004, a 336/ GM 2002 (normativa a descrição das Redes Substitutivas – CAPES/ Anexo B), ou mesmo, o documento referência do CFP (2011) direcionado aos Gestores de Saúde - na introdução do Psicólogo e sua contribuição ao SUS, não há especificidade do trabalho, diretriz legal ou lugar a ser apropriado “especificamente” pelo psicólogo.

O psicólogo “pode” ocupar algumas cadeiras universitárias na saúde (como descrito na Portaria nº336/GM – 2002), porém não lhe é concedido o direito legal ou o direcionamento técnico de sua especialidade, o que certamente poderia fazer avançar e otimizar seu desempenho, compreendido pela presente pesquisa como item implícito em várias narrativas apresentadas pelos sujeitos aqui presentes.

Desta forma, através da presente Análise podemos ter uma visualização (concreta, no detalhamento dos itens) da diversidade temática dessas narrativas, delineando por meio destas a estruturação de três eixos principais de análise dos dados, em obediência ao objetivo geral e aos específicos da pesquisa: **Modelo de Atenção - NAPS versus Anchieta; Indefinição do Papel do Psicólogo** no interior desse modelo; e a **Ausência da Prevenção em Saúde Mental**. Sendo estes, o alvo das considerações finais, apresentadas a seguir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da presente investigação conseguimos (por meio da análise dos dados coletados nas entrevistas) compor, utilizando-se do esgotamento de conteúdo e do sentido de suas narrativas, o cenário da diversidade temática que elas abarcam, bem como a complexidade do material estudado.

Mediante a estruturação das temáticas encontradas (amplamente discutidas no capítulo anterior), tornou-se possível a consolidação de uma compreensão mais apurada do papel e do lugar do profissional de psicologia na reforma sanitária santista e no sistema de saúde público, a partir de três eixos principais de análise desses dados seguindo o proposto na metodologia, e obedecendo o objetivo geral e os específicos do presente projeto de pesquisa.

- **Modelo de Atenção** - NAPS *versus* Anchieta

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi receptora de intensa influência acerca das experiências europeias, em particular da Reforma Italiana, disseminando as ideias de Franco Basaglia por meio de uma reorientação do modelo assistencial em saúde mental, que passa a considerar a internação do paciente psiquiátrico como uma medida de necessidade extrema e excepcional. Com essa mudança de perspectiva (desinstitucionalização), vieram as Redes Substitutivas, responsáveis pelo legado do cuidado ao paciente fora da instituição psiquiátrica e pela sua reinserção social (uma vida autônoma - em seus vários graus, de acordo com suas possibilidades), diante de seu novo papel social (sujeito histórico, cidadão de direitos e não somente portador de uma patologia instalada).

Em Santos este processo se consolidou no ano de 1989, com a intervenção e fechamento do Hospital (Psiquiátrico) Casa de Saúde Anchieta e o início das estruturas de Saúde Mental por meio dos NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial).

Porém o que ocorreu de forma vanguardista, servindo de referência (nacional e internacional), acabou limitando-se a um serviço assistencial (focado na

emergência da desconstrução do manicômio) que sofreu um “esquecimento político”, presente na sua deteriorização e perda do projeto inicial (tendo seu ápice na efetivação dos NAPS).

Se faz interessante perceber que houve uma pequena ampliação da estrutura de atenção em saúde mental (aos adolescentes, aos dependentes químicos, dentre outros); todavia o serviço aparece de forma “descolada” das políticas atuais de Saúde Mental ao não se delinear como CAPS (Centros de Atenção Psicossocial – definidos pela portaria nº 336/GM – 2002 - Anexo B), apresentando-se na presente pesquisa de forma distante da compreensão dos profissionais.

Atualmente não há mais manicômio presente (fisicamente) na sociedade santista; entretanto, a descaracterização do serviço (ampliado para os neuróticos leves e moderados, ao invés do respeito a sua demanda original – composta por psicóticos e neuróticos graves; tendo a possibilidade da manutenção de serviços específicos a essa população, como o ambulatório de psicoterapia – que sofreu desinvestimento, sendo posteriormente fechado) cria e reforça uma demanda reprimida, que se cronifica no próprio serviço, desenvolve comorbidades e necessita de internação (realizada tanto no PAI – Posto de Atenção Intensiva ou mesmo, em Hospitais Psiquiátricos fora da cidade). Denota-se assim um retrocesso das conquistas anteriores, permeado por uma visível desestruturação do serviço, que tende a apagar, lentamente, uma belíssima história de luta e conquista travada com e pelo ser humano.

- **Indefinição do Papel do Psicólogo** no interior desse modelo

Como alvo desta pesquisa temos o Psicólogo e seu papel, encontrado como indefinido mediante a indefinição atual do próprio modelo, que aparenta desintegrar-se.

Entretanto, devemos estar atentos à percepção do próprio profissional, que aparece em alguns momentos de forma alienada (na reduzida compreensão da estrutura vivenciada, na fusão e perda das suas características diante da equipe, do grave desconhecimento das Políticas Públicas de Saúde que

regem seu trabalho) acarretando fragilização da classe e perda do trabalho da Psicologia, inserida em todas as dificuldades existentes no pertencimento a um serviço público (falta de recurso, desinvestimento, baixa remuneração salarial...), e, em outros, como resistente (sobrevivente do período vanguardista) angariando a possibilidade do trabalho por meio de um mérito pessoal (na transdisciplinariedade da equipe – mesmo sem coordenação ativa, na determinação ao serviço – mesmo em péssimas condições de trabalho, na crença na mudança – mesmo após anos de desinvestimento, na valorização do serviço – mesmo quando as políticas não lhes imprimem um lugar).

