



Revista Psicologia e Saúde

ISSN: 2177-093X

Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado
e Doutorado em Psicologia

Cardozo, Tainá Borges; Monteiro, Renata Alves de Paula
Da Psiquiatria Tradicional à Reforma Psiquiátrica: O
Ambulatório de Saúde Mental como Serviço de Tratamento
Revista Psicologia e Saúde, vol. 12, núm. 2, 2020, Maio-Agosto, pp. 31-44
Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia

DOI: 10.20435/pssa.v0i0.768

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=609864608004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Da Psiquiatria Tradicional à Reforma Psiquiátrica: O Ambulatório de Saúde Mental como Serviço de Tratamento

From Traditional Psychiatry to Psychiatric Reform: The Mental Health Clinic as a Treatment Device

De la Psiquiatría Tradicional a la Reforma Psiquiátrica: El Ambulatorio de Salud Mental como Servicio de Trata

Tainá Borges Cardozo¹

Renata Alves de Paula Monteiro

Universidade Federal Fluminense

Resumo

O ambulatório é um serviço de saúde antigo no campo da assistência psiquiátrica, criado na época em que o modelo manicomial direcionava o tratamento. Com o tempo, surgiram outras maneiras de se pensar o cuidado de pacientes em sofrimento psíquico. A partir disso, novos serviços foram estabelecidos, com funcionamento e direção de trabalhos diferentes do que o ambulatório tradicional apresentava. O presente artigo visa, então, discorrer acerca das limitações e possibilidades do ambulatório de saúde mental atualmente, enquanto um serviço estratégico da Reforma Psiquiátrica, destacando o trabalho feito no Ambulatório de Saúde Mental de Jurujuba, em Niterói. Realizou-se um levantamento bibliográfico, além da utilização de situações oriundas da observação no momento de realização de estágio curricular no curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Concluiu-se que o ambulatório articulado com diretrizes antimanicomiais é primordial para que uma assistência com maior qualidade seja oferecida.

Palavras-chave: assistência ambulatorial, saúde mental, saúde pública

Abstract

The mental health clinic is an old health service in the field of psychiatric care that was created when the treatment of patients was led by the asylum model. Over time, other ways of understanding the care of patients in psychic suffering have emerged. Since then, new services in this field were established, with purposes and work directions that differ from the traditional mental health clinics. The present article aims to discuss the limitations and possibilities of the mental health clinics nowadays, as a strategic service of the Psychiatric Reform, highlighting the work done in the Mental Health Clinic of Jurujuba, located in Niterói. This paper offers a literature review, as well as observations made during an internship for the Psychology course of the Fluminense Federal University. We conclude that the mental health clinics structured with anti-asylum guidelines are essential to offer a service of better quality.

Keywords: ambulatory care, mental health, public health

Resumen

El ambulatorio es un servicio de salud antiguo en el campo de la asistencia psiquiátrica, creado en la época en que el modelo del manicomio direccionaba el tratamiento. Con el tiempo, surgieron otras maneras de pensar el cuidado de pacientes en sufrimiento psíquico. A partir de ello, nuevos servicios fueron establecidos, con funcionamiento y dirección de trabajos diferentes de lo que el ambulatorio tradicional presentaba. Este artículo visa, entonces, discurrir sobre las limitaciones y posibilidades del ambulatorio de salud mental actualmente, como un servicio estratégico de la Reforma Psiquiátrica, destacando el trabajo hecho en el Ambulatorio de Salud Mental de Jurujuba, en Niterói. Se realizó una revisión bibliográfica, además de la utilización de situaciones provenientes de la observación en el momento de la realización de la pasantía universitaria en el curso de Psicología de la Universidad Federal Fluminense. Se concluye que el ambulatorio articulado con directrices antimanicomiales es primordial para que una asistencia con mejor calidad sea ofrecida.

Palabras clave: asistencia ambulatorial, salud mental, salud pública

¹ Endereço de contato: Rua Prof. Marcos Waldemar de Freitas Reis, s/n., Bloco N, 4º andar, Gragoatá, Niterói, RJ, CEP 24210-201. E-mail: tainaborgesc@gmail.com

Introdução

A produção deste artigo foi estimulada a partir da experiência de estágio curricular do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, em um ambulatório de saúde mental de Niterói, município da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. Desde 1991, a cidade mantém em funcionamento uma rede de atenção psicossocial alinhada com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e os preceitos da Reforma Psiquiátrica, que inclui seis ambulatórios. No entanto sabe-se que o ambulatório não está incluído na diretriz mais recente para o cuidado em saúde mental: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme a Portaria 3.088 (Brasil, 2011)².

