

REVISTA
LATINOAMERICANA
DE PSICOPATOLOGIA
FUNDAMENTAL

Revista Latinoamericana de Psicopatologia
Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em
Psicopatologia Fundamental
Brasil

Teixeira, Mônica

A implantação da Reforma Psiquiátrica em São Paulo: entrevista com a Coordenadora de Saúde
Mental do Estado, Mirsa E. Delossi, realizada por Mônica Teixeira

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. VI, núm. 4, diciembre, 2003, pp. 117-
134

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018039009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

**A implantação da
Reforma Psiquiátrica em São Paulo:
entrevista com a Coordenadora de Saúde
Mental do Estado, Mirsa E. Delossi,
realizada por Mônica Teixeira**



Mirsa E. Delossi – Arquivo pessoal

A psicanalista Mirsa Elizabeth Delossi assumiu a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo em janeiro de 2003. Mas estabeleceu seu compromisso com a transformação da política de atenção à saúde mental, vinte anos antes, ao constatar que o tratamento à disposição dos mais pobres afetados pelo sofrimento psíquico diferia, e muito, daquele à disposição dos mais ricos. Brotou daí a inquietude que fez – com orgulho – servidora pública estadual.

Nessa condição, dos anos 1980, até os dias de hoje, Mirsa ajudou o setor público a criar uma rede complexa de atenção à saúde mental formada por serviços extra-hospitalares e comunitários, em

substituição ao modelo vigente até os anos 1970 – aquele que tinha o hospício como destino exclusivo para os que sofriam com transtornos mentais graves. Os caminhos que percorreu, em busca de cumprir essa sua utopia, são o assunto da entrevista que concedeu a Mônica Teixeira, em duas conversas, ocorridas nos dias 13 e 17 de novembro de 2003, em seu consultório, em São Paulo.

Mônica: *Qual é a política de saúde mental praticada pelo Estado de São Paulo?*

Mirsa: É a política de ampliação da rede de atenção à saúde mental, de inclusão social, com base no modelo de atenção extra-hospitalar, pautada pelas diretrizes políticas surgidas na Conferência Nacional e nas Conferências Estaduais de saúde mental. Na última conferência estadual, em 2001, 110 propostas foram aprovadas: diminuição do número de leitos em hospitais especializados, abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, expansão da rede de serviços comunitários extra-hospitalares... A explicitação disso talvez não tenha ido a público, mas está nos documentos da Secretaria. O que é o explícito? É o número de serviços implantados – extra-hospitalares e comunitários. Preferimos falar nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) como comunitários, porque quando você fala “extra-hospitalar”, está pondo sempre o contraponto com os hospitais. Mas a implantação do modelo não se dá por decreto. Há um caminho a ser percorrido entre aquilo que as conferências disseram, e a implantação de fato. A política do Estado se faz nas conversas com os gestores municipais, quando mostramos a eles que o modelo de atenção preconiza serviços comunitários naquela cidade, preconiza uma rede de atenção. A política se faz no cotidiano, cada vez que a gente consegue que um prefeito queira implantar uma residência terapêutica, um Caps, leitos psiquiátricos no hospital geral. Ela é ação, muito mais do que diretrizes colocadas no papel. O que eu posso dizer da política de saúde mental do Estado de São Paulo, que é a mesma do Brasil, é isso: ela pretende a substituição de um modelo hospitalocêntrico, por um modelo de atenção comunitária à saúde mental. Dentro da atenção comunitária, eu tenho *n* possibilidades, o Caps é uma delas; a Unidade Básica de Saúde (UBS) com saúde mental, outra – temos mais de seiscentas no Estado. No programa de Saúde da Família, estamos incorporando ações de saúde mental, já se faz uma capacitação dos profissionais para poder também identificar pessoas com problemas mentais. Pode acontecer de o município não ter Caps, mas ter hospital-dia – prefiro ter 120 vagas num hospital-dia, a ter 120 leitos em pavilhão. Se naquele município eu posso montar um HD, ainda que esteja acoplado à estrutura hospitalar, dez! Não há como um município copiar outro município, você tem de ir lá e organizar a partir dos recursos existentes. Oficinas terapêuticas, centros de convivência, mesmo não sendo um equipamento específico da saúde... e como estamos numa transição, também há lugar ainda para o hospital psiquiátrico tradicional. É um processo de substituição

de modelo e construção de uma nova mentalidade. Mas o futuro do hospital psiquiátrico especializado, para daqui a dez anos, já está traçado: ele não terá mais razão de ser. Por isso, desde 1995, uma das diretrizes políticas da Secretaria da Saúde foi a modificação radical dos hospitais próprios. Santa Rita do Passa Quatro, Casa Branca, deixaram de ser hospitais psiquiátricos. Tornaram-se Cais – Centros de Atenção Integral à Saúde. Agora, nesses hospitais, você encontra clínica médica – como no Santa Tereza, de Ribeirão Preto; num outro, um centro de referência para idosos, ou um Caps regional funcionando 24 horas. Em vez de montar leitos de psiquiatria para adultos, montou-se Caps 24 horas. No Hospital Pinel, há um hospital-dia infantil. Você tem residências terapêuticas sendo montadas nas casas das grandes vilas habitadas, antes, pelas equipes que trabalhavam nesses macro-hospitais. No final de 2002, tínhamos ainda 15 mil leitos no Estado de São Paulo, e 8.800 pacientes de longa permanência, “moradores” – pacientes cronicados na instituição. Dez anos atrás, o que tínhamos era uma utopia: transformar os hospitais psiquiátricos em hospitais gerais, sem prejuízo da psiquiatria; e implantar leitos de psiquiatria nos hospitais gerais.

Mônica: *Desde quando é essa a política do Estado? Quantos leitos havia, dez anos atrás?*

Mirsa: O que aconteceu foi o seguinte: em 1992, a portaria 224 do Ministério da Saúde disse quais seriam os serviços da rede pública para a atenção em saúde mental para além dos hospitais psiquiátricos, estes sendo um dos serviços. Nessa ocasião, colocamos também que os hospitais psiquiátricos precisavam ter projeto terapêutico, e começamos a fazer a supervisão dos hospitais com base num roteiro de avaliação desses projetos, segundo a clientela. Por quê? Porque a clientela era muito misturada: você tinha idosos, crianças, alcoolistas, psicóticos, todos misturados. Então, para que os hospitais pudessem receber uma diária melhor – passassem, na época, da classificação psiquiatria I para a classificação psiquiatria IV — além de cumprirem todas as exigências ligadas à vigilância sanitária, de hotelaria etc., tinham também de apresentar um projeto terapêutico distinto para suas diversas clientelas. Para isso, precisavam contratar recursos humanos; então também dimensionávamos, na portaria, as equipes que eles deveriam ter.