Uma indefinição sofrida, mesmo que veladamente, na busca de um “lugar ao sol”, regida pela utopia marcada pela tentativa de um resgate “boca a boca” do projeto construído na vanguarda, que infelizmente vem se perdendo, mas que deveria “emergir e pulsar”, bem como o “desejo em poder fazer mais”, expresso em cada fala da narrativa desta história, que tão prontamente muitos profissionais consentiram em colaborar, cedendo seu tempo e sua experiência, o que possibilitou a efetivação deste trabalho.

- **Ausência da Prevenção em Saúde Mental.**

Das muitas falhas e desestruturas da Rede estudada, a que nos chamou mais a atenção foi a temática da Prevenção, ou melhor, sua total ausência no serviço.

Compreendido com um modelo de assistência à emergência (frente à desassistência anteriormente prestada pelo manicômio e à necessidade de rápida mudança de modelo), não houve (ou pelo menos, não se observou neste trabalho) uma preocupação efetiva com a prevenção nas questões de ordem mental nos serviços de Saúde Mental, aplicada pela Psicologia, ou por qualquer outro profissional.

A prevenção, ou mesmo o serviço específico de ambulatório em Psicologia direcionado aos casos menos graves (de sofrimento psíquico de ordem cotidiana tais como trabalho, relacionamento, stress...), e as neuroses (leve e moderada) não possuem um espaço definido na Rede, sendo mesmo inexistente,

mesmo com a compreensão unânime entre os profissionais da sua necessidade; os usuários ficam à mercê de instituições privadas (através de clínicas das Universidades, dos planos de saúde e profissionais autônomos), indicados pelo próprio serviço público, denotando uma ambiguidade de extensão do serviço, que, na realidade, “fere” a Constituição ao se distanciar de uma Política Pública coerente com as necessidades da demanda local, uma vez que não se institui como tal.

Apesar da nomenclatura em prevenção, o serviço que se dispõe a isto na temática sobre as drogas enfrenta uma grande e desestruturada rede de serviços (quanto a local, materiais, funcionários – não fugindo a maioria dos padrões encontrados em toda a Rede) que impossibilita sua aplicação e ampliação. Denotando um abismo entre a Psicologia e a Prevenção (e a Promoção) em Saúde Mental, que prejudica a estrutura do serviço e condena muitas pessoas à medicalização indiscriminada e à cronificação de sua patologia já instalada.

Dessa forma, o presente trabalho não poderia abster-se de se configurar como um alerta à classe, visando (por meio das análises realizadas) ofertar subsídios para a reflexão sobre novos contextos políticos e de saúde no campo da Saúde Mental, que possam ir além do atendimento das emergências. Isto implica a atribuição aos próprios psicólogos da busca de seu papel nas Políticas Públicas de Saúde, de uma prática saudável e condizente com seu exercício profissional, na certeza da sua importância para a construção de seres humanos mais saudáveis e conscientes.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, P.; CARVALHO, A. L.; UHR, B.; ANDRADE, E. A.; MOREIRA, M. C. N.; SOUZA, W. F. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde Mental, políticas e instituições**; programa de educação a distância. Rio de Janeiro: FIOTEC / FIOCRUZ, 2003.

ANDRADE, L.H.; WANG, Y-P; ANDREONI, S.; SILVEIRA, CM; ALEXANDRINO-SILVA, C; SIU, ER; NISHIMURA, R; ANTOTHONY, JC; GATTAZ, WF; KESSLER, RC & VIANA, MC. **Mental Disorders in Megacities**: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0031879>. Acesso em: 24/02/13.

ANTUNES. M. **A psicologia no Brasil**: leitura histórica sobre sua constituição. São Paulo: EDUC/UNIMARCO, 1999. In: CFP. Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS. Cartilha. Conselho Federal de Psicologia (CFP), 1. ed. Brasília – DF, 2011-a.

BARRETO JUNIOR, I. F. **Poder Local e Política**: A saúde como lócus de embate na cidade de Santos-SP. 2005, 208f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - PUC-SP, São Paulo, 2005.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel**. Desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP/Lemos Editorial, 1994.

BASAGLIA, F. **La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione**. Mortificazione e libertà dello "spazio chiuso". Considerazioni sul sistema "open door". (1964). In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968). Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, p. 58-249, 1981-a.

BASAGLIA, F. **La "comunità terapeutica" come base di un servizio psichiatrico**. Realità e prospettive. In: BASAGLIA, F. O. (A cura di). Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968). Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, p. 82-259, 1981-b.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, F. O. **Apresentação**. In: AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 04-13, 1996.

BATISTA E SILVA, M. B. **Responsabilidades, obrigações e engajamentos:** uma reflexão sobre o processo de Reforma Psiquiátrica. Artigo. Revista Brasileira Mnesosine - Vol.3, nº1, p. 18-40, 2007.

BENEVIDES, R. **A Psicologia e o Sistema Único de Saúde:** Quais Interfaces? Psicologia & Sociedade; 17 (2): 21-25; mai/ago.2005 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004. Acesso em: 18/05/2011.

BOCK, A.; MALDOS, P.; SADER, E. **Psicologia brasileira:** da regulamentação à atualidade. Matéria. In: CFP. 50 Anos da Profissão no Brasil. Jornal do Federal. Conselho Federal de Psicologia – Ano XXIII, nº 104 – Jan/ Ago. 08-15, 2012.

BOSI, E. **Memórias da Psicologia.** In: 40 anos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://ebookbrowse.com/livro-ip-40-anos-final-versao17-8-2011-pdf-d200200452>. Acesso em: 10/03/2013.

BRASIL. **Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934.** Dispõe sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas. Rio de Janeiro, 1934.

BRASIL. **Projeto de Lei 3.657/89.** Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Diário do Congresso Nacional, Brasília, 29 setembro, 1989.

BRASIL. **Portaria GM 106 de 11 de fevereiro 2000.** Diário Oficial da União, 14 de fevereiro de 2000. Brasília, 2000.