O ambulatório de psiquiatria foi criado como alternativa ao funcionamento hospitalar, isto é, como uma segunda opção de tratamento, mas com os mesmos princípios manicomial (Santos, 2007). Contudo a Reforma Psiquiátrica almeja que o hospital seja retirado do centro da assistência, sendo substituído por outros serviços que trabalham de maneira distinta. Mais do que isso, visa-se superar o modelo hospitalocêntrico e sintomatológico, como aponta Tenório (2001). Este modelo refere-se a uma assistência centrada na exclusão e no silenciamento da loucura, além de reduzir sua prática ao controle dos sintomas e à sua eliminação por intermédio da medicação. Criticar esse modelo ultrapassa as críticas institucionais, pois ele diz de uma prática clínica desenvolvida no hospital, mas que também pode se manifestar em outras estruturas, como a de um ambulatório de saúde mental e, até mesmo, a de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em sua origem, o ambulatório limitou a direção de trabalho a, principalmente, consultas psiquiátricas e ao direcionamento para as internações quando não se consegue calar os sintomas (Santos, 2007), sendo esse o provável motivo para que o ambulatório não esteja incluído na RAPS. Apesar de a RAPS não assegurar o ambulatório de saúde mental como um ponto de atenção da rede, Niterói o tem sustentado. Sustentá-lo não significa o mesmo que preservar a prática citada anteriormente, pelo contrário, o grande desafio dessa aposta é manter o serviço, mas transformando a clínica tradicionalmente feita ali em uma clínica orientada pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica. A clínica da Reforma, ou a clínica da atenção psicossocial, vai além da compreensão do sujeito psicótico como um sujeito doente: aproxima-se da psicanálise, assimilando a psicose à outra maneira de se estar no mundo, sem a pretensão de ajuste ao padrão considerado normal (Tenório, 2001). No caso dos ambulatórios, o trabalho adquire ainda outra complexidade por conta da variedade da clientela. Tanto na faixa etária – atende-se, além de adultos, crianças e adolescentes – como na demanda clínica, recebem-se não só psicóticos, mas pacientes neuróticos e com questões referentes ao uso de álcool e outras drogas.

A discussão em torno do ambulatório de saúde mental se faz extremamente necessária, uma vez que, embora seja observada a presença de ambulatórios de saúde mental no país, ao mesmo tempo, esse serviço não está incluído na RAPS, portaria organizadora do campo da atenção psicossocial. As poucas publicações sobre os ambulatórios no atual contexto da Reforma Psiquiátrica, como as produções de Santos, Oliveira e Yamamoto (2009), Severo e

² A RAPS foi instituída pela Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, indicando as direções e os pontos de atenção para o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Dimenstein (2011) e Tenório (2001), são outro indicativo da necessidade de discorrer sobre a temática. O debate é importante para todos aqueles que se interessam e se dedicam à luta antimanicomial, dado que visa à reflexão e ao aperfeiçoamento do tratamento oferecido às pessoas em sofrimento psíquico.

O Processo de Ambulatorização da Assistência Psiquiátrica

Apesar de o ambulatório ser um serviço existente até hoje no Brasil, pouco se encontra sobre sua história. Tem-se conhecimento de que o ambulatório apareceu anteriormente aos movimentos da psiquiatria comunitária e das comunidades terapêuticas com o psiquiatra Ulysses Pernambucano. Resende (2001) relata que, na década de 1930, esse psiquiatra indicava uma organização de assistência psiquiátrica abrangente no país, com ambulatórios, hospitais abertos e atenção ao egresso. Contudo essa tentativa não frutificou.

O movimento de ambulatorização foi impulsionado pelas denúncias das condições de tratamento nos hospitais psiquiátricos, bem como pela crise na previdência, estimulada pela transformação da loucura em mercadoria (Santos, Oliveira, & Yamamoto, 2009). Assim sendo, o primeiro ambulatório psiquiátrico, o Ambulatório Rivadávia Correa, foi criado na década de 1930 pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), na Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro (RJ) – hoje, nomeada Instituto Municipal Nise da Silveira. A LBHM foi fundada em 1923 e promoveu intervenções sociais racistas, xenofóbicas e antiliberais, colocando-se em defesa do Estado e agindo com o objetivo de controle social (Amarante, 1994). Além de acompanhar o egresso, o ambulatório difundia o aconselhamento genético para prevenir distúrbios mentais (Resende, 2001). Desta maneira, os objetivos do tratamento seguiam intervenções preventivas. Engel (2001) destaca que o ambulatório foi inaugurado dentro do hospital, o que ilustra os propósitos da psiquiatria da época: conciliar a reclusão com a prevenção.

Em 1941, outros ambulatórios foram inaugurados no país pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e foi ampliado o número de hospitais psiquiátricos (Santos, 2007). Vinte anos depois, em 1961, havia dezessete ambulatórios no Brasil (Resende, 2001). De acordo com Santos (2007), no processo de ambulatorização realizado nas décadas de 1960 e 1970, os ambulatórios foram responsáveis por muitos encaminhamentos para internações. Desse modo, eles intermediavam a população e o hospital psiquiátrico, funcionando como porta de entrada deste último. Severo e Dimenstein (2011) declaram ainda que a ambulatorização teve como resultado a cronificação dos pacientes acompanhados, aumentando o consumo de psicotrópicos.

De fato, como aponta Tenório (2001), a cronificação dos pacientes e o ciclo de internações estão diretamente relacionados e previamente determinados por um modo de fazer e pensar a psiquiatria. Quando a assistência psiquiátrica tem como seu único objetivo a eliminação dos sintomas, suas únicas ações são retirar os pacientes da crise e monitorar os momentos estáveis na tentativa de evitar novas crises. Ações voltadas para que o paciente possa prosseguir sua vida com as dificuldades que tem não são incluídas nesse modelo de assistência e os atendimentos no período de estabilização dos sintomas passam a ser apenas um momento de expectativa para um novo período de crise e, logo, de internação.

Como já dito, a criação dos ambulatórios foi estimulada, entre outros motivos, por acusações acerca das condições de tratamento dentro dos hospícios (Santos, Oliveira, & Yamamoto,

2009). Contudo o processo de ambulatorização não se deu de forma crítica à internação. Pelo contrário, os ambulatórios funcionavam em consonância com os hospitais psiquiátricos, podendo, inclusive, localizar-se dentro dessas instituições. Foi um serviço criado para reafirmar a assistência psiquiátrica da época, pautada em concepções de “normal” e “patológico”, bem como o isolamento da loucura. Assim, é possível constatar que foi criado outro serviço para a assistência aos loucos, mas foi mantida a mesma compreensão a respeito da loucura. Consequentemente, o ambulatório teve uma atuação complementar à internação: operando como um serviço alternativo, mas não substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Ao funcionar centrado na doença e sem considerar o conceito ampliado de saúde, promoveu a prescrição excessiva de remédios e a dependência desses, além de provocar a reagudização e a internação de alguns quadros clínicos (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2016). Dessa maneira, fez com que a institucionalização fosse um destino inevitável para grande parte dos pacientes (Tenório, 2001). Esse destino é o que a Reforma Psiquiátrica busca combater, não só retirando os pacientes dos hospitais psiquiátricos, mas criando estratégias para que seja possível a sua permanência fora deles.

O Lugar do Ambulatório de Saúde Mental no Contexto da Atenção Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica

O ambulatório foi duramente criticado por seu efeito cronificante e medicalizador (Severo & Dimenstein, 2011; Tenório, 2001). Mesmo assim, eles permanecem funcionando, não apenas na cidade de Niterói, mas por todo o Brasil. Inclusive, São Gonçalo, município vizinho a Niterói, inaugurou seu primeiro ambulatório de saúde mental recentemente, em 2016. Em outras palavras, apesar das questões que permeiam os ambulatórios, eles continuam sendo implementados em redes de atenção psicossocial do país. À primeira vista, manter esse serviço em tempos de luta antimanicomial, em que se visa a uma rede de atenção psicossocial substitutiva às internações, parece bastante contraditório. Como foi visto, o ambulatório nasceu de maneira complementar ao manicômio, reproduzindo sua maneira de atuar. Em contrapartida, o movimento da luta antimanicomial, como o próprio nome diz, procura romper com o modelo do manicômio e suas práticas. Contudo o sustento do ambulatório não significa, necessariamente, o sustento de suas práticas de origem. É possível pensar em um ambulatório de saúde mental que se distancie do modelo manicomial e se aproxime da atuação de um dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica.

Por muito tempo, a assistência psiquiátrica brasileira foi constituída, essencialmente, pelo ambulatório tradicional – o ambulatório caracterizado neste artigo até então – e pela internação. Santos (2007) indica que o modelo de atendimento proposto por esses serviços buscava o reconhecimento de sintomas e diagnósticos, em que o caráter curativo prevalecia. Dessa maneira, o sintoma era visto como algo a ser eliminado, o que difere da perspectiva psicanalítica, que o entende como uma verdade sobre o sujeito, logo, algo a ser escutado (Tenório, 2001).

Aqui, denominaremos de *lógica ambulatorial* o conjunto de práticas e princípios característicos do ambulatório tradicional. No entanto eles não são posturas e condutas restritas aos ambulatórios, podendo ser observados em outros serviços de saúde mental, sendo estes substitutivos ou não ao hospital psiquiátrico. Como Tenório (2001) ressalta, esse modo de

funcionamento, organizado para controlar crises e monitorar sintomas, pode ser sustentado também por atividades terapêuticas variadas. Sendo assim, existem outras expressões mais gerais com sentido semelhante à lógica ambulatorial que costumam ser utilizadas para se referir a essa maneira de atuar, como lógica manicomial ou modo asilar.

A partir da experiência no período de estágio (2016-2017) no Ambulatório de Saúde Mental de Jurujuba, buscaremos, por meio de situações e recortes, propor a discussão de funcionamento de um ambulatório da Reforma³, ilustrando o esforço de se abandonar a lógica ambulatorial e seguir outros preceitos.

O Ambulatório da Reforma

A partir da década de 1980, como consequência dos princípios da Reforma Psiquiátrica no Brasil, surge uma nova proposta de cuidado no campo da saúde mental. Ela nasceu fundamentada na análise crítica do modo manicomial e reivindica os direitos daqueles que são vistos como doentes mentais, como denota Tenório (2002). Para o autor, salientar que a cidadania tem um valor marcante para a organização do campo da saúde mental é essencial, visto que isso indica que envolve não apenas a clínica, mas o social, o cultural, a política, a educação, o jurídico, entre outros. Talvez fosse possível dizer que a clínica da Reforma Psiquiátrica é uma clínica que abarca todos esses aspectos; daí, então, fala-se de uma clínica ampliada.

Chama-se essa clínica de ampliada por suas ações incorporarem questões que geralmente não são vinculadas à clínica. Essas ações ocorrem de acordo com a necessidade dos usuários (Sundfeld, 2010), o que a torna uma clínica em permanente construção. Para que seja possível ampliar essa rede de cuidado, é necessário criar alianças com os diversos setores da sociedade (Yasui & Costa-Rosa, 2008). A clínica ampliada foi essencial para o caso de José⁴, paciente paranoico que realizava o procedimento de diálise em um hospital geral e era acompanhado pelo ambulatório de Jurujuba. Após José sentir-se perseguido por membros da equipe do hospital e ser agressivo por não poderem executar o procedimento exatamente da maneira que ele gostaria, foi necessário que as técnicas de referência do ambulatório se aproximassem e estivessem em contato com esses profissionais, que passaram a ter medo de José e de realizar o procedimento. Foi fundamental mediar essa relação para que a diálise, muito importante para o paciente, ocorresse. A ampliação da rede de cuidados se faz necessária à medida que o sujeito que recebe a assistência é assimilado como alguém que não é só um corpo biológico, mas que tem questões referentes a outras esferas: é um sujeito que está inserido em um contexto cultural e socioeconômico. José, por exemplo, transitava por outros lugares além do ambulatório e tinha relações com outras pessoas. Por esse motivo e baseado na RAPS – portaria que será discutida mais à frente –, chamaremos esse modo de assistência que confronta a lógica ambulatorial de lógica da atenção psicossocial.

Ainda que o ambulatório tenha surgido como um serviço de assistência à loucura, a demanda atual é variada, o que faz com que essas instituições recebam pacientes de todas as idades e com sofrimentos psíquicos diversos. No ano de 2016, o ambulatório de Jurujuba, do

³ Trata-se de situações e recortes oriundos da observação no momento de realização de estágio curricular no curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense.

⁴ O nome citado é fictício.

seu total, atendia cerca de 75% dos pacientes diagnosticados como neuróticos e mais de 20% psicóticos, tendo crescido o número de atendimentos à clientela com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (Lessa, 2017). Assim sendo, nos ambulatórios que seguem a lógica da atenção psicossocial, as especificidades de cada um que é atendido são norteadoras para a direção do tratamento. Isso ocorre porque o sofrimento psíquico é percebido para além de uma doença: como uma questão subjetiva (Tenório, 2001).

Assim como indicam Yasui e Costa-Rosa (2008), a equipe é o principal instrumento de intervenção e de produção de cuidados na lógica da atenção psicossocial. Em um ambulatório pautado nessa lógica, é preciso que o serviço tenha dispositivos disponíveis para enfrentar as situações trazidas pelos pacientes em sua singularidade e diferença, tendo em mente que o sujeito tem necessidade de tratamento para além das questões fisiológicas. Por isso, é importante que haja uma equipe multidisciplinar. No ambulatório de Jurujuba, essa multidisciplinaridade se faz presente a partir da presença de psicólogo, psiquiatra, técnico de enfermagem, enfermeiro, acompanhante domiciliar, assistente social, musicoterapeuta e auxiliar administrativo, além de estagiários da graduação e da pós-graduação.

É essencial que o trabalho em equipe multidisciplinar enriqueça a assistência, e não que se transforme em trabalhos individuais em conjunto. Na lógica ambulatorial, mesmo quando há uma equipe multiprofissional, as tarefas (e o sujeito) são desmembradas, seguindo um modo de trabalho similar aos de linhas de montagem (Costa-Rosa, 2000). Desse modo, cada profissional mantém a atenção para sua especialidade e eles se comunicam apenas pelo prontuário, sem que haja um encontro para conversar sobre cada caso e sem a troca de perspectivas entre os técnicos. Nessas situações, é comum que o trabalho se torne burocratizado e a equipe deixe de existir de fato (Figueiredo, 1997). Apesar da multiplicidade da equipe, na lógica ambulatorial, o poder de decisões continua centralizado no psiquiatra. No entanto a substituição do lugar da psiquiatria por outra especialidade também é problemática. Corbisier (2000) assinala que reduzir toda a experiência de sofrimento a um único modelo teórico, seja ele qual for, empobrece a assistência oferecida.

Além da equipe multiprofissional, é importante que as relações entre os profissionais perpassem pela transdisciplinaridade. De acordo com Pinto (2007), isso não significa que cada profissional deve abandonar a sua área de conhecimento; quer dizer que cada um pode deixar-se afetar pelas outras disciplinas, a fim de tornar o tratamento mais potente. Tal como Figueiredo (1997) aponta, é possível que cada profissional tenha o seu próprio território de atuação e, ainda assim, troque experiências com outros colegas, seja nas reuniões de equipe, seja nos corredores. Era assim que ocorria no ambulatório de Jurujuba, onde a equipe se reunia semanalmente por cinco horas para discussão de casos e supervisão. Essas trocas entre as pessoas da mesma equipe e de especialidades diferentes podem criar impasses, por conta dos pontos de vista distintos, mas também podem produzir bons efeitos clínicos, pelo mesmo motivo.

Como já mencionado anteriormente, outra característica principal da lógica ambulatorial é a utilização da medicação como única intervenção terapêutica. Essa conduta está em conformidade com a visão de sintoma da psiquiatria tradicional, que procura silenciá-lo, entendendo que estar saudável é estar sem manifestações sintomáticas. Além disso, por vezes, lidar com os sintomas daquele paciente é muito angustiante e calá-los mediante o uso de

remédios torna-se a escolha mais fácil. De todo modo, isso provoca implicações marcantes, como a produção de dependência desses medicamentos e a procura exclusiva de psicotrópicos pelos pacientes e seus familiares nos serviços de saúde. Isso foi visto no Acolhimento – recepção e atendimento de novos pacientes – do ambulatório de Jurujuba. Apesar das demandas variadas, não era raro ouvir falas como “eu só quero ser encaminhada para o psiquiatra para ele me passar o remédio” ou, ainda, “vim aqui porque estou precisando dessa receita, vocês podem me dar?”. Isto aponta para o lugar que o ambulatório de saúde mental ainda é colocado, como um produtor e renovador de receitas psiquiátricas.

Ainda havia, no ambulatório de Jurujuba, muitos pacientes que realizavam apenas consultas psiquiátricas, interessados nas receitas. Assim como Zanella, Luz, Benetti e Roberti (2016) indicam, é comum que o próprio usuário enxergue o medicamento como ferramenta principal do seu tratamento, desconsiderando outras ações terapêuticas. É um comportamento produzido pela forma de funcionamento do ambulatório tradicional, que procura ocultar tudo o que é diferente da norma – os sintomas – por meio da medicação. Mais do que uma indicação de como a clientela ainda percebe os ambulatórios de saúde mental, isso também aponta para a visão que ela tem dos atendimentos psiquiátricos. Entendemos que essas consultas não devem ser apenas um trabalho de prescrição de medicamentos, mas também um atendimento clínico.

Além de uma herança do ambulatório manicomial, que produz neuroses crônicas, isso diz das determinações da sociedade atual. Exige-se um bem-estar absoluto, em que nenhum sofrimento é aceitável (Soalheiro & Mota, 2014). Desse modo, os psicotrópicos parecem ser a solução perfeita para (uma tentativa de) se encaixar nesse padrão. De fato, os medicamentos são importantes em algumas circunstâncias. No entanto, quando essas solicitações são recebidas, é importante ter um olhar atento para poder pensar, junto ao paciente, as ações possíveis, assim como Zanella et al. (2016) sinalizam, e procurar não repetir a iatrogenia produzida no passado. Para tal, é necessária uma proximidade maior com os médicos. Essa é uma situação delicada, tendo em conta que parte dos médicos do ambulatório de Jurujuba não tinha o costume de participar das reuniões de equipe. A presença desses profissionais nas reuniões, apesar de ser solicitada, não era um pré-requisito para o trabalho, como ocorria com os outros técnicos.

Nesse paradigma, então, o objetivo não é a cura entendida como ausência de sintomas, mas sim que o paciente tenha uma vida melhor de acordo com a sua condição psíquica. Por isso, é importante que haja outros dispositivos disponíveis além da medicação, como psicoterapias individuais e grupais, oficinas e outros instrumentos de reintegração sociocultural. A instituição, nessa perspectiva, deve ser uma organização do espaço e das relações, oferecendo aos pacientes várias possibilidades de estabelecimento de vínculos (Tenório, 2001).

No ambulatório de Jurujuba, a partir do projeto terapêutico singular, era ofertado aos pacientes atendimento psiquiátrico, atendimento psicoterápico, assistência social, serviços de enfermagem, acompanhamento domiciliar e/ou atividades de grupo, como o grupo de música, de expressão artística, de trabalho e de redução de danos. Os grupos são cruciais, entre outras coisas, para que aqueles com dificuldades de estar em um atendimento individual possam se aproximar do serviço e falar de si por outros meios. Esses outros dispositivos de tratamento podem – e devem – estar para além das paredes da instituição, no território,

afinal, a atenção psicossocial inclui a gestão da vida cotidiana do sujeito. A atuação no território não é uma novidade, pelo contrário, já foi apresentada tempos atrás pela psiquiatria comunitária. Entretanto, agora, o objetivo não é a normatização do paciente, mas sim a expansão de seus laços.

O Ambulatório na Reforma

Apesar da sustentação de ambulatórios de saúde mental por parte de alguns municípios, bem como os esforços desses serviços em se adequarem às condutas da Reforma Psiquiátrica, ambulatórios não estão incluídos na Portaria n. 3.088 (Brasil, 2011), que institui a RAPS, regulamentação que determina medidas para a organização e implementação da assistência a pessoas em sofrimento psíquico. Ainda que a Portaria/SNAS n. 224 (1992) traga algumas diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental abarcando os ambulatórios especializados, entendemos que a RAPS direciona que a porta de entrada para a rede de serviços de saúde mental seja dividida entre a Atenção Básica (AB) e os CAPSs.

Com a reformulação da assistência em saúde mental, os CAPSs foram criados já tendo no nome a espécie de paradigma que caracteriza esse novo momento e protagonizando essa aposta de substituição do modelo manicomial para o modelo de atenção psicossocial, integrando uma rede com outros pontos de atenção. Conforme a Portaria n. 336 (Brasil, 2002), os CAPSs têm o propósito de oferecer atendimento a pacientes que necessitam de uma atenção diária e integral de cuidados intensivos, que inclui atividades diversas – acompanhamento médico e terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual e grupal, atividades de lazer, orientação familiar – feitas por uma equipe multiprofissional. Além disso, o serviço oferece refeições, de acordo com seu horário de funcionamento. Mais do que o tempo maior de atendimento, a proposta do CAPS é, essencialmente, evitar a internação sempre que possível e sustentar a existência do louco no espaço social, ajudando-o nas várias áreas do viver (Tenório, 2001).

A outra porta de entrada apontada pela RAPS é a AB, que compreende os seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde, Centro de Convivência e Cultura e equipe de atenção básica para populações específicas (Consultório na Rua e Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório). Cada um desses pontos de atenção tem uma atribuição diferente. A Unidade Básica de Saúde, por exemplo, de acordo com a portaria, no âmbito da atenção psicossocial, é responsável por gerar ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Já o Centro de Convivência e Cultura oferece a toda a população espaços de sociabilidade, sendo estratégicos para a inclusão social dos usuários da RAPS. Enquanto isso, a equipe do Consultório na Rua tem por objetivo ofertar ações de cuidados de saúde para a população de rua e, como ponto de atenção da RAPS, oferecer cuidados em saúde mental para este público, incluindo pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas. Já a equipe de Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório é responsável por oferecer suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção (Brasil, 2011). Tanto a AB como os CAPSs compartilham de um mesmo contexto sócio-histórico de redemocratização no país no campo da saúde, marcados pela reforma sanitária e a Reforma

Psiquiátrica, tendo esta última um peso maior nos CAPSs (Jucá, Nunes, & Barreto, 2009). A AB também é a porta de entrada preferencial do SUS, a fim de proporcionar o primeiro acesso das pessoas ao serviço público de saúde, gerenciando os encaminhamentos e procurando acompanhar a saúde dos pacientes ao longo da vida (Gazignato & Silva, 2014). Ela constitui um conjunto de ações de promoção, proteção e manutenção da saúde, bem como a prevenção de agravos (Ministério da Saúde, 2013).

A clientela dos CAPSs costuma ser definida como psicóticos e neuróticos graves. Tenório (2001) afirma que se leva em consideração a patologia psiquiátrica grave e a condição psicossocial comprometida para que uma pessoa tenha indicação de acompanhamento em um CAPS. Portanto aquelas pessoas que não têm indicação para esse serviço, isto é, pacientes psiquiátricos menos graves e/ou que não têm necessidade de um acompanhamento integral, deveriam ser encaminhadas não para ambulatorios especializados, mas sim apenas para a AB.

Como o CAPS e a AB fazem parte de uma mesma rede, a RAPS, a articulação entre os dois serviços é de extrema importância. A integração de um serviço especializado em saúde mental com outro serviço já inserido na comunidade, como sinaliza Bezerra e Dimenstein (2008), pode produzir avanços no processo de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. Com o intuito de facilitar essa aproximação, foi criado o Apoio Matricial (AM) ou matriciamento, estratégia institucional que oferece suporte técnico à equipe da AB e propõe que os casos sejam de responsabilidade mútua (Dimenstein et al., 2009). Além disso, a proposta do AM está em consonância com as ações da clínica ampliada, permitindo que o tratamento e acolhimento do sujeito em sofrimento sejam estendidos para seu território na comunidade (Dimenstein et al., 2009). O matriciamento possibilita, ainda, a diferenciação de casos que precisam de atendimento em um serviço especializado de saúde mental e os que podem ser atendidos por uma Unidade Básica de Saúde (Bezerra & Dimenstein, 2008). Com relação a isso, o ambulatório de Jurujuba, como serviço especializado de saúde mental, fez um trabalho com um módulo do Programa Médico de Família (PMF) por meio de reuniões para discussão de casos. O ambulatório recebia alguns pacientes, enquanto com outros casos conseguia sustentar o acompanhamento apenas pelo PMF, com a equipe do ambulatório dando orientações mediante esses encontros.

Em uma pesquisa realizada no município de Santos, no estado de São Paulo, foi observado que a saúde mental ainda não tem espaço e atuação definida na AB, sendo os casos mais graves encaminhados aos CAPSs e os casos leves encaminhados para outros serviços, como serviços de Psicologia de universidades próximas ou de organizações não governamentais (Moura & Silva, 2015). É possível que isso ocorra por conta de como a equipe da AB se sente diante de alguns casos de saúde mental, visto que os profissionais ainda se sentem desprotegidos e incapazes de enfrentar algumas demandas que recebem (Dimenstein et al., 2009). Gazignato e Silva (2014) apontam, ainda, que a falta de capacitação referente à saúde mental, junto a resistências e preconceitos, dificulta a implantação do AM. Além disso, o trabalho em rede, de fato, é difícil e exige muito esforço e disponibilidade de ambos.

O encaminhamento de todos os casos graves para os CAPSs é preocupante, afinal, não é todo paciente psiquiátrico grave que tem um nível de complexidade que exija cuidados intensivos e integrais. Tenório (2001) sinaliza que não se deve encaminhar para uma estrutura

complexa como os CAPSs situações que podem ser atendidas em estruturas mais simples. Estas ações acabam por prejudicar o serviço no acolhimento e atendimento de casos que realmente precisam, bem como criar nos pacientes encaminhados erroneamente a dependência desses cuidados.

A importância dos ambulatórios de saúde mental foi recentemente reconhecida pelo município do Rio de Janeiro, a partir da publicação das Linhas de Ação para Atenção Ambulatorial em Saúde Mental (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2016). Nela, foi assinalada a existência de situações clínicas que exigem um cuidado especializado em saúde mental que não se encontra na AB, mas não precisam da atenção intensiva proporcionada pelos CAPSs. Nesses casos, o tratamento ambulatorial seria a alternativa mais interessante, sendo o trabalho em rede junto aos CAPSs e à AB uma contribuição importante na assistência de pacientes psiquiátricos. Além de refletir acerca do cuidado ofertado pela AB, é primordial refletir sobre quantos casos esse serviço é capaz de absorver, visto que a atenção em saúde mental é apenas um dos vários outros serviços de saúde oferecidos por ela. Um ambulatório de saúde mental, como o ambulatório de Jurujuba, acompanhava uma grande quantidade de pacientes – cerca de 900 pacientes em 2016. É importante pensar se a Atenção Básica, somente, conseguiria oferecer um atendimento especializado e de qualidade para todos esses pacientes se os ambulatórios de saúde mental não existissem na cidade.

É evidente que a estrutura do serviço ambulatorial impõe limitações para o cuidado de casos mais complexos que exigem uma atenção integral, como a feita nos CAPS. Contudo o ambulatório da Reforma destina-se a funcionar como um serviço estratégico no atendimento da clientela que não tem necessidade de estar no CAPS e do qual o cuidado ofertado pela AB não dá conta. Assim sendo, o ambulatório é capaz de absorver os pacientes que, apesar de não precisarem de um cuidado intensivo, precisam de um acompanhamento continuado. Dessa forma, preservam os CAPSs como estruturas mais complexas (Tenório, 2001).

Considerações Finais

Como foi visto, não existe um único ambulatório de saúde mental, mas sim propostas de serviços ambulatoriais que diferem entre si. Aqui, foi feita uma comparação entre duas dessas propostas, o ambulatório tradicional e o ambulatório da Reforma. Pensamos que a principal característica que torna o ambulatório tradicional diferente do ambulatório da Reforma é a maneira como se entende o conceito de saúde e a pessoa com sofrimento psíquico, visto que o funcionamento de cada ambulatório é gerado a partir desse olhar. O modelo tradicional de ambulatório na saúde mental, por exemplo, que nasceu como um serviço de assistência à loucura, compreende o louco, sua principal clientela no início, como alguém que precisa ser adaptado ao padrão do que é normal e, assim, tornar-se saudável. Qualquer sinal que aponte para fora desse padrão – sejam sintomas comumente ligados à psicose, como delírios e alucinações, ou outros traços, como tristeza, ansiedade e uso problemático de álcool e outras drogas – deve ser eliminado. Para a eliminação desses sintomas, o ambulatório tradicional conta apenas com dois aliados: o medicamento e a internação. Em outras palavras, o trabalho é centralizado no saber psiquiátrico e no isolamento dessas pessoas. Na realidade, quando o ambulatório surgiu como um novo serviço para a assistência

psiquiátrica, não houve novidade na maneira de se fazer psiquiatria, visto que atuava paralelamente aos manicômios.

Já o ambulatório da Reforma foi fomentado pelas críticas ao modelo manicomial e pela nova proposta de assistência no âmbito da saúde mental. A forma como se pensa a pessoa que está em sofrimento psíquico aproxima-se bastante da perspectiva da psicanálise, compreendendo o sofrimento como algo que está para além das patologias indicadas nos manuais de psiquiatria, isto é, acredita-se que o sintoma carrega singularidades de cada sujeito. Por este motivo, eliminá-los a qualquer custo não é o objetivo.

Algumas heranças do passado ainda resistem nos dias de hoje, como a concepção do sujeito psicótico e o lugar do ambulatório. O louco ainda é visto como um sujeito irracional e que não deve ser levado a sério. O ambulatório de saúde mental é marcado, também, como um local que oferece apenas consultas psiquiátricas. Além disso, o predomínio da lógica manicomial nos serviços ambulatoriais de saúde mental nas décadas anteriores produziu efeitos iatrogênicos que são verificados até hoje, como a cronificação e estigmatização de pacientes psiquiátricos.

Contudo o trabalho exercido pelo Ambulatório de Saúde Mental de Jurujuba na época observada aproximou-se bastante do funcionamento do ambulatório da Reforma, procurando se afastar da lógica tradicional e não repetir os mesmos efeitos. Isto ocorre, principalmente, mediante atividades terapêuticas diversas, equipe multiprofissional e reuniões para poder discutir os casos clínicos e pensar, juntos, quais intervenções terapêuticas seriam interessantes. No entanto a ausência de alguns psiquiatras e a não exigência de sua presença nos encontros podem apontar para a posição que o saber médico ainda ocupa no campo da saúde mental, que não é a mesma das outras especialidades. Assim sendo, é necessário analisar que demanda o serviço tem feito a esses médicos, além de prescrever as medicações.

Entendemos que sustentar o ambulatório com práticas diferentes das práticas tradicionais é primordial para que uma assistência com maior qualidade seja oferecida e para que as diferentes demandas clínicas possam ser atendidas da melhor maneira possível. Há tipos de sofrimento, como algumas neuroses graves, por exemplo, que precisam de um acompanhamento especializado de saúde mental, mas que não requerem todo o aparato de um CAPS. Logo, o ambulatório de saúde mental tem uma função e um lugar que não pode ser ocupado pela AB ou pelos CAPSs, assim como o ambulatório não deve se apropriar dos lugares desses serviços. Esses lugares diferenciam-se, principalmente, pela clientela que cada serviço pode atender, de acordo com os aparatos que possuem. O ideal é que possam trabalhar em conjunto. O ambulatório de Jurujuba se empenhou para que o trabalho em rede pudesse existir, e não só com os serviços especializados de saúde mental. Porém é algo ainda bastante difícil de ser feito, principalmente em virtude das muitas linhas que compõem essa rede e dos poucos técnicos dedicados a essa tarefa.

Portanto o ambulatório muda sua função no campo da saúde mental de acordo com a lógica em que ele funciona. Apesar de não ser um ponto de atenção existente na RAPS, o ambulatório, articulado com diretrizes antimanicomiais, é necessário. É necessário, ainda, manter essa discussão ativa, dialogando a respeito dos ambulatórios com uma atuação que difere da tradicional e de como esse trabalho tem ocorrido.

Referências

- Amarante, P. (1994). Asilos, alienados, alienistas: Uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 73-84). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: Tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(3), 632-645. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=pt&tlng=pt
- Brasil. Ministério da Saúde. (1992). *Portaria n. 224*, de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de Saúde Mental. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/legislacao?format=html&limit=20&limitstart=20>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria n. 336*, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil. Ministério da Saúde (2011). *Portaria n. 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de atenção básica: Saúde mental*. Brasília, DF.
- Corbisier, C. (2000). A reforma psiquiátrica: Avanços e limites de uma experiência. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 279-299). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=pt&tlng=pt
- Engel, M. G. (2001). *Os delírios da razão: Médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Gazignato, E. C. S., & Silva, C. R. C. (2014). Saúde mental na atenção básica: O trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 38(101), 296-304.
- Jucá, V. J. S., Nunes, M. O., & Barreto, S. G. (2009). Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: Impasses e desafios na construção da rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 173-182.
- Lessa, C. C. R. (2017). *O ambulatório de saúde mental de Jurujuba, em Niterói-RJ, e sua identidade: Uma perspectiva da atenção psicossocial* (Trabalho de Conclusão de Curso

- de Especialização em Psicanálise e Saúde Mental, Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro).
- Moura, R. F. S., & Silva, R. C. (2015). Saúde mental na atenção básica: Sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 199-210. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100199&lng=pt&tlng=pt
- Pinto, J. C. S. G. (2007). *Integralidade, clínica ampliada e transdisciplinaridade: Conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental* (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro).
- Resende, H. (2001). Política de saúde mental no Brasil: Uma visão histórica. In S. A. Tundis, & N. S. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 15-73). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. (2016). Secretaria Municipal de Saúde. *Linhas de ação para atenção ambulatorial em saúde mental*. Disponível em <https://saudementalcap10.files.wordpress.com/2017/04/linhas-de-ac3a7c3a3o-versao-26-dez-2016.pdf>
- Santos, Y. F. (2007). *O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN* (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte).
- Santos, Y. F., Oliveira, I. N. F. F., & Yamamoto, O. H. (2009). O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN. *Psicologia Argumento*, 27, 313-322.
- Severo, A. K., & Dimenstein, M. (2011). Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: Contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31, 640-655.
- Soalheiro, N. I., & Sagnori, M. (2014). Medicalização da vida: Doença, transtornos e saúde mental. *Revista Polis e Psique*, 4, 65-85.
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: Relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 10(4), 1079-1087.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceitos. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A estratégia atenção psicossocial: Desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32(78-79-80), 27-37. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>
- Zanella, M., Luz, H. H. V., Benetti, I. C., & Roberti, J. J. P. (2016). Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 15, 53-62. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Recebido em: 06/07/2018

Última Revisão: 08/05/2019

Aceite final: 28/05/2019

Sobre as autoras:

Tainá Borges Cardozo - Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense. Especializanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. **E-mail:** tainaborgesc@gmail.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0001-6739-7311>

Renata Alves de Paula Monteiro - Doutora em Psicologia, professora adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense em Niterói. **E-mail:** nana_monteiro@hotmail.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0003-4064-5295>