



# O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM NATAL, RN

*The mental health ambulatory in psychiatric reform context in the city of Natal, RN*

Yalle Fernandes dos Santos<sup>[a]</sup>, Isabel Maria Farias Fernandes de Oliveira<sup>[b]</sup>,  
Oswaldo Hajime Yamamoto<sup>[c]</sup>

<sup>[a]</sup>Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, psicóloga da Marinha Brasileira, Natal, RN - Brasil, e-mail: yalles@yahoo.com.

<sup>[b]</sup>Doutora em Psicologia, professor adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN - Brasil.

<sup>[c]</sup>Doutor em Psicologia, professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN - Brasil.

---

## Resumo

A Reforma Psiquiátrica brasileira estabelece o ambulatório de saúde mental como dispositivo substitutivo ao manicômio, apto a ressocializar seus usuários. O objetivo deste artigo é descrever o trabalho desenvolvido no único ambulatório especializado em saúde mental do município de Natal, RN, discutindo a sua adequação à proposta assistencial estabelecida pela Reforma Psiquiátrica. Os dados foram coletados por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas com profissionais que participaram do processo de implantação e de estruturação do serviço. Esses dados indicam que o ambulatório realiza atividades terapêuticas e ressocializadoras conduzidas por uma equipe multiprofissional (psiquiatras, psicólogas, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e arte-educadora), oferecendo cuidados efetivos aos seus usuários. É capaz de acolher as manifestações de sofrimentos dos usuários e prioriza o respeito à individualidade destes, incentivando-os à ressocialização e ao exercício da autonomia. Portanto, pode-se afirmar que o ambulatório citado alcança bons resultados no tratamento ao qual é especializado e se configura como um serviço congruente à proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Apesar disso, subsistem algumas questões que demandam equacionamento. A carência de profissionais, os problemas de acessibilidade e a necessidade da efetivação da rede integrada de serviços de saúde mental, são algumas das questões discutidas.

**Palavras-chave:** Assistência ambulatorial. Saúde Mental. Políticas públicas.

## Abstract

*The Brazilian Psychiatric Reform establishes the mental health ambulatory as an alternative device to asylums, capable of resocializing its users. The purpose of this paper is to describe the work developed at the only mental health ambulatory in Natal, RN, discussing its congruity*

---

*with the assistance policy defined by the Brazilian Psychiatric Reform. Data were collected using participative observation and semi-structured interviews with the professionals who participated in the process of implementing and structuring the service. These data point out that in the ambulatory, groups, therapeutic workshops and resocializing activities are conducted by a multiprofessional staff composed by psychiatrists, psychologists, an occupational therapist, a nurse's aide and an art educator, offering the required attention to its users. The ambulatory is capable of dealing with the users' indications of suffering and prioritizes respect for the individuality, encouraging the users resocialization and autonomy. Therefore, it is possible to conclude that this ambulatory has achieved success regarding the services offered and that it is consistent with the Psychiatric Reform guidelines. Notwithstanding, some problems remain unsolved. Issues such as the shortage of professionals, problems related with the users accessibility, and the urgency to establish an integrated mental health network are discussed.*

**Keywords:** Ambulatory assistance. Mental health. Public policies.

### **O lugar do ambulatório na proposta da Reforma Psiquiátrica**

A assistência psiquiátrica no Brasil tem um divisor de águas no Movimento Nacional da Luta Manicomial, organizado no interior da sociedade civil e liderado pelos profissionais de saúde, na passagem das décadas de 1980 e 1990, lançando as bases da Reforma Psiquiátrica brasileira. Mais de um século de vigência do modelo manicomial, segregador e iatrogênico começam a ser deixados para trás com a construção de uma rede de serviços de atenção diária, substitutiva ao hospital psiquiátrico e capaz de promover a (re)socialização dos usuários.

Da transformação dos asilos, tônica da Reforma Psiquiátrica no final dos anos 1970 (Paulin & Turato, 2004), o Movimento se dirige aos pressupostos mesmos da Psiquiatria, propugnando um amplo processo de transformação da sociedade na sua relação com a loucura. Seu objetivo, portanto, desborda os limites das dimensões técnicas e administrativas e, ultrapassando uma mera humanização dos serviços, pretendia “desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização” (Tenório, 2002, p. 35).