BRASIL. **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf> Acesso em: 25/02/2013.

BRASIL. **Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Legislação em saúde mental. 1990-2002. Série E. Legislação em saúde, Brasília, 3. ed. rev. e atual., 2002-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental.** 5. ed. Brasília, 2004-a.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS:** Os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004-b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006:** saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010.** Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **O Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI) Baixada Santista.** Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://www.paibaixadasantista.org.br/> Acesso em: 02/11/2012.

BRASIL. **Unidades de Apoio Psicossocial – Santos.** Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://www.paibaixadasantista.org.br/unidades-apoio-psicossocial> Acesso em: 02/11/2012.

BRASIL. **Comissão reconstrói morte de Iara Lavelberg.** 2013. Seleção de Notícias. Disponível em: <http://clippingmp.planejamento.gov.br/cadastros/noticias/2013/3/5comissao-reconstrui-morte-de-iara-iavelberg>. Acesso em: 09/03/2013.

BRUSCATO, W.L; BARBOUR, F.F.; OLIVEIRA, R.L. **Políticas públicas de saúde, saúde mental e a inserção do psicólogo neste contexto.** In: BRUSCATO, W. L. (Org.). A psicologia na saúde. Da atenção primária à alta complexidade. O modelo de atuação da Santa Casa de São Paulo. São Paulo – Casa do Psicólogo, 2012.

CAMON, V. A. A. **A Psicologia da Saúde no Século XXI – Contribuições, Transformações e Abrangências.** In: CAMON, Valdemar A. A. (Org.). Atualidades em Psicologia da Saúde. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

CAMPOS, F. C. B.; HENQUQUES, C. M. P. (Orgs.). **Contra a Maré a Beira Mar: A experiência do SUS em Santos.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, R. O. **Psicanálise e saúde coletiva: Interfaces.** São Paulo: Hucitec, 2012.

CFP, **I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS - Relatório Final,** Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, 2006.

CFP. **História da Psicologia Hospitalar: uma análise da aproximação entre a psicologia e os cuidados dentro dos hospitais.** Matéria. In: CFP. **Os desafios teóricos e práticos e as conquistas no cuidado com o sujeito.** Revista Psicologia Ciência e Profissão – Diálogos – Saúde e Psicologia. Conselho Federal de Psicologia (CFP)/ Sistema Conselhos. Ano 3 – nº4 – p. 20-24, dez./ 2006-a.

CFP. **Os Novos Papéis do Psicólogo.** Editorial. In: CFP. **Os desafios teóricos e práticos e as conquistas no cuidado com o sujeito.** Revista Psicologia Ciência e Profissão – Diálogos – Saúde e Psicologia. Conselho Federal de Psicologia (CFP) / Sistema Conselhos. Ano 3 – nº4 – p. 05. dez./ 2006-b.

CFP. **Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública:** referências para a atuação do (a) psicólogo (a)/ Conselho Federal de Psicologia (CFP)/ Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Brasília, CFP, 2008.

CFP. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.** Por uma IV Conferência Anti manicomial: contribuição dos usuários. Conselho Federal de Psicologia (CFP)/ Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), 1. ed. Brasília - DF, 2010-a.

CFP. **Psicologia crítica do trabalho na sociedade contemporânea.** 2010-b. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Disponível em: cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/.../psic_trabalhoFINAL.pdf Acesso em: 15/02/2013.

CFP. **Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS.** Cartilha. Conselho Federal de Psicologia (CFP), 1. ed. Brasília - DF, 2011-a.

C F P. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011.** Conselho Federal de Psicologia (CFP). 1. ed. , Brasília - DF, 2011-b.

CFP. **50 Anos da Profissão no Brasil.** Jornal do Federal. Conselho Federal de Psicologia (CFP) – Ano XXIII, nº 104 – Jan/ Ago. 2012.

CFP. **Muito a comemorar, muito mais a fazer.** Matéria. In: CFP. 50 Anos da Profissão no Brasil. Jornal do Federal. Conselho Federal de Psicologia (CFP) – Ano XXIII, nº 104, p. 04-07, Jan/ Ago, 2012-a.

CFP. **A força Feminina:** Pesquisa conhece melhor as mulheres psicólogas de todo País. Matéria. In: CFP. 50 Anos da Profissão no Brasil. Jornal do Federal. Conselho Federal de Psicologia (CFP) – Ano XXIII, nº 104, p. 36-39, Jan/ Ago, 2012-b.

CRP. **CRP SP:** mais presente e plural. Matéria. Especial/ Institucional. In: 50 ANOS DA PSICOLOGIA NO BRASIL. Conselho Regional de Psicologia (CRP). Jornal nº173, p. 14-17, abr/mai, 2013-a.

CFP. **Pesquisa: Uma profissão de muitas e diferentes mulheres.** 2013-b. Relatório Preliminar. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Disponível em: <http://cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Uma-profissao-de-muitas-e-diferentes-mulheres-resultado-preliminar-da-pesquisa-2012.pdf> Acesso em: 15/02/13.

CIRILO, L.S. **Novos Tempos:** Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares. 2006, 168f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, 2006.

COLASANTI, M. **Eu sei, mas não devia.** Editora Rocco. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: http://www.releituras.com/mcolasanti_eusei.asp Acesso em: 25/02/2013.

COSTA FILHO, David Capistrano. **O SUS que da certo**. In: CAMPOS, F. C. B.; HENQUQUES, C. M. P. (Orgs.). *Contra a Maré a Beira Mar: A experiência do SUS em Santos*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CRUZ NETO, Otavio. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) *Ciência, Técnica e arte: O desafio da pesquisa social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DIMENSTEIN, M. **A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/SUS** In: CFP. Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília, 2006.