Mônica: *Estamos falando de diárias SUS?*

Mirsa: Só SUS, porque nós temos possibilidade de fazer avaliação de qualidade apenas nos hospitais conveniados com o sistema. Para fazer essa passagem, havia então a série de exigências técnicas. Mas os hospitais, recebendo diária de psiquiatria I, não conseguiam contratar todas as pessoas necessárias para atingir

a classificação de psiquiatria IV – até ali, o número de profissionais não era dimensionado pelo número de leitos. Por isso, os hospitais fizeram um movimento junto ao Ministério da Saúde, e conseguiram uma diária intermediária – eles receberam um credenciamento, não um credenciamento em psiquiatria IV, mas um credenciamento em psiquiatria III. Ou seja, o Ministério pagaria uma diária um pouco maior e eles complementaríamos as equipes até chegar a psiquiatria IV. Para serem acreditados, declaravam três coisas: a primeira, que não mantinham cela forte; a segunda, que não violavam a correspondência dos pacientes, e, a terceira, que cumpriam as exigências em relação a recursos humanos. Passado esse tempo, até 1995 praticamente, todos os que conseguiram se organizar e se classificar em psiquiatria IV permaneceram no sistema. Os que não conseguiram, pediram descredenciamento e nós fomos fazer o chamado fechamento do hospital. Fala-se que fechamos hospitais; mas não: eles mesmo se fecharam, ao pedirem o descredenciamento; como responsáveis pelas pessoas neles internadas, porque eram pacientes do SUS, fazíamos então o trabalho de reencaminhar essas pessoas.

Mônica: *E por que eles pediam o descredenciamento?*

Mirsa: As exigências técnicas e éticas começaram a ficar bastante precisas e muitos, para cumpri-las, não se sustentavam mais financeiramente. Ou seja, de alguma maneira não havia mais o lucro, os hospitais tinham agora de mostrar uma qualidade de assistência. O processo de descredenciamento, ou de diminuição do número de leitos, funciona da seguinte maneira: monta-se um “grupo de trabalho para avaliação, alta ou transferência dos pacientes”, publicado em Diário Oficial, composto por funcionários da secretaria estadual e do município. Esse grupo entra no hospital para ver o projeto terapêutico desenvolvido. Quando começamos, a maior parte dos grandes hospitais eram “depósitos”. Nas primeiras supervisões, eu percebia que pessoas da equipe ficavam angustiadas com aquilo que tinham visto... Cada um fazia seu relatório, depois fazíamos o relatório final, com uma conclusão única, e encaminhávamos então ao hospital para que fossem tomadas as providências que havíamos elencado, seja do ponto de vista do projeto terapêutico, seja do ponto de vista da vigilância sanitária. Mas a angústia decorrente da supervisão ficava com a gente. Eu pensei: mas quem tem de ficar angustiado são os hospitais, não nós... e aí inventamos a devolutiva. A gente fazia a supervisão e reservava algumas horas para a devolutiva. Chamávamos o dono do hospital, o diretor do hospital, e toda a equipe técnica. Pedíamos a eles para contarem o que faziam no hospital. Logo no início da supervisão, o projeto terapêutico era entregue por escrito. Você lia, tinha vontade de passar as férias dentro do hospital. Projeto terapêutico dez! Mas nessas reuniões era só um que falava, a equipe estava toda desarticulada – aquele que falava tinha feito sozinho o projeto terapêutico, dando a essa exigência apenas valor burocrático. Durante

uma hora mais ou menos, eles diziam o sentido do que estavam fazendo. Em seguida, começávamos a contar o que tínhamos encontrado. Pontuávamos algumas coisas mais importantes, mas avisávamos que o relatório, depois, seria mais completo. A partir do relatório, esse hospital permaneceria ou não credenciado no sistema. Na devolutiva, a gente dava prazos para o saneamento das irregularidades, por exemplo, trinta, quarenta, sessenta dias. Aí, voltávamos lá, até o ponto em que você tinha quatro, cinco, seis relatórios apontando irregularidades, só nos restando descredenciá-los. Teve um hospital que apontamos 97 providências a serem tomadas para continuar cadastrado. Quando o dono viu aquilo, percebeu que não ia cumprir nunca, decidiu sair do ramo. A gente dava prazos, de trinta dias, sessenta dias, para eles tomarem providências; mas havia coisas que eram imediatas, que anunciávamos já na devolutiva. Alguns hospitais agradeciam a supervisão. Na verdade, púnhamos na mesa tudo aquilo que eles tinham ciência, mas nunca havia sido colocado de maneira tão clara. Por exemplo: “O senhor diz aqui que tem água quente nos chuveiros”, mas não tinha. Vaso sanitário sem tampa, para mim, é desumanização. “Ah, mas o paciente quebra”. “Não posso deixar papel higiênico à disposição, porque elas entopem tudo”. “Só aqui”, eu dizia. O sabonete! O sabonete era coletivo, passava de mão em mão! E a roupa? Era aquela que cabia na pessoa. “Mas vocês estão aqui para tratar precisamente da recuperação de uma identidade, e vocês tratam como se eles fossem todos o mesmo”. As condições de hotelaria eram sinais da execução, ou não, do projeto terapêutico; por isso, entrávamos para valer nessas questões. A minha leitura é que o fato de eles verem cotidianamente aquilo, cegava-os... Aquilo que para nós era absurdo, para eles havia se tornado “natural”... Isso para mim é o adoecimento da instituição.

Mônica: *Hospitais assim ainda existem em São Paulo?*

Mirsa: Há alguns ainda... Vários melhoraram. Em outros, o Projeto Terapêutico escrito ou o discurso não corresponde à realidade encontrada.

Mônica: *Mas o que acontecia, ou acontece, com as pessoas que estavam internadas nesses hospitais?*

Mirsa: Digamos que, num hospital, houvesse 400 pacientes. Muitos tinham condição de alta, mas ficavam lá, as famílias distantes. A gente levou pessoas em casa, sentamos na sala com as famílias, as pessoas choravam... é todo um processo. Mas uma grande percentagem não tinha para onde ir, e tinha de sair daquele hospital. Usávamos critérios combinados. Às vezes a pessoa era de um município, mas muito amigo de alguém que iria para outro município. Como os usuários participavam das decisões, quando tinham condição, aconteceu de um dizer: “Não quero ir para o meu município, quero ir para onde ele for porque a

gente é muito amigo”. Um grupo de oito mulheres, muito amigas, transferimos para um só hospital, para que no dia seguinte elas se deparassem com ao menos um rosto conhecido. A alguns hospitais que receberam pacientes transferidos, pedimos um relatório sucinto das condições clínicas em que chegaram esses pacientes. Eles tinham pediculose, tuberculose, escabiose, problemas clínicos graves. Teve uma ocasião em que transferimos trinta pessoas para um certo hospital. No prazo de um mês, 15 receberam alta. Fomos criticados por transferir pacientes de um hospital para outro. Mas por que foi assim? Porque naquele momento do descredenciamento não havia como encaminhá-los, a não ser para outro hospital. Eram encaminhados para hospitais parceiros da atenção de qualidade, que logo lhes deram alta... Isso é parceria no modelo. Se o hospital é privado lucrativo, se é filantrópico, ou se é próprio estadual, para mim tanto faz, estou na direção do paciente, quero saber se o paciente vai poder se livrar da internação desnecessária. Eu nunca publiquei nada disso, nunca escrevi nada; por isso, acho que dava a impressão, para quem não estava participando do processo, que a gente simplesmente transferia o paciente de um hospital sem qualidade para outro sem qualidade. Não era assim, e continua não sendo. Em momento nenhum esses hospitais que receberam pacientes aumentaram o número de leitos. Usamos as vagas disponíveis para agudos! Se você for olhar o processo, é muito intenso, porque havia discussões éticas, técnicas, de humanização.

Mônica: *O movimento da reforma nasceu como resposta a quê situação?*

Mirsa: Na década de 1970, falava-se em “indústria da loucura”. Nessa época, o Brasil chegou a ter cem mil leitos psiquiátricos, cerca de quarenta mil em São Paulo – a gente faz uma comparação com o México, que é demograficamente parecido, lá tinha onze mil leitos e aqui quase cem mil. Na Colômbia, na mesma época, havia seis mil leitos.

Mônica: *Mas era boa a assistência psiquiátrica, no México e na Colômbia?*

Mirsa: Aí já é outra coisa. De qualquer forma, a quantidade, aqui, chamava a atenção. Todo aquele que prejudicava ou perturbava a ordem pública acabava entrando no hospital psiquiátrico: era o “higienismo social”. A porta de entrada era o próprio hospital, não havia nenhum tipo de regulação. Uma ocasião, eu estava terminando de fazer uma supervisão, num hospital do interior, umas cinco e meia da tarde, chegou um rapaz de uns quarenta anos. Encontrei com ele na portaria. Ele disse que estava vindo se internar. Mas como? “Sou freguês aqui, sou alcoolista, saio, não encontro emprego, aí quando eu vou ficando muito debilitado, volto para cá e passo uns trinta dias...” Ele já era freguês de vários hospitais da região. Nessa época, a diária paga pelo governo para psiquiatria era uma das mais caras.

Mônica: *Os hospitais psiquiátricos, hoje, não dão mais lucro?*

Mirsa: Como antes, não.

Os relatórios de supervisão foram sendo aperfeiçoados enquanto instrumento, e chegamos a ter, dentro do PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares –, o PNASH de Psiquiatria. Em 2002, o PNASH de psiquiatria avaliou todos os hospitais do Estado. Há uma avaliação com 22 quesitos, e outra avaliação feita pelos usuários. A soma disso dá uma nota; essa nota é cruzada com o número de leitos. Não adianta o hospital ter uma boa nota: se ele tiver mais de quatrocentos leitos, realmente vai ser classificado, entre sete categorias, na categoria mais baixa. Agora, todos os hospitais estão classificados de acordo com o PNASH. Quem não se classificou saiu do sistema, fechou. O valor da diária, que varia de acordo com a categoria, vai de R\$25,00 a R\$35,00/dia. Ainda hoje é das mais altas. Mas agora não dá tanto lucro, porque se exige equipe multiprofissional e qualidade de assistência. Em números redondos, uma pessoa internada no sistema custa hoje R\$900,00 por mês. Como há uma exigência grande de qualidade, de roupas adequadas a projeto terapêutico individualizado, se requer competência técnica, não há como não ter profissionais. Antes não, você não tinha um dimensionamento de técnicos por número de leitos. Os pacientes eram colocados nos pátios – até recentemente, havia guarda-pátios nos hospitais psiquiátricos – sem nenhum tratamento diferenciado. Claro, recebendo R\$900,00 por mês por paciente, você imagina o que dava isso num hospital de quinhentos, seiscentos leitos – era bastante dinheiro, sem retorno para o paciente. Já desde a década de 1950, as pessoas entravam nos hospitais psiquiátricos e nunca mais saíam. Em São Paulo, havia quarenta mil leitos na década de 1970; hoje tem 15 mil, a população cresceu, mas a rede extra-hospitalar também cresceu, não há ninguém desassistido. Restam ainda 8.800 que são ocupados por pacientes “moradores”, como a gente chama: são pacientes de longa permanência, pessoas que tem dez, vinte, trinta, quarenta, cinqüenta anos de internação, sem nunca ter cometido nenhum crime. Essas pessoas estão tendo um programa de reabilitação psicossocial: recuperação de habilidades perdidas, localização de familiares, a questão de tirar os documentos deles porque muitos se perderam, a questão de certidão tardia de nascimento, que a gente tem providenciado para alguns porque entraram como “ignorados”. Enfim, a devolução da cidadania a essas pessoas está sendo feita.

Mônica: *Você me disse que a reforma psiquiátrica no Brasil e em São Paulo tem trinta anos. Como é essa história?*

Mirsa: Não dá para defender o novo modelo de atenção à saúde mental sem defender o SUS: a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária caminharam juntas. Há mais de trinta anos, já havia alguns sanitaristas se movimentando para fazer

a reforma sanitária, que culminou, em 1990 com a lei do SUS (lei nº 8080/90) – ironicamente, assinada pelo ex-presidente Collor. É das melhores leis do mundo em termos de sistema único – um sistema que não tem carência e distribui medicamentos de graça. A defesa do SUS vem especialmente por aí, além de toda a questão da universalidade do atendimento, da equidade, intersetorialidade, da municipalização dos serviços de saúde. Paralelamente a isso, o Brasil assina, em 1990, a declaração de Caracas, em que o país se compromete com a mudança do modelo de atenção à saúde mental. A lei que regia toda a questão da psiquiatria e da saúde mental no Brasil era de 1934, totalmente anacrônica. Em 2001, foi aprovada a lei nº 10.216, que consolida a reforma: oferece o modelo de atenção extra-hospitalar, comunitário, em substituição ao modelo que estava em vigor, hospitalocêntrico, o hospital sendo a única alternativa da atenção em saúde mental. A lei vem então confirmar uma prática que, como contei, já acontecia. Em 1977 – até então, nessa década de 1970, era só hospital – sai o decreto do governador Paulo Egidio, que criou a Divisão de Ambulatórios do Estado de São Paulo; entre eles, 11 ambulatórios de saúde mental, com equipe multiprofissional, distribuídos pelo Estado todo. Em 1983, Franco Montoro duplica o número de ambulatórios e, pela primeira vez, põe em 110 centros de saúde – na época chamados assim, hoje o nome é UBS – equipes de saúde mental: um psiquiatria, um psicólogo, um assistente social, para fazer a chamada atenção primária em saúde mental. Era já o início da rede extra-hospitalar. Na década de 1990, as emergências psiquiátricas aparecem nos prontos socorros gerais, começam a surgir os hospitais dia, as oficinas terapêuticas, as enfermarias psiquiátricas no hospital geral. Quando sai a portaria 224/92 do Ministério, nela se fala de todos esses serviços. Ou seja, a portaria ministerial veio coroar uma prática e não dar início a ela. As portarias do ministério em geral reconhecem práticas, como aconteceu também com a lei nº 10.216/01. Quando chega, em julho de 2003, o programa “De volta para casa” – para garantir uma bolsa no valor de um salário mínimo para que os pacientes de longa permanência possam viver fora do hospital – esse programa também vem confirmar uma prática de mais de dez anos. Aqui em São Paulo, já usávamos para dar essa garantia os benefícios da Loas – Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8742/93).

Mônica: *Quando aparecem os Caps?*

Mirsa: Na portaria 224, de 1992. Aparecem ali o Caps (Centro) e o Naps (Núcleo) de Atenção Psicossocial como os serviços mais importantes da rede de atenção. Mas o primeiro Caps do Estado de São Paulo é de 1986; vai fazer 18 anos agora em março. É aquele que funciona na rua Itapeva, no centro da cidade de São Paulo, hoje chamado Caps Luis Cerqueira, e foi também o primeiro do Brasil. As pessoas que começaram a fazer o tratamento ali, muitos deles egressos dos

hospitais, deixaram de ser internadas. Havia uma proposta de que esse primeiro Caps funcionasse 24 horas, mas ela não se concretizou. Em 1989, cinco Naps foram criados em Santos, e eram Naps 24 horas. Nos Naps, ou nos Caps 24 horas, as pessoas podem ficar até cinco dias hospedadas; então isso diminuiu a internação. Com essa rede se expandindo, espera-se que não haja desassistência, por conta da possibilidade da atenção diferenciada. Mas como a maioria dos Caps funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, em qualquer eventual crise que uma pessoa tenha, ela deve recorrer ao pronto-socorro e onde houver emergência psiquiátrica pode permanecer por até 72 horas. Depois, volta para o seu Caps ou ambulatório. A rede tem de ser integrada. Se, por exemplo, acontecer algo à noite, a pessoa vai para a emergência psiquiátrica do pronto-socorro, aguarda, e no dia seguinte é encaminhada a um Caps ou a uma internação, se o caso for muito grave. A internação integral não está colocada fora da atenção. Em algum momento, se você não tiver Caps 24 horas funcionando, ela é necessária, então a política é que ela seja internada na clínica de psiquiatria do hospital geral, para que não haja mais discriminação. Os usuários da área da mental devem entrar pela mesma porta que qualquer outro cidadão no hospital geral e devem ficar lá o menor tempo possível.

Mônica: *Mas há quem preconize a substituição de todos os serviços por Caps, não há?*

Mirsa: Conheço o Estado de São Paulo de ponta a ponta. Há municípios de seis mil habitantes, dez mil habitantes, que têm lá uma UBS com oficina terapêutica multi-uso, que atende não só o portador de transtorno mental. Esse município, se ele tem a equipe de saúde mental, tem o medicamento do Programa Dose Certa que o Estado fornece para a saúde mental e tem uma oficina terapêutica, pronto! Ele não precisa de Caps. Ou melhor: não é que não precise, é que a própria UBS com a equipe de saúde mental já se coloca com uma visão comunitária. Além disso, há municípios que não têm demanda, do ponto de vista epidemiológico, que exija a instalação de um Caps. Em alguns lugares, as oficinas terapêuticas dão conta, junto com o tratamento ambulatorial. Você tem às vezes o problema da internação, o que a gente advoga? Se a pessoa precisa de uma internação de 24 horas, por exemplo, que seja feita na Santa Casa do município, que seja acolhido ali, para quebrar mesmo o estigma. O modelo que está posto não prescinde da internação, mesmo no Caps 24 horas, prevê-se que a pessoa possa ficar até cinco dias acolhida – às vezes ela está numa crise que a família não consegue sustentar. As residências terapêuticas estão prontas para pagar uma dívida histórica dos oito mil moradores de hospitais psiquiátricos, mas há uma outra experiência já, de ter residências terapêuticas para casos novos, como a gente chama. Assim: a pessoa está muito mal, a família não consegue dar o

suporte que precisa, ela pode ir para uma residência terapêutica, cuja assistência seja dada pela equipe do Caps, ou do ambulatório... uma espécie de república SUS. Veja o seguinte: no Pacaembu, tem uma república de pessoas com transtorno mental, cujo convívio familiar ficou impossível, bancada pelas famílias, que têm dinheiro. Nessa república, eles têm as mais diversas ações – não só a parte assistencial, psicólogos, psiquiatras, mas também artistas plásticos que fazem lá um ateliê... De qualquer maneira, o psicótico, que é a pessoa que tem o transtorno mental mais persistente, mais severo, não fica 24 horas por dia alucinando; ele pode permanecer na sociedade, se cuidado.

Mônica: *Dentro da política pública para a saúde mental, para onde vão as pessoas em surto, os “casos agudos”? Em Campinas, por exemplo, conversei com psiquiatras que me contaram que há problema para internar agudos, em especial nos finais de semana: os lugares nos Caps estão ocupados, as enfermarias do hospital da Puc e da Unicamp ficam lotadas, porque são pequenas, o hospital Tibiricá foi fechado, as vagas no Cândido Ferreira são poucas, me disseram eles. O fato é que, em especial no final de semana, se um paciente agudo precisa ser internado, os psiquiatras enviam-no para Amparo ou Itatiba.*

Mirsa: Isso me surpreende.

Mônica: *Mas quem é que atende os agudos?*

Mirsa: Vamos dizer um caso novo. Fez um surto psicótico? Vai para a emergência psiquiátrica, ou procura um serviço. A partir daí, é encaminhado dentro da rede.

Mônica: *Emergência psiquiátrica, quer dizer... no pronto socorro do hospital geral.*

Mirsa: Isso. Vamos dizer que seja fim de semana. Na emergência, como já disse, pode ficar até 72 horas. Se não houver remissão do quadro, ele é internado, ou é encaminhado para um Caps, ou para um ambulatório de Saúde Mental. No Caps, pode ficar até cinco dias seguidos. Se ainda assim persiste, aí sim ele pode ir para uma internação, que será de curta permanência. Saiu da internação, retorna a um serviço comunitário. Se você pegar a média de permanência na enfermaria psiquiátrica, ou mesmo nos hospitais psiquiátricos que têm leitos para agudos, a média de permanência hoje é de vinte dias – média! Então há pessoas que ficam cinco ou seis dias internadas no hospital e voltam para o serviço extra-hospitalar. Há outras que ficam trinta – depende da situação. No caso de internação ligada ao uso de álcool, em geral a pessoa fica sete dias – em três ou quatro é desintoxicada, depois orientada e devolvida para a comunidade, porque o alcoolista é outra história, não tem nada a ver com hospital psiquiátrico, deveria estar no hospital geral. Nas décadas de 1970, 1980, 85% das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos eram alcoolistas. De toda maneira, o modelo de atenção em saúde mental não prescinde de internação. A internação se dá quando todos

os outros recursos já estão esgotados; ainda assim é uma internação de curtíssimo prazo. Agora, o Caps 24 horas dá como possibilidade a pessoa permanecer acolhida cinco dias seguidos. Se não melhora, coloca-se a questão de encaminhá-lo a uma enfermaria em hospital geral. Também pode sair do Caps, ter melhorado um pouco, daqui a pouco passa três ou quatro dias, tem uma agudização do quadro, volta e pode ficar até mais cinco dias.

Mônica: *Mas uma das razões, disseram-me esses psiquiatras, de não ter vaga em Campinas é que nos dois Caps 24 horas, especialmente nos finais de semana, há muitos desses “semi-moradores”...*

Mirsa: Mas aí a gente precisaria avaliar ... Uma questão desafiadora é a seguinte: o Caps é para alguém que esteja realmente com um problema mental grave, em que o sujeito está mal. Se ele não tem amparo familiar, coloca-se a questão da residência terapêutica para casos novos, evitando-se os “semi-moradores”. Você pode ter lá oito pessoas, como se estivessem internadas dentro do hospital, mas numa residência, atendidas pela mesma equipe do Caps. Isso dá uma continuidade ao tratamento muito melhor do que sair do Caps, entrar num hospital... e se for fora da região, então, aí eu fico muito preocupada, é um corte no tratamento, mesmo que eu tenha clareza de que alguns hospitais prestam assistência adequada. Mas a distância entre o local do hospital e o da residência das pessoas impede o acompanhamento familiar; essa pessoa que vai para lá fica triste, ela está longe de casa... No Estado de São Paulo, houve lugares com grande concentração de leitos, o que levou as pessoas para longe de casa. Se a população em geral é de baixa renda, mesmo que esteja escrito no hospital: “visitas diárias”, as pessoas não têm recursos financeiros para visitar o familiar todos os dias. Por isso tantos pacientes foram ficando cada vez mais isolados e esquecidos. Cada região teria de ser auto-suficiente no seu modelo, parar de exportar pacientes... Você não faz isso nas outras especialidades! A psiquiatria em geral desenvolveu uma outra história. O próprio Juqueri nasceu assim, num lugar isolado da cidade, grande concentração de pessoas. Isso não tratou as pessoas, tem realmente de ser corrigido.

Mônica: *Então a pessoa em surto entra pelo pronto-socorro...*

Mirsa: Um caso novo vai entrar na rede de que jeito? Ou ele vai para a UBS ou, quando está na crise, para o pronto-socorro. Do PS, é encaminhado para o serviço de saúde mental de seu bairro e, a partir de uma avaliação, matriculado no Caps. O Caps tem de fazer o que a gente chama de gerência de caso, o caso assumido na sua integralidade. Veja: atenção em saúde mental é diferente de tratamento psiquiátrico. O tratamento psiquiátrico é um dos modos de atenção. Temos que garantir tratamento competente por toda a equipe técnica, em que se inclui a

psiquiatria... mas que o usuário não deixe o seu trabalho, não deixe a sua escola, para que não haja uma estigmatização do indivíduo. Trabalhar na saúde mental hoje exige que você tenha uma visão integral do que seja saúde mental. Tenho dito: saúde mental do esquizofrênico, saúde mental do deficiente mental, saúde mental não é só do neurótico, todos têm direito a ela. Por isso dá-se a possibilidade de desenvolver ações na comunidade com os psicóticos. Indo mais além, você chega na questão da clínica. Além da clínica medicamentosa, que esmaece os sintomas produtivos, para o transtorno se tornar suportável, é necessária a escuta do delírio. Se um psicótico não tem com quem falar sobre isso, se o conteúdo desse delírio não for analisado, ele dificilmente terá condições de se apropriar do que lhe acontece e ele mesmo se auto-regular. É quase como um autoconhecimento. A inteligência dessas pessoas está preservada. Por isso, a questão da clínica é fundamental. Você vê – pessoas que viviam sendo internadas, três, quatro vezes por ano, quando tiveram a chance de ser tratadas por uma equipe que deu conta disso como um todo, deixaram de ser internadas. Então, quando você coloca essa questão da organização do sistema em Campinas, tem de verificar a qualidade da clínica. Por exemplo, um dos indicadores de qualidade de um Caps é quantas pessoas foram mandadas para internação integral ao longo de um ano. Eu me lembro que no levantamento do primeiro ano do Caps Luis Cerqueira, ao longo do ano, três pessoas foram internadas – gente que tinha história de várias internações. Ao final de três anos, eles encaminharam uma pessoa. Ou seja, na medida em que a equipe foi trabalhando de forma integrada, os familiares sendo orientados, o índice de internação encaminhada pelo Caps foi mínimo. A qualidade da assistência prestada importa, não tenho a menor dúvida. Tanto que a gente está acabando de lançar um instrumento de avaliação dos Caps, para que isso de alguma forma possa ser aferido. Entendo que esse roteiro de avaliação dos Caps vai se tornar um instrumento gerencial, dando ao gestor, ao diretor do Caps, a possibilidade de verificar a qualidade da clínica.

Mônica: *De que se trata uma psicanalista estar nos cargos da Secretaria da Saúde há tantos anos? Que diferença faz você ser psicanalista e realizar esse trabalho que você tem realizado? Ou não tem importância nenhuma.*

Mirsa: Faz diferença nas posturas e nas condutas. Fiz uma opção entre fazer saúde pública, saúde coletiva, saúde mental na saúde pública, saúde mental na saúde coletiva. Eu percebia que o mesmo transtorno grave, numa pessoa de classe alta, era tratado de um jeito, e nas pessoas de uma classe socioeconômica mais baixa, tratado de outro; e como não há uma psiquiatria para pobre, outra para rico; uma psicologia para pobre, outra para rico – por uma questão ética, entrei para a rede pública. Devo dizer que prefiro o nome de servidora pública ao nome trabalhadora da saúde; quem entra no serviço público tem de servir ao público.

A questão, para mim, foi: como colocar a serviço do público tudo aquilo que aprendi a partir da psicanálise? Com certeza não dá para fazer análise na rede pública, porque o contrato analítico exige que você seja remunerada pela própria pessoa. Você pode até dizer, de uma maneira indireta: “Sou paga, na rede pública, pelos tributos cobrados inclusive daquela pessoa”. Mas não é assim. A questão do pagamento em análise é bastante precisa. Por outro lado, a psicanálise me deu várias coisas enquanto formação. Primeiro: uma escuta valiosa nas instituições, uma outra percepção, uma outra leitura do que está acontecendo nas dinâmicas institucionais. Segundo: a análise pessoal – não há analista sem análise pessoal – me possibilitou uma condição de ressignificação: todas as vezes que havia um impedimento, um impasse, uma dificuldade, um obstáculo, os recursos que conquistei por meio da análise me permitiram ressignificar esse lugar que ocupo na rede pública, a partir da questão da subjetividade e da singularidade. Olho para esse outro que vem buscar o tratamento como único e singular; a conduta e a postura que você tem frente aos encaminhamentos que o caso vai requerer são diferentes de quem não tem essa formação. Não estou dizendo que a psicanálise é a única que sustente trabalhar nesse lugar, mas para mim ela foi muito valiosa. Outra coisa que agora começa a fazer muito sentido para mim é a questão da filosofia. Antes de fazer psicanálise, eu fiz filosofia. Uma das autoras que tem me ajudado muito a elaborar, pelo lado filosófico, a questão do serviço público, é Hannah Arendt, que valoriza o pensar: não o pensar importado do outro, mas o pensar reflexivo, que dá uma condição de autocrítica. Isso, sim, dá para transmitir no serviço público – na hora das supervisões, faço as equipes refletirem a partir de um caso. Especialmente no Caps, que é o serviço mais avançado em termos da atenção à saúde mental, você começa a trabalhar com a gerência do caso, não é mais aquela clínica ambulatorial em que a pessoa vem e passa pelo psiquiatra, depois vem e passa pelo psicólogo, depois vem e faz um pouquinho de terapia ocupacional, depois vem e passa pelo serviço social, tudo cindido – não, a gente tem trabalhado nos Caps com o profissional de referência. Esse profissional de referência vai cuidar do caso como um todo – é a questão da integralidade. Então, se a pessoa não comparece, ele vai até a residência, existem visitas domiciliares, um acompanhamento do caso e dos familiares. Temos resumido tudo isso dentro de um conceito que é usado também na Espanha e na Itália, em vários lugares: o de reabilitação psicossocial – há quem diga que o nome da clínica hoje é esse. Você conduz o caso inteiro. As pessoas fazem um surto psicótico porque é a única resposta que lhes sobra no sentido de enfrentar as dificuldades da vida. E não é psicótico quem quer – aí sim a psicanálise me ajuda a saber que as estruturas psíquicas se dão a partir de um relacionamento entre a questão edípica, entre a figura materna e a figura paterna, a pessoa adquire uma estrutura psicótica ou neurótica ou perversa a partir daí. Essas estruturas

são suficientes para pensar a clínica, não preciso de toda aquela coisa do CID-10. O CID-10 é uma descrição fenomenológica, é do olhar, você vai juntando sinais de comportamento, vai agrupando e classificando, mas é puro olhar, em nenhum momento você contempla a escuta. Essa é a diferença da psicanálise na instituição pública, entendida como matriz de pensamento, concepção de saúde, onde a subjetividade é o eixo para a inclusão psicossocial, condição necessária para o exercício da cidadania, porque cidadania é exercício, não é dada. A psicanálise que me sustenta é a que publica os seus limites e que permite, por uma questão ética na direção do paciente, respeitar suas diferentes necessidades – entre as quais, às vezes, a necessidade de modificar os seus comportamentos sem que isso arranhe a matriz analítica. O que quero dizer com isso? Antes de me dedicar à formação analítica, fiz uma especialização em terapia comportamental infantil behaviorista. Durante dez anos, atendi crianças no consultório. Lembro-me de uma criança, que me foi encaminhada com anorexia, aos nove anos de idade – ela estava definhando. Eu era uma novata ainda, mas percebi o seguinte: se eu fizesse uma proposta de uma ludoterapia, ou de uma análise infantil, a criança poderia sair dessa anorexia, de uma maneira rápida? Então resolvi encaminhá-la para uma colega psicóloga comportamental, que trabalhava com modificação de comportamento, e a partir daí – eu acompanhei o caso –, em seis meses evitou-se a hospitalização etc. A ética, então, é estar na direção do paciente. Ficou o desejo da analista de entender por que a criança fez esse sintoma. Mas os pais, agradecidos porque em curto espaço de tempo, pela técnica comportamental, o comportamento foi erradicado... ficou só o meu desejo, porque a criança teve alta e foi embora.

Mônica: *Qual sua avaliação do passo da implantação dessa política no Estado?*

Mirsa: A formação em psicanálise me ajudou a ser tolerante, a perceber que a política avançou. Em alguns momentos deu uma estacionada, mas nunca houve retrocesso. Essa leitura é que me fez permanecer. Não é talvez a leitura que as pessoas fora dessa relação mais próxima tenham. Mas considero muito positivo o grande número de Caps cadastrados; hoje você fala de ponta a ponta do Estado em Caps, em hospitais-dia, oficinas, em residências. Quinze anos atrás, falar da enfermaria psiquiátrica no hospital geral era de arrepiar o provedor das Santas Casas, hoje não. Quer dizer: avalio que está havendo uma mudança da cultura, uma mudança da mentalidade. Mudar a mentalidade é um processo, não é por decreto nem por portaria. É uma coisa de construir lá onde o serviço está sendo montado. Fiquei às vezes muito dividida entre ser uma planejadora e uma avaliadora de gabinete – que tem a função especial de ter os dados sempre atualizados sobre o que está acontecendo – eu sempre tento fazer isto –, mas entre ficar fazendo uma planilha de atualização dos serviços existentes e atender

à demanda de um serviço que está com um problema na condução da assistência, lá no interior de São Paulo, prefiro largar o computador, pegar a viatura e ver como é que posso ajudar. Assim se construiu uma relação de confiança muito grande no que chamamos articulação da Saúde Mental na Secretaria de Estado. Temos hoje 24 regionais e todas elas têm um articulador de saúde mental. A palavra articulador quer dizer que existem vários saberes e todos eles merecem respeito. Quando a gente fala que articula a saúde mental do Estado por meio do colegiado de articuladores que se reúne uma vez por mês na Secretaria, trata-se de descobrir onde esses saberes estão e articulá-los – o que, para mim, extrapola qualquer pré-julgamento sobre esses saberes.

Mônica: *Por que você diz que não há saúde mental sem vida coletiva?*

Mirsa: Ninguém pode ter saúde mental sozinho, saúde mental é sempre coletiva. A praia, por exemplo, considero um espaço de saúde mental dos mais preciosos. Lá ninguém sabe quem é quem, lá você esquece de levar a carteira de identidade, e se levar tem alguma coisa errada, porque ninguém vai com documentos para a praia. As pessoas estão ali numa convivência de lazer, muito especial para a produção de saúde mental. Como você promove a saúde mental? Sempre se fala de tratamento da doença, da prevenção; mas dificilmente se fala de promoção de saúde. Como promover a saúde, quando se faz prevenção? Previno a doença promovendo a saúde. A gente faz a distinção por uma questão didática. Mas de qualquer maneira, o tratamento da doença é específico, tem alguém sofrendo, você vai lá e trata. Já a promoção da saúde ainda é muito incipiente. Mas há lugares de uma criatividade muito grande e aí é que entra a articulação do saber: às vezes, a população tem reuniões coletivas, atividades coletivas, ações que promovem a saúde mental e os técnicos não se dão conta disso. Outro espaço rico enquanto espaço coletivo da saúde mental é a feira-livre. Tem também os coretos da praça pública, as festas populares. A promoção da saúde mental se faz na convivência entre as pessoas, seja no lazer, no esporte ou no acesso à cultura. O esquizofrênico, a pessoa portadora de doença mental grave, ainda que esteja em estado delirante, em vez de ficar fechada, internada, se alguém puder caminhar com ela na rua, ou estar com ela num evento, por que não? O que impede? Tem um preconceito, um medo: acham que a pessoa, quando está delirante, é perigosa. O conceito de agressividade está muito colado com o transtorno mental. Na verdade, às vezes é apenas uma agitação psicomotora, o transtorno mental promove a agitação, que é confundida com agressão. Por isso, eu falava da clínica. Você tem de saber distinguir o que é uma agitação psicomotora, consequência de uma crise, e o que é uma agressão.

Mônica: *Você falou que as estruturas perversa, neurótica, psicótica, dão conta...*

Mirsa: ... para pensar a clínica...

Mônica: ... *Mas eu queria perguntar o seguinte: ainda hoje, estar no serviço público é sinônimo de tratar das pessoas mais pobres. Você diria que há psicopatologias “de pobres” e “de ricos”? Por outro lado, há uma psicopatologia própria da nossa época?*

Mirsa: As estruturas psíquicas não dependem da classe social... Os portadores de transtorno mental, também não...

Há quem diga que a patologia da época do Freud era a histeria, por conta da repressão da era vitoriana etc. Não é verdade: há histéricos hoje, tantos... que não se dão conta da histeria. Histéricos e histéricas. Há dados da OMS que dizem que 3% da população seriam acometidos de transtornos mentais graves e persistentes.

Mônica: *Os psicóticos?*

Mirsa: Em termos da psicopatologia da vida cotidiana ou da globalização hoje seríamos todos paranóicos...

O transtorno mental grave e persistente é a psicose. Na psicopatologia que se aprende na faculdade, psiquiátrica, temos quadros clínicos. Está dito: quadro você olha, não escuta. O quadro clínico vai se diferenciando: F-20, que é a esquizofrenia da CID, desdobra-se em 20.0, 20.1, 20.5 ...Vai diferenciando pela agregação de sinais, ou de fenômenos, tentando obter um quadro mais preciso. Mas a medicação, independentemente do que vem depois do 20, é sempre haldoldecanoato... Quer dizer, a medicação é sempre voltada ao combate dos sintomas, da questão da produção do delírio etc. O medicamento dá uma estacionada nisso, mas não vai à causa. Como a gente trabalharia a partir da psicanálise a questão delirante? Escutando o conteúdo desse delírio, e, a partir dela, você faz algum tipo de intervenção que ajude a pessoa, de um lado, a entender porque está sendo massacrada pela insistência desse pensamento e dessa idéia que fica martelando – enfim, tenta dar a ela um entendimento, uma possibilidade de significar o motivo pelo qual isso acontece com ela. Você vai me dizer: tem cura? Não. Cura no sentido da pessoa sair da estrutura psicótica e mudar para a estrutura neurótica, não. Mas cura vem de cuidado. Então curar-se é cuidar-se. Como é que eu me cuido se eu for uma pessoa que de vez em quando tem idéias esquisitas, idéias que mandam em mim? O psicótico não está 24 horas por dia, 365 dias por ano, nessa situação. Há estados cíclicos, delírios mais persistentes, que permanecem de três ou quatro meses, mas são passíveis de tratamento. O curar é cuidar. A gente encontra na rede pública todas as patologias, talvez com nomes “modernos”. Síndrome do pânico, por exemplo, para fobia...

Mônica: *E a rede pública só cuida dos mais pobres?*

Mirsa: Quando você fala do SUS, fala de um sistema para todos. Uma vez, fui procurada no consultório por uma pessoa abastada, cujo filho tinha feito um surto

aos 30 anos mais ou menos. Escutei e percebi que para aquele caso a melhor conduta seria encaminhá-lo ao Caps. Ele está muito bem. Por quê? Porque há um limite no tratamento de consultório de casos de psicóticos. Você pode tratá-los. Mas o tratamento no consultório demora a inserir a pessoa, o analista não pode sair de dentro do consultório. No setor público, é diferente: no Caps, você vai fazer com que essa pessoa mantenha seus vínculos familiares, afetivos, você age nessa direção. O tratamento de consultório não. Eu mesma já fiz isso no setor público várias vezes, para que a pessoa entrando num surto não perdesse o lugar de trabalho, não perdesse a escola. Já a regra, o contrato no consultório, não permite isso. Aquele modelo de consultas individualizadas, dentro de quatro paredes, elas têm o seu lugar, mas já avançamos no modelo de atenção, ele não é mais só consultorial. Isso não significa não atender individualmente, em algum momento isso é preciso, mas há várias condutas a serem tomadas, sempre com a participação do paciente e da família – uma condição para matricular uma pessoa num Caps é que a família aceite a orientação dos profissionais.

Mônica: *Você disse que os psicóticos não se curam... O destino deles é ficar para sempre freqüentando um Caps?*

Mirsa: É possível dar alta no Caps. Só que para um psicótico, aquele Caps, aquele endereço, fica para sempre como uma referência. Ele pode ficar dois anos tomando seus medicamentos, longe do serviço. Na hora em que vislumbra uma dificuldade, volta para lá. Uma vez inscrito nesse serviço, a confiança real, concreta faz com que aquela pessoa possa enfrentar melhor a vida e seu transtorno. Queria dizer outra coisa: na rede pública muitas vezes há pessoas que você olha, e pensa: aqui um processo analítico seria muito bom. Trazem sonhos, a estranheza de um ato falho... Bom no sentido da subjetividade das pessoas, no ganho do sujeito com o processo. Às vezes, as pessoas perguntam se todos precisariam de análise, se todas as pessoas precisariam de terapia. Acho que há três grupos de pessoas: as que nunca vão chegar a uma terapia ou a um processo analítico porque a vida resolve, seja através da religião, seja através de alguma outra atividade, aquilo que é um sofrimento mental, ou uma angústia. Há um grupo, então, que jamais vai chegar a uma terapia ou a um processo de análise. Há um outro grupo que precisa de terapia, e a gente indica isso, as pessoas sofridas que, às vezes, demandam, às vezes não demandam uma psicoterapia. E há um terceiro grupo de pessoas que nem a vida vai resolver, nem “precisa” de terapia, mas é um grupo que merece uma terapia. É o desejo do analista, a gente vislumbra que a pessoa desabrocharia, avançaria. Mas é o desejo do analista, nem sempre dá para fazer. Fala-se de portador de transtorno mental grave – quer dizer, o transtorno mental é menor do que quem o porta. A idéia é, se essa pessoa é maior que o transtorno, o transtorno é dela; se, do ponto de vista psicoterápico

ou analítico mesmo, for possível fazer com que ela se aproprie disso, do jeito com que esse sofrimento aparece para ela, com certeza ela vai se cuidar de uma outra maneira. Mas todos têm condições? Eu penso que muita gente tem condição. O problema é que todos ficam nivelados, como se precisassem o tempo todo de cuidadores de comportamento.

Mônica: *Você falou de um cuidador de referência...*

Mirsa: ... que é alguém que acompanha o caso, que vai atrás para saber o que está se passando, se a pessoa não vem. Sabe por que? De novo, a questão da clínica. No consultório, se uma pessoa que vem uma vez por semana, falta numa semana e falta na outra, na terceira eu estou ligando. Há coisas no setor público que me deixam maluca. Por exemplo: fila de espera. Você não marca angústia na agenda. Quando não tenho horário no consultório, eu imediatamente encaminho para um colega. Mas no setor público você pode dizer: volte aqui em janeiro. Bom, mas em janeiro a angústia já deve ter sido resolvida por outro lado. O atendimento tem de ser pronto atendimento. Fila de espera é uma contradição – para dizer de forma leve – a qualquer terapêutica. Alta por abandono! Não existe alta por abandono. É assim: se a pessoa faltar três vezes e não avisar, está cancelada... Não dá, o psiquismo não funciona desse jeito. Você vai atrás do caso e descobre que a pessoa não teve dinheiro para vir. E está sob transferência ainda com aquele profissional e é penalizada, porque como tem uma fila de espera... Há uma distorção. Há de se ter um esquema de tratamento, tanto que na avaliação de um serviço desses, se tiver fila de espera já perde pontos: angústia não se marca na agenda. O que a gente está vivendo é uma transição de modelo. O modelo que preconizou a hospitalização, em que pese a questão social, o abandono, a questão de rejeição, do estigma, do medo, mesmo que não tivesse tudo isso na história, constata-se que não tratou as pessoas. Não tratou! Você pensa: uma pessoa internada poderia ser intensamente tratada, 24 horas por dia... Mas isso não foi verdade! Então esse modelo de internação integral redundou numa herança penosa de mudar. Não se pode confundir a saúde mental com o atendimento psiquiátrico. Ele é parte da atenção em saúde mental. A reforma que está em processo é uma reforma psiquiátrica. Não é uma reforma em saúde mental. A saúde mental não é algo que se reforme, é algo que se promove.