O modelo então proposto, da Atenção Psicossocial, interpela a visão social do louco como um ser alienado e sem razão, e o compreende como sujeito de direitos. Tal perspectiva implica a construção de novas relações entre quem cuida e quem é cuidado, com a proposição de uma concepção de ação terapêutica decorrente da produção de

autonomia, liberdade, do estabelecimento de relações de solidariedade, confiança e acolhimento.

Nos anos 1980 se delineiam as primeiras mudanças processadas no campo da Saúde Mental, dentre as quais figura a proposta de criação de uma rede de serviços extra-hospitalares e a tese de que o ambulatório especializado em Saúde Mental pode se constituir como um dos dispositivos da Reforma. Isso aponta um novo lugar para o ambulatório, já que, historicamente, os ambulatórios de Saúde Mental funcionaram como porta de entrada para os manicômios, sendo responsáveis por um grande número de encaminhamentos para internações (Alves & Guljor, 2006; Cambraia, 1999; Goulart, 2004; Tenório, 2001).

Denúncias sobre as condições de tratamento dado aos internos nos hospitais, associadas à crise previdenciária promovida, nesse caso, pelo processo de mercantilização da loucura, impulsionaram as primeiras propostas de ambulatorização da assistência psiquiátrica. O ambulatório atuaria complementarmente ao hospital, atendendo, prioritariamente, os egressos de internações psiquiátricas, e oferecendo atendimento psicoterapêutico à população pobre (Goulart, 2004). Isso diminuiria a clientela dos hospícios, racionalizando os gastos com internação psiquiátrica (Tenório, 2001).

O processo de ambulatorização, na prática, sofreu distorções que comprometeram seus objetivos iniciais. Na avaliação de Rosa (2006, p. 42), o fracasso da proposta deve-se ao ambulatório estar “desvinculado da rede assistencial de suporte, sem uma diretriz política para orientá-lo e apoiado em um discurso humanizante, mas limitado a reduzir

custos com internação psiquiátrica”. Assim, o ambulatório acabou funcionando como encaminhador dos pacientes para internações psiquiátricas nos hospitais da rede privada (Paulin & Turato, 2004; Resende, 2001).

A partir dos anos 1990, o projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira se consolida e é assumido como política oficial para o campo da Saúde Mental pelo Ministério da Saúde. Propõe-se a reestruturação da atenção em Saúde Mental e serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), centros de convivência, residências terapêuticas e ambulatórios. Objetivando organizar o processo de expansão e o funcionamento desses serviços, são lançadas as Portarias n. 189/1991 e n. 224/1992; aquela regulamenta as estratégias terapêuticas e esta define as normas para o atendimento em Saúde Mental, segmentando-o em dois grupos (ambulatorial e hospitalar). Vale apontar aqui que, finalmente, o ambulatório especializado passa a figurar como dispositivo substitutivo – e não alternativo – ao hospital psiquiátrico.

Após esse movimento, os ambulatórios de Saúde Mental assumiram duas diferentes feições, o tradicional, alternativo ao manicômio, e o da Reforma (Alves & Guljor, 2006; Tenório, 2001). O ambulatório tradicional, resultado da proposta de “ambulatorização”, oferece atenção médica curativa, atividades exclusivamente de consultas psiquiátricas e psicológicas. Já o ambulatório da Reforma é todo serviço ambulatorial que dirige suas ações tomando como diretriz o paradigma da Reforma Psiquiátrica. Segundo a Portaria n. 224/1992, tal dispositivo deveria oferecer atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares e atividades ressocializadoras; funcionando com uma equipe multiprofissional.

### **A reforma psiquiátrica e os ambulatórios de saúde mental no Rio Grande do Norte**

Ao analisar a história da evolução da assistência psiquiátrica norte-riograndense, observa-se que, em Natal, o processo de ambulatorização não teve o mesmo impacto de outros lugares. Tão logo se fala em mudanças na assistência à Saúde Mental, já se inicia a implementação dos dispositivos substitutivos ao hospital. No intuito de desenvolver ações no campo da Saúde Mental, a Secretaria Municipal de Saúde

(SMS), a partir de 1987, incorpora a Psicologia ao seu quadro funcional. Este fato se revelou como de grande importância para a proposta de reforma psiquiátrica que viria a nascer na cidade, pois os psicólogos, juntamente com os enfermeiros e assistentes sociais, foram os principais impulsionadores desse processo (Paiva, 2003).