FERREIRA, V.C.P.; FONSECA, S.G. **Novas relações de trabalho**: um estudo sobre psicólogos que atuam como profissionais liberais vinculados a uma instituição. IX SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Tema: Gestão, Inovação e Tecnologia para Sustentabilidade, 2012. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos12/49116612.pdf> Acesso em: 28/02/2012.

FERREIRA NETO, João Leite. **Atuação do Psicólogo no SUS**: Análise de alguns impasses, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932010000200013&script=sci_arttext. Acesso em: 18/05/2011.

FLEURY, S. **A Psicologia deve ir muito além do consultório**. In: CFP. *Revista Psicologia Ciência e Profissão – Diálogos – Saúde e Psicologia*. Conselho Federal de Psicologia / Sistema Conselhos. Ano 3 – nº4 – p. 6-8, dez./ 2006.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Disponível em: <http://aufklarungsofia.wordpress.com/frases/>. Acesso em: 07/11/2012.

GARCIA, A. S. **A inserção do psicólogo no SUS**: Reflexões sobre a Prática. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/86574202/A-insercao-do-Psicologo-no-SUS>. Acesso em: 18/05/ 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. 9 reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GRADELLA JUNIOR, O. **Hospital Psiquiátrico**: (re) afirmação da exclusão. *Revista Psicologia e Sociedade*, vol. 14, nº1, p. 87-102, jun. 2002.

HEIDRICH, A.V. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira**: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 2007, 205f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pós Graduação da Faculdade de Serviço Social. PUC - Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

IBGE. **Censo – 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=354850> Acesso em: 10/11/12.

KINOSHITA, R. T. **Em busca da Cidadania**. In: CAMPOS, F. C. B.; HENQUIQUES, C. M. P. (Orgs.). *Contra a Maré a Beira Mar: A experiência do SUS em Santos*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

KODA, M. Y. **A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental**: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(6):1455-1461, jun, 2007

LACÃO, J. **Quem foi Iara Iavelberg?** Disponível em: <http://maedepano.wordpress.com/sobre/quem-foi-iara-iavelberg/> Acesso em: 09/03/2013.

LIMA, I. M.; CORREIA, L. C. **Sofrimento Mental**. *Revista Disan*, v. 12, nº. 3, p. 139-160, São Paulo, Nov.2011/Fev.2012.

MARAGNO, L; GOLDBAUM, M; GIANINI, RJ; NOVAES HMD & CÉSAR CLG. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (8): 1639-1648, 2006.

MATOS, Paulo. **Na Santos de Telma, a vitória dos mentaleiros – Anchieta, 15 anos – 1989 – 2004/ a história da quarta revolução mundial da psiquiatria/ exemplo santista nacional e mundial de políticas de Saúde Mental/ um documento da luta antimanicomial**. Santos, e.a., 2004.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Ciência, Técnica e arte**: O desafio da pesquisa social. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis – RJ: Vozes - 15 ed., 2000.

NICÁCIO, M. F. **Utopia da Realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. 225f. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos. Faculdade de Ciências Médicas. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000311545&fd=y>. Acesso em: 16/ 04/ 13.

OLIVEIRA, M. V. **O trabalho do profissional psicólogo**: construindo uma posição crítica. Mesa. In: CFP. *Psicologia crítica do trabalho na sociedade contemporânea*. Conselho Federal de Psicologia (CFP). 1. ed. (144 p.), p. 65-78. Brasília: CFP, 2010.

PIMENTA, A. L. **Brevíssima história da implementação do SUS em Santos**. In: CAMPOS, F. C. B.; HENQUIQUES, C. M. P. (Orgs.). *Contra a Maré a Beira Mar: A experiência do SUS em Santos*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

POCHMANN, M. **A atualidade da categoria trabalho na sociedade da reestruturação produtiva**. Mesa. In: CFP. Psicologia crítica do trabalho na sociedade contemporânea. Conselho Federal de Psicologia (CFP). 1. ed. (144 p.), p. 29-40. Brasília: CFP, 2010.

PORTAL DA CIDADE DE SANTOS - SP. **História de Santos**. Disponível em: <http://www.santoscidade.com.br/historia.php>. Acesso em: 09/11/2012.

PREFEITURA DE SANTOS. **Sobre Santos**. Disponível em: <http://www.turismosantos.com.br/ptb/sobre-santos>. Acesso em: 09/11/2012.

QUANTO VALE OU É POR QUILO? Sérgio Bianchi (direção). Sérgio Bianchi, Eduardo benaim, Newton Canitto (roteiro). Duração: 01h 44min. Gênero: drama, Universia Brasil, 2005.

ROBORTELLA, S.C. **Usuários de Saúde Mental em liberdade**: O direito de existir. 2000. 180f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, 2000.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**. In: NICACIO, M.F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo 1970-1980. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS. **Atos Oficiais do Poder Executivo**. D.O. Urgente. 13 de janeiro, 1990.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Tecorá ed., Belo Horizonte/ Rio de Janeiro, 1999.

SOUZA, Telma S. A. **Conquistas da implantação do SUS no município de Santos – SP (1989/1996)**: Desafios de uma experiência pioneira. 2010, 126f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, Santos - SP, 2010.

WIKIPEDIA. **Iara Lavemberg**. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Iara_Lavelberg. Acesso em: 09/03/2013.

VANNUCCHI, A. M. C.; CARNEIRO JUNIOR, N. **Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [3]: 963-982, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/07.pdf>. Acesso em: 25/01/2013.

VASCONCELOS, E. **Mundos paralelos, até quando?** Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. *Clio-Psyché – Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia*. Mnemosine, vol. 1, nº0, p.73-90 (2004) – Artigos. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/194/268>. Acesso em: 25/02/2013.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VIVA SANTOS. **História**. DIALOGUE (Org.). Disponível em: <http://www.vivasantos.com.br/01/01a.htm>. Acesso em: 09/11/2012 - a.

VIVA SANTOS. **Geografia**. DIALOGUE (Org.). Disponível em: <http://www.vivasantos.com.br/03/03a.htm>. Acesso em: 09/11/2012 - b.

VIVA SANTOS. **População**. DIALOGUE (Org.). Disponível em: <http://www.vivasantos.com.br/03/03a.htm>. Acesso em: 09/11/2012 - c.

ANEXOS

Anexo A - Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

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

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

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

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento

de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º .

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO B - Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

Portaria n.º 336/GM Em 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 recadastrados 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 recadastramento, 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-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO C - Lista em D. O. (Digitalizado), de 13 de janeiro de 1990.

ATOS OFICIAIS DO PODER EXECUTIVO

DO URGENTE

ATOS DA CHEFE DO PODER EXECUTIVO

Expediente despachado em 12 de janeiro de 1990

Memorandos n.ºs: 119/89, Demat. - De acordo com a indicação da Sefin. A Sead para as providências; s/n.º. Secult. - De acordo com a indicação da Secult. A Sead para as providências; Ofício n.º 222/89, Sehig. - De acordo com a indicação da Sehig. A Sead para as providências; Requisição s/n.º, Casa de Saúde Anchieta, Marisa Oliveira Sanovicz. - Autorizo.

ATOS DA COMISSÃO DE SERVIÇO CIVIL

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGO E CONTRATAÇÃO DE PSICÓLOGOS.

EDITAL N.º 02/90

Classificação Final	Pontos
1º - Nancy Ramacciotti de Oliveira	88,0
2º - Tania M. H. de Mendonça Barreira	86,5
3º - Carla Bertuol	80,5
4º - Maria Zélia Cavalcanti	77,0
5º - Sarai Jane Barbosa dos Santos	76,5
6º - Maria Lúcia Dias Navarro Roma	73,0
7º - Marlene Cruz Ramos de Souza	73,0
8º - Maria Lúcia Carvalho Bany	72,0
9º - Lúcia Frigério Paulo	70,5
10º - Célia Maria C. Gonçalves Loch	69,5
11º - Maria Izabel Vazquez Colmenero	67,5
12º - Maria Dionísia do Amaral Dias	67,0
13º - Marisa Oliveira Sanovicz	66,5
14º - Daisy Inocência M. de Lemos	66,0
15º - Maria Albertina Marques do Amaral	65,5
16º - Rosana Maria Gomes	65,0
17º - Maria Saliere Machado Rodrigues	64,5
18º - Maria Eliza Nôvo Dobarro	64,0
19º - Rosine Fortes P. Magalhães	62,5
20º - Magali Freitas Pereira	62,0
21º - Maria Stela Carneiro Dantas	61,5
22º - Maria Ângela Bellegrade Fernandes	61,5
23º - Lizete Aparecida Bis	61,0
24º - Rosani Vieira da Silva	61,0

82º - Vera Lúcia de Oliveira e Silva	47,0
82º - Silia Rosa Martin	47,0
82º - Shirley Simões Junco	47,0
82º - Elizabeth Arouca C. de Souza	47,0
82º - Noemi Fluzza Witkowski	47,0
87º - Cristina Elizabeth Muniz	46,5
87º - Rosane Barbosa Santos	46,5
87º - Raquel Ruas	46,5
90º - Maria Regina Nunes Paes Chagas	46,0
90º - Edméia Lonla	46,0
90º - Denise Conde Magalhães	46,0
90º - Vitor Ricardo Marcos Veloso	46,0
90º - Ana Lúcia P. de Miranda	46,0
90º - Maria Leticia de C. Pineda	46,0
96º - Neuzi Maria de Souza Feitoza	45,5
96º - Sandra Regina Vilchez da Silva	45,5
96º - Suraja Cassas Deloroso	45,5
96º - Cláudia Maria Figueredo	45,5
100º - Luciana Maria Gonçalves Gonzaga	45,0
100º - Gizele de Oliveira Alvarez	45,0
100º - Heloisa Lustosa Gobman	45,0
103º - Márcia Haydée R. S. Iguachi	44,5
104º - Mariza Guimarães Porto Aranha	44,0
104º - Maria Cecília R. Borges Casas	44,0
104º - Cláudia Regis Machado	44,0
107º - Vera Scotti Calucci	43,5
108º - Maracéla Ramos Teixeira	43,0
108º - Maria do Carmo O. C. Lopes Santos	43,0
108º - Eliana Cristina Gardini	43,0
108º - Paula Couto	43,0
108º - Nanci Garrido Butin	43,0
108º - Maria Goldenberg P. Antolin	43,0
114º - Iara Lopes Nogueira Fagundes	42,5
114º - Ângelica Borges da Fonseca	42,5
114º - Marissa Dias dos Santos	42,5
114º - Regina Célia G. Marchesoni Pontes	42,5
114º - Maria Ângela S. Sala Zonis	42,5
119º - Ruth Bitar de Melo	42,0
119º - Lúcia Maria Grizzi M. R. Castro	42,0
119º - Flávio Joel Grato da Silva	42,0
122º - Eliana Aparecida Navarro	41,5
122º - Sueli Maria Quaglio Barroso	41,5
122º - Selma Silva Leite Flores	41,5
125º - Nilza Sandra Alencar Kiame	41,0
125º - Ubirajara do Nascimento	41,0
125º - Ana Elizabeth C. B. Rabelo	41,0
125º - Rosângela Ferreira Pinto	41,0
129º - Neide Vieira Guimarães Bonfanti	40,5
130º - Neide Vieira Guimarães	40,0
130º - Fabiana S. de Carvalho Buchtmann	40,0
132º - Roberto Mineira Soares	36,5

tara e Silva - Concedo quarenta e cinco dias de licença-prêmio, para regularização de situação; 31.972/88, José Mariano Filho - Indeferição, face a manifestação da Dijur; 52.709/89, Sebastião Kanada - Aversem-se dois anos e cinco dias de serviço prestado como eventual, tornando-se sem efeito a averbação concedida pelo processo 14.565/77; 24.551/89, Sueli Aparecida Souto Gama; 35.221/89, Secretária de Educação; 35.223/89, Secretária de Educação - Arquivo-se.

Memorandos n.ºs: 990/89, Seduc. - Concedo as férias, relativas ao exercício de 1989, a partir de 2/01/90; 979/89, Seduc. Cecília Prieto dos Santos - Concedo as férias solicitadas, a partir de 8/1/90; 119/89, Demat, Ida Sartori de Souza Silva - Concedo as férias solicitadas, a partir de 11/1/90; 956/89, Seduc; 964/89, Seduc - Concedo as férias solicitadas, a partir de 2/1/90, com a exceção apontada pelo Dep: 388/89, Sehig. Agribaldo de Almeida Fernandes Filho; s/n.º. Secult, Daniel Bezerra da Silva; 978/89, Seduc. - Concedo as férias solicitadas, a partir de 2/1/90; 439/89, Seduc, Sueli Regina Garcez Fernandes; 1.011/89, Nanci Rocha C. da Cunha - Concedo as férias, relativas ao exercício de 1990, a partir de 2/1/90; 191/89, P. S. Bertoga, Manoel Neves Timoco; 192/89, P. S. Bertoga, Edson Avelino de Moura - Justifique-se a falta.

Ofícios n.ºs: 5/90, Secult; 1.884/89, Secult; 14/90, Seduc; 4/90, N. A. P. S.; 2/90, Arpes; 7/90, Diob; 19/89, G. Morros; 3/90, Juízo da 273ª Zona Eleitoral; 4/90, Juízo da 273ª Zona Eleitoral; 1.216/89, Juízo da 118ª Zona Eleitoral - Autorizo o pagamento das horas extras efetivamente trabalhadas; 272/89, Diob - Autorizo o pagamento das horas extras prestadas pelo Sr. José de Oliveira.

Memorando n.º: 106/89, Sersan - Autorizo o pagamento das horas extras efetivamente trabalhadas.

ATOS DA CHEFE DO DEPARTAMENTO DO PESSOAL

Expediente despachado em 10 de janeiro de 1990

Processos n.ºs: 254/90, (Abono de Falta) - Nanci Rocha C. Cunha, Milécia Azevedo de Souza, José Rubens Afonso, Sueli Oliveira Mikalowski, Dilma de Loures Fonseca, Odair Dias, Fernando Garrido, Edson Marques de Oliveira, Renato Lopes Corrêa, Ana Maria dos Santos Carneiro, Maria Sara Yalle Corrêa.

Otelinda M. C. de Fátio - Concedo as férias, por 30 dias, a partir de 2/1/90, referentes ao exercício de 1989, nos termos do proc. 4908/89; 17/89, Maria José Torres Tagawa - Concedo as férias, por 30 dias, a partir de 2/1/90, referentes ao exercício de 1989, nos termos do proc. 4908/89.

Expediente despachado em 12 de janeiro de 1990

Contratado o Sr. Varlei de Lima, na função de ajudante geral, por prazo determinado, no período de 12/1/90 a 11/4/90, devido à complexidade do problema dos morros de Santos, agravado com a chegada da estação das chuvas.

SECRETARIA DE FINANÇAS

ATOS DA COMISSÃO MUNICIPAL DE LICITAÇÕES

COMUNICADO

Tendo em vista o início do exercício, e o interesse da Administração em propiciar a todos oportunidade de participarem do fornecimento de materiais em geral, produtos hortifrutíferos para a merenda escolar, produtos e equipamentos médicos e farmacêuticos, etc., comunica que as inscrições cadastrais para habilitação nas futuras licitações, por meio de Tomadas de Preços, deverão ser providenciadas com a maior brevidade junto à Comissão Municipal de Licitações, Praça Visconde de Mauá s/n.º, lado da Rua General Câmara.

Santos, 10 de janeiro de 1990.

Comissão Municipal de Licitações.
Econ. ANTONIO PEREIRA DE CARVALHO
Presidente

EDITAL

A COMISSÃO MUNICIPAL DE LICITAÇÕES, situada no Palácio "José Bonifácio", na praça Visconde de Mauá, s/n.º, lado da Rua General Câmara, comunica que está procedendo as seguintes TOMADAS DE PREÇOS:

TP/005/90 - Requisição n.º 11.01.03/89 - Gabinete do Secretário - Sehig
Recebimento das propostas até às 15:00 (quinze) horas do dia 2/2/90.

Descrição do material: Aspirador, reanimador, estufa, micro-ressuscitador, etc., conforme bases e especificações, nesta Promissão.

Proc. 4510/89 - Manza de Moura Santos
 Proc. 4511/89 - Maria Therezinha Fernandes Ribeiro
 Proc. 4512/89 - Eliana Gil Doce
 Proc. 4674/89 - Maria Rosalinda Impalpaia
 Proc. 4748/89 - Júlio César Izar
 Proc. 4904/89 - Marifil Rodrigues Moura
 Proc. 4938/89 - Aquiles Tadeu Pinheiro Ferro
 Proc. 4994/89 - Luciano Aparecida Pereira
 Proc. 5020/89 - Rosa Conceição da Costa
 Proc. 5021/89 - Nelsy Inocência Margarida de Lemos
 Proc. 5212/89 - Rosilda Barros Rêdam
 Proc. 5248/89 - Márcia Deina Cordeiro Cardim
 Proc. 5289/89 - Regina Célia Pinheiro Alves de Matos
 Proc. 5347/89 - Elisete da Silva
 Proc. 5364/89 - Rosane Dal Porto
 Proc. 5365/89 - Maria Lúcia Leal dos Santos
 Proc. 5367/89 - Antonio César Martins dos Santos
 Proc. 5368/89 - Selma de Carlos Moura
 Proc. 5415/89 - Sonia Campos Caldera
 Proc. 5416/89 - Heloisa Maria Prieto Silveira
 Proc. 5419/89 - Elizabeth Nunes
 Proc. 5425/89 - Iara Fontes Nunes
 Proc. 5537/89 - Maria Chelida Lazzano
 Proc. 5549/89 - Marly Maxa
 Proc. 5550/89 - Marly Maxa
 Proc. 5769/89 - Sheila Vânia Guimarães da Silva
 Proc. 5782/89 - Maria Sylvia Noronha Galvão
 Proc. 5795/89 - Israel Franco Ferreira
 Proc. 5802/89 - Edna Canzato Franco
 Proc. 5803/89 - Maria Christina Ferraz
 Proc. 5804/89 - Clarice Juliani Barrack
 Proc. 5814/89 - Ermelinda Ferraz Hermenegildo
 Proc. 5878/89 - Elany Fugioso Blanco
 Proc. 5907/89 - Sonia Maria Lascane
 Proc. 5933/89 - Marilúcia Elias
 Proc. 6020/89 - Orlando Borges da Fonseca
 Proc. 6041/89 - Maria Tereza Camargo Martins
 Proc. 6072/89 - Eloiza Aparecida de Camargo
 Proc. 6076/89 - Heloisa Helena Rigos Gomes
 Proc. 6155/89 - Lúcia Helena Machado Ferreira
 Proc. 6156/89 - Edna Accorsi
 Proc. 6235/89 - Oswaldo Haussinger

Proc. 17519/89 - Rildo Barchali Sabhao
 Proc. 17609/89 - Nazare de Oliveira
 Proc. 17647/89 - Teresa Cristina Incarnato Matsumoto
 Proc. 17676/89 - Elizabeth Henriques de Gregório
 Proc. 17982/89 - Vânia Terra Mendes
 Proc. 17922/89 - Maria Aparecida da Cruz Maia
 Proc. 18039/89 - Marlene Silva Ferraz do Amaral
 Proc. 18141/89 - Maria Aparecida Fidalgo Atrunes
 Proc. 18444/89 - Márcia Maria Corêa
 Proc. 18330/89 - Sonia Maria Corêa
 Proc. 18403/89 - José Antonio Neves Paulino
 Proc. 18473/89 - Dirce de Jesus Storm
 Proc. 18873/89 - Maria das Graças Nóbrega da Silva
 Proc. 18984/89 - Dorilene Rodrigues da Silva
 Proc. 19102/89 - Inez Fátima de Jesus
 Proc. 19384/89 - Verúzia Fernandes do Nascimento
 Proc. 20734/89 - Iram Ribeiro Pereira de Carvalho
 Proc. 21481/89 - Maira Ribela de Oliveira Neves
 Proc. 21663/89 - Sandra Maria Monteiro
 Proc. 22499/89 - Sandra Regina Marink
 Proc. 22499/89 - Maria Lúcia Carvalho
 Proc. 22499/89 - Rosely Souza Borges de Souza
 Proc. 22497/89 - Rosely Souza Borges de Souza
 Proc. 22500/89 - Edvaldo Alves
 Proc. 22877/89 - Vera Lúcia Gonçalves
 Proc. 22971/89 - Maria Del Carmen Arcas Gomez Garcia
 Proc. 23173/89 - Valquíria Casar de Jesus Oliveira
 Proc. 23187/89 - Elizabeth Lopes Fernandes Ramalho
 Proc. 24095/89 - Ricardo Guimarães Wandenkolk
 Proc. 24541/89 - Nibrayara Oliveira Araújo
 Proc. 26123/89 - Carlos de Souza Filho, Adriens
 Proc. 26615/89 - Maria Aparecida Figueira
 Proc. 26726/89 - Tereza Mendes Ribeiro
 Proc. 26726/89 - Dora Santana da Silva Veloso
 Proc. 29065/89 - Regina Maria de Melo
 Proc. 29061/89 - Tania Maria Coelho Domingues de Oliveira
 Proc. 29062/89 - Ruth Maria Reis
 Proc. 30490/89 - Marielene Peres de Queiroz e Silva Oliveira
 Proc. 30490/89 - Guacimara Peres de Queiroz e Silva Oliveira

Registre-se, publique-se e cumpra-se.
 TELA DA SOUZA
 Prefeita Municipal

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

ATOS DO SECRETÁRIO

Expediente despachado em 26 de dezembro de 1989
 Ofício nº: 433/89; Seab - De acordo.
Expediente despachado em 27 de dezembro de 1989
 Processo nº: 23.858/89; Evandro Balthazar da Silveira Trocoli - Anote-se conforme o proposto.

ATOS DA CHEFE DO DEPARTAMENTO DO PESSOAL

Expediente despachado em 22 de dezembro de 1989

Férias - Com. nºs: 187/89, Sonia Maria Lascane - Concedido as férias por 30 dias, a partir de 27/1/90, referentes ao exercício de 1989, nos termos do proc. 4908/89; 357/89; Eloy Pimentel Caetano - Concedido as férias, por 30 dias, a partir de 15/1/90, referentes ao exercício de 1988, nos termos do proc. 4908/89; 1777/89; Orália Lopes Ribeiro - Concedido as férias, por 30 dias, a partir de 27/1/90, referentes ao exercício de 1989, nos termos do proc. 4908/89; 239/89, Elisete da Silva - Concedido as férias, por 30 dias, a partir de 27/1/90, referentes ao exercício de 1989, nos termos

RESOLUÇÃO Nº 11.743 DE 19 DE JULHO DE 1984 - TIVAS DO IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA PARA O EXERCÍCIO DE 1984.

Pela presente Ordem de Serviço, usando da competência que me é conferida pelos artigos 35 e 36, do Decreto nº 6.427, de 22 de junho de 1984

DETERMINO:
 1. Que as estimativas mensais do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza sejam, a partir de 1º de janeiro de 1990, reajustadas em 310,55% (trezentos e dez vírgula cinquenta e cinco por cento), com o valor mínimo de NCz\$ 3.162,00 (três mil cento e sessenta e dois cruzados novos).
 2. Esta Ordem de Serviço entrará em vigor no dia 1º de janeiro de 1990, revogadas as disposições em contrário.

Cumpra-se.
 Palácio "José Bonifácio", em 27 de dezembro de 1989.
FABIO BARBOSA DA SILVA
 Secretário de Finanças

ORDEM DE SERVIÇO Nº 08/89-SF
Ao DERE, com vistas à DITRIB.

Assunto: IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA DEVIDO PELOS PRESTADORES DE SERVIÇOS QUE EXPLORAM LAVAGEM E LUBRIFICAÇÃO DE VEÍCULOS.

Pela presente Ordem de Serviço, usando da competência que me é conferida pelos artigos 35 e 36, do Decreto nº 6.427, de 22 de junho de 1984.

Considerando que, "quando o volume ou a modalidade de prestação de serviços aconselhar, a critério do Secretário de Finanças, tratamento fiscal mais adequado, o imposto poderá ser calculado por estimativa", conforme facultado pelo Código Tributário do Município,

Considerando que algumas modalidades de prestação de serviços são de difícil controle fiscal;

DETERMINO:
 1. O Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza incidente sobre Lavagem e Lubrificação de Veículos, será devido com base no movimento econômico de cada Box ou Lavar, ficando este movimento estimado a partir de 1º de janeiro de 1990 em NCz\$ 8.855,00

Considerando ainda que, "quando o volume ou a modalidade da prestação de serviços aconselhar, ou o contribuinte solicitar, a critério do Secretário de Finanças, tratamento fiscal mais adequado, o imposto poderá ser calculado por estimativa".

DETERMINO:
 1. O Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza devido pelos contribuintes que exploram a venda de bilhetes de Loteria Federal será cobrado por Estimativa, a partir de 1º de janeiro de 1990.

2. Para cálculo dessa estimativa, será obtida a seguinte tabela:
 BILHETES RECEITA ISSQN
 ADQUIRI- MENSAL (4%)
 DOS POR ESTIMADA POR MES
 EXTRACAO NCz\$ NCz\$
 Até 80 3.162,00 126,48
 De 81 a 180 7.274,00 290,96
 Acima de 180 13.599,00 543,96

3. Ficam os referidos contribuintes eximidos da emissão de notas fiscais, sendo obrigatório o uso do livro modelo 1 (hum).

4. Os recolhimentos serão feitos até o 6º dia útil do mês subsequente ao vencido, através de guia modelo 10 (dez).

5. Na hipótese da receita real do exercício ultrapassar a receita estimada, o imposto correspondente será recolhido até o dia 31 de janeiro do exercício seguinte, excetuando-se os casos de encerramento de atividade e transferência de firma, cujo imposto deverá ser recolhido no ato da solicitação (artigo 32, inciso IV, alínea "a" do Decreto nº 6.427, de 22 de junho de 1984).

6. Esta Ordem de Serviço entrará em vigor no dia 1º de janeiro de 1990, revogadas as disposições em contrário.

Cumpra-se.
 Palácio "José Bonifácio", em 27 de dezembro de 1989.
Econ. FABIO BARBOSA DA SILVA
 Secretário de Finanças

ORDEM DE SERVIÇO Nº 10/89-SF
Ao DERE, com vistas à DITRIB

Assunto: FIXA REGIME DE ESTIMATIVA PARA RECOLHIMENTO DO IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA, PARA A VENDA DE BILHETES DA LOTERIA ESTADUAL DA HABITAÇÃO.

Pela presente Ordem de Serviço, usando da competência que me é conferida pelos artigos

APÊNDICE

Apêndice A

TECLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ consinto em participar do estudo **“O Psicólogo nas Políticas Públicas de Saúde Mental, no município de Santos – SP”**. Que tem por objetivo geral: Compreender qual o "locus" no qual o profissional de Psicologia foi inserido, mediante as atividades ofertadas nas Políticas Públicas de Saúde (SUS), no município de Santos.

Fui informado (a) que será utilizada entrevista, com questionário semi-estruturado, junto à gravação sonora, e que este estudo tem caráter acadêmico, sendo conduzido pela aluna Priscila Larangeira Carvalho, do Mestrado em Saúde Coletiva (área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde) da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), sob a orientação da professora Dr^a. Amélia Cohn. Declaro ainda, ter compreendido que não sofrerei nenhum prejuízo de ordem psicológica ou física e que minha privacidade será preservada; estando eu ciente de que as entrevistas gravadas não serão utilizadas para quaisquer outros fins que não a elaboração do trabalho científico junto ao Mestrado em Saúde Coletiva da UNISANTOS.

Concordo que os dados sejam publicados com fins acadêmicos ou científicos, mas que seja mantido o sigilo sobre a minha identidade e participação.

Estou ciente que poderei, a qualquer momento, comunicar minha desistência em participar do presente estudo e que para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários, os contatos abaixo estão disponíveis:

Priscila Larangeira Carvalho (pesquisadora)

Tel. (13) 9126-4694

Amélia Cohn (orientadora)

Tel. (13) 3205-5555 (Secretaria de pós – graduação) - com Bárbara.

Santos, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante da pesquisa:

Documento de Identificação: _____