No início da década de 1990, são inaugurados os três primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): dois deles atendiam sujeitos com transtornos mentais graves e o terceiro era destinado ao tratamento da dependência química. Atualmente, Natal tem uma rede de serviços de Saúde Mental composta por dois CAPS II, dois CAPSad II (Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas), um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infantil), dois ambulatórios especializados (dependência química e transtornos psiquiátricos), uma residência terapêutica e as policlínicas distritais.

Apesar do avanço na estruturação de dispositivos antimanicomiais, o projeto de Reforma em Natal é marcado por progressos e retrocessos. Foram implantados serviços substitutivos, mas o número de leitos SUS nos hospitais psiquiátricos ainda é elevado. O Rio Grande do Norte tem cinco desses hospitais e 747 leitos psiquiátricos SUS (Sistema Único de Saúde) nessas instituições (Brasil, 2007) e apenas sete leitos em hospital geral. Em Natal, em janeiro de 2007, os leitos psiquiátricos SUS representavam 22,07% do total de leitos por especialidades médicas existentes no município (Natal, 2007).

A implantação de dispositivos substitutivos em Saúde Mental conformou um ambulatório influenciado pela Reforma Psiquiátrica e pelo modelo psicossocial. Ainda assim, os atuais ambulatórios se deparam com questões relacionadas ao lugar que, efetivamente, ocupam na rede de assistência à Saúde Mental, se são realmente necessários ou são apenas simulacros dos CAPS. No caso de Natal, por ser o único serviço ambulatorial especializado, o ambulatório alvo desse estudo assume um papel de referência em saúde mental no município. Este fato, somado às questões acima, suscitaram o interesse em estudar o ambulatório especializado e tentar compreender como tal serviço vem operacionalizando e efetivando os cuidados prestados aos seus usuários e se esses cuidados estão baseados na proposta do modelo psicossocial e da Reforma Psiquiátrica.

O foco do presente estudo é o Ambulatório Especializado em Saúde Mental localizado no bairro da Ribeira (Distrito Sanitário Leste), município de Natal-RN. O objetivo é investigar e analisar a congruência das ações e do trabalho desenvolvido neste serviço com os modos de cuidado em Saúde Mental propostos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, observando a inserção deste serviço na rede pública de saúde do município de Natal.

### **O ambulatório de saúde mental da Ribeira**

O estudo sobre o Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira foi conduzido em duas etapas, precedidas de um contato inicial com a SMS para autorização da realização da coleta. A primeira etapa consistiu de 18 sessões de observação participante realizadas ao longo de três meses. Exceto pelo grupo terapêutico, pelo seu caráter confidencial, não houve impedimento para a realização das observações, que compreenderam o acompanhamento de oficinas terapêuticas, passeios e atividades de inclusão na comunidade. Portanto, o conjunto das atividades realizadas no ambulatório foi acompanhado e colheram-se informações acerca de aspectos organizativos, técnicos e de funcionamento do serviço.

A observação visou resgatar tanto a história da estruturação, transformação e adequação do ambulatório aos princípios da Reforma, como também delimitar a dinâmica cotidiana do serviço em todos os seus desdobramentos. Tal observação foi necessária pela ausência de documentos que contassem essa história e como estratégia de obtenção de informações que puderam ser confrontadas e/ou corroboradas com aquelas colhidas em entrevistas com atores desse processo.

Foram também realizadas entrevistas com três profissionais que participaram da implantação e da estruturação do serviço, em virtude da ausência de material bibliográfico acerca do tema. Estas foram conduzidas com base em roteiros específicos em função da ocupação de cada entrevistado e do seu papel na dinâmica de funcionamento do Ambulatório da Ribeira. Os pontos que constavam da entrevista referiram-se à reconstituição da história do serviço, ao projeto que conduziu sua implantação, ao seu funcionamento durante o período em que esteve vinculado a outro centro clínico, às dificuldades enfrentadas e à operacionalização vigente do cuidado em Saúde

Mental. As entrevistas foram agendadas previamente, gravadas e posteriormente transcritas.

Nesse sentido, o relato que se segue mescla dados das observações e dos relatos de entrevista que reconstituem o ambulatório de Saúde Mental da Ribeira como um dispositivo que nasce tradicional, mas que pouco a pouco, à custa de muito investimento dos profissionais que lá atuam, transforma-se numa referência para o processo da Reforma Psiquiátrica em Natal.

A primeira entrevista ocorreu com um dos mais antigos técnicos do serviço, que participou do seu planejamento inicial, uma psicóloga, responsável pela realização de várias atividades, principalmente as que caracterizam o serviço como um ambulatório da Reforma. A segunda entrevista foi realizada com o Coordenador de Saúde Mental da SMS de Natal à época do estudo, visando obter o posicionamento oficial sobre a natureza da instituição, as dificuldades observadas para seu funcionamento e os desafios para a implementação de outras unidades equivalentes no município. Por fim, foi entrevistada a Coordenadora de Saúde Mental do município à época da implantação do ambulatório, que, além de incentivadora da proposta, permaneceu atuando como supervisora institucional do serviço.

### **Histórico e características do Ambulatório**

O Ambulatório de Saúde Mental localiza-se no Centro Clínico da Ribeira Dr. José Carlos Passos, fazendo parte de um conjunto de serviços especializados, como o centro de referência a idosos e diversas especialidades médicas. Atende pacientes egressos de internação psiquiátrica e/ou CAPS e, também, pessoas que nunca passaram por estes tipos de serviço. Recebe demanda encaminhada por outros serviços de saúde e espontânea. Funcionando há sete anos, por suas características diferenciadas, este serviço tornou-se o único neste nível de atenção no município de Natal.

A história do Ambulatório da Ribeira começa com o projeto "Proposta de Reorganização da Atenção em Saúde Mental no Município de Natal" (Natal, 1992) que tinha, dentre outros objetivos, a criação de uma rede de assistência à Saúde Mental que incluísse as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e os serviços de referência, isto é, os ambulatórios. Prevvia-se que esta rede funcionasse de maneira compatível com os

princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. O ambulatório deveria ser “um campo de continência intermediária entre os NAPS e a necessidade de internação psiquiátrica” (E. F., supervisora institucional do Ambulatório da Ribeira).

O Ambulatório foi idealizado para acolher os sujeitos em situação de vulnerabilidade/crise, evitando internações ou reinternações psiquiátricas. As ações desenvolvidas são as consultas psiquiátricas, os grupos terapêuticos e de familiares, as oficinas terapêuticas e as atividades de reinserção social dos usuários.

[...] o Ambulatório foi criado para dar assistência, ser uma referência em Saúde Mental para o Distrito Leste [...]. A gente atenderia os casos mais graves [...] tentando evitar uma primeira internação, acolher aquelas pessoas que estão numa situação mais perigosa, digamos assim, de maior conflito, [...] como também as re-internações [...]. (C. M., psicóloga do Ambulatório).

É fato que a dinâmica do serviço adquiriu características semelhantes aos CAPS, como, por exemplo, a realização de oficinas terapêuticas, grupo de familiares, grupo terapêutico, ou seja, atividades que extrapolam as consultas psiquiátricas convencionais. Esta diferenciação foi um dos principais motivos para a garantia da qualidade da assistência prestada no Ambulatório da Ribeira e também para a elevada demanda que o mesmo recebe cotidianamente. Não obstante isso, o serviço enfrentou durante muitos anos dificuldades que comprometeram seu funcionamento, como a reduzida dimensão da equipe, a precariedade da estrutura física, a carência de materiais para as atividades previstas, dentre outras.

A equipe reduzida é um problema que vem desde o início do funcionamento do Ambulatório e parece ter como causa a maneira desorganizada, ou, mesmo, improvisada em como os profissionais foram convocados, ou seja, não houve planejamento para a formação da equipe. Esta ausência inicial de planejamento ainda traz prejuízos, limitando as possibilidades de aprimoramento do serviço pelas características e dimensão do corpo funcional.

Aliás, embora o Ambulatório tenha sido estruturado a partir de um plano de intervenção, seu funcionamento sempre foi marcado por problemas estruturais, que dependiam sobremaneira da intervenção da SMS de Natal. Os problemas relacionados à organização do Ambulatório estavam

relacionados à estruturação da rede de Saúde Mental em Natal, ou seja, a burocratização da assistência, os problemas de acessibilidade e do sistema de referência e contrarreferência, a carência de recursos humanos capacitados ao trabalho em Saúde Mental. Adicionalmente a tais questões, outras surgiram, como o preconceito contra os usuários, proveniente da visão social do louco como um sujeito perigoso.

Quando transferido para a Ribeira, são feitas melhorias em relação à estrutura física, à possibilidade de ofertar novas atividades e atender mais usuários. Entretanto, a equipe técnica continua desfalcada e se compõe de apenas sete profissionais: dois psiquiatras, duas psicólogas, uma arte-educadora, uma terapeuta ocupacional e uma auxiliar de enfermagem. Apesar da timidez em número, há um bom entrosamento entre os profissionais.

À época da pesquisa, eram atendidos no Ambulatório da Ribeira 239 usuários, dos quais 118 são homens e 121 são mulheres. Neste contingente, havia cerca de 50 crianças que, com a inauguração do CAPSi, foram transferidas para este serviço. Parte dessa clientela é egressa de hospitais psiquiátricos e/ou CAPS, mas há também a demanda espontânea e a proveniente de encaminhamentos das unidades básicas de saúde.

Cotidianamente, o Ambulatório é procurado por pessoas em busca de assistência, mas sua capacidade de atendimento tem impedido a absorção da demanda. Este problema é comum na rede de Saúde Mental de Natal, cujas instituições encontram-se superlotadas e com lista de espera de usuários. Diante da escassez de atendimento nos serviços substitutivos, o hospital psiquiátrico figura como a única possibilidade real de assistência.

Uma das possíveis causas das filas para atendimento no Ambulatório é a sua ociosidade. A instituição funciona apenas no turno matutino e às segundas-feiras, há apenas expediente interno. Embora a estrutura física permaneça organizada e disponível, não há profissionais lotados para outros turnos. Questionado acerca da escassez de técnicos, o representante da SMS afirma que há profissionais na rede, mas poucos com preparo e disponibilidade para o trabalho em Saúde Mental.

A frequência do usuário ao ambulatório é um fator que o diferencia em relação aos CAPS. De modo geral, observa-se que cada usuário costuma ir ao ambulatório uma ou duas vezes por semana, exceto aqueles que vão apenas para a consulta psiquiátrica mensal.

É como se cada um tivesse uma forma de atendimento individualizado. Alguns vêm só pra consulta, mensalmente, por exemplo. Outros vêm e participam dos grupos terapêuticos, outros vêm e participam das oficinas, outros vêm e participam das duas coisas (C. M., psicóloga do Ambulatório).

Esse modo de frequência não-regular dos usuários e o funcionamento em turno único imprimem ao Ambulatório da Ribeira uma característica definida pelos entrevistados como menor intensidade de cuidados quando comparado aos CAPS, que funcionam dois turnos e cujos usuários podem ir ao serviço todos os dias da semana, permanecendo o dia inteiro em acompanhamento. Essa mobilidade característica do ambulatório permite maior autonomia na movimentação dos usuários e estratégias de cuidado mais flexíveis.

Ao se verificar a diminuição considerável do número de internações dos usuários, a prevenção das primeiras internações, o comprometimento dos profissionais que atuam no Ambulatório da Ribeira, bem como sua postura ética ante questões da Reforma Psiquiátrica, verifica-se que ambos os espaços – CAPS e ambulatórios – podem ser igualmente intensivos. O que define essa questão não é o turno de trabalho, o número de atividades ou de usuários atendidos.

O cuidado em Saúde Mental proposto nesta instituição prioriza os atendimentos coletivos, realizados através dos grupos e oficinas terapêuticas. Além de ser uma orientação do Ministério da Saúde em relação às novas diretrizes para a assistência psiquiátrica, e de se coadunar às propostas do paradigma da desinstitucionalização, o trabalho em grupo se apresenta como a maneira mais viável de atender uma clientela numerosa.

A perspectiva de trabalho lá desenvolvida aponta para a negação do modelo asilar/manicomial e para a construção de novos modos de cuidado, que pretendem romper com a medicalização, institucionalização e psiquiatrização das pessoas em sofrimento psíquico. Mais ainda: significa lançar um olhar de compreensão sobre a pessoa que sofre, auxiliando-a a enfrentar as questões relativas à doença.

A organização do cotidiano do Ambulatório, as atividades ofertadas e o planejamento dos atendimentos são eventos discutidos pela equipe com os usuários e organizados de forma flexível e de acordo com as necessidades surgidas.

Semanalmente, o Ambulatório desenvolve as seguintes atividades: acolhimento, consultas psiquiátricas, grupos terapêuticos, grupos com as famílias dos usuários, atividades variadas de inserção social e oficinas. Todos os acontecimentos são registrados em um livro específico de cada atividade. Tal registro serve como mais uma estratégia de comunicação entre os profissionais e também para a contabilização da produtividade do Ambulatório. No primeiro dia da semana há atividades relativas apenas à equipe: as reuniões e supervisões institucionais. São realizados estudos de caso, planejamento da programação da semana e avaliação do funcionamento do serviço. Na supervisão institucional também se discute a adequação do serviço à proposta da Reforma Psiquiátrica e sua conformação em relação às políticas de Saúde Mental.

Diariamente, as primeiras atividades realizadas são as práticas de acolhimento, expressas em duas situações: o grupo “Bom Dia” e a triagem. Neste último caso, o sujeito é ouvido por um profissional da equipe, detectada a necessidade de acompanhamento, verifica-se a existência ou não de vagas. Em caso positivo, é marcada uma consulta com o médico. O acolhimento geralmente é feito pelas psicólogas. O “Bom Dia” é um grupo aberto para usuários, potenciais usuários, familiares, etc., diário, com duração de 30 minutos. Como é a primeira atividade realizada, objetiva acolher os sujeitos e conversar sobre assuntos diversos. É uma estratégia de comunicação e também terapêutica bastante eficaz. A partir de então, são iniciadas as atividades previstas. O interessante desses dois procedimentos é que não há preocupação em diagnosticar o usuário, definir e classificar sua doença. Essa característica é importante e ajuda na visualização de como deve operar um ambulatório da Reforma.

Outras três atividades de grupo são realizadas: grupo terapêutico, grupo de familiares e o atendimento psiquiátrico coletivo. Os grupos são estratégias de cuidado muito importantes e de grande valor terapêutico, não apenas porque permitem alcançar mais usuários, mas porque favorecem maior crescimento emocional, a troca de experiências, o compartilhamento do sofrimento, das vivências, das dificuldades em lidar com a doença e com as perdas que ela acarreta. Por isso, o grupo também é um instrumento de reinserção social (Bogado & Castro, 1997).

As oficinas e grupos (de família e terapêutico) são sempre realizadas por pelo menos dois técnicos, um dos profissionais conduz a atividade e o outro descreve no livro de registro o que aconteceu. O grupo terapêutico ocorre semanalmente, dura uma hora e quinze minutos, é fechado e tem um número limitado de usuários, por causa do sigilo e confiança que esse trabalho exige. Tem sempre a presença de uma das psicólogas. O grupo de familiares atende as famílias dos usuários em tratamento no Ambulatório. Acontece quinzenalmente e tem como objetivo a troca de informações, impressões e sentimentos entre os familiares, para que estes possam expressar e compartilhar as questões relativas ao convívio com seus parentes em sofrimento psíquico.

O envolvimento das famílias o tratamento dos usuários é relativo; há familiares que comparecem frequentemente ao grupo e outros que nunca foram ao serviço. Mas, gradativamente, a participação destes nas atividades do Ambulatório vem aumentando. Estudos sobre o atendimento às famílias no campo da Saúde Mental (Moreno & Alencastre, 2004; Pereira, 2003; Souza & Scatena, 2005) mostram que esta questão se configura como um desafio aos profissionais de saúde e exige destes uma compreensão sobre a realidade social, cultural e econômica dos sujeitos cuidados, para que a assistência prestada esteja em consonância com esta realidade.

O atendimento psiquiátrico coletivo consiste em um atendimento grupal: os usuários são divididos em dois grupos, a partir das características dos seus sintomas (neurose e psicose), cada um deles com cerca de dez pessoas. É conduzido por um dos psiquiatras do serviço e tem frequência mensal. Tal atividade tem propiciado efeitos terapêuticos aos usuários, tanto por suas características de grupo quanto pela experiência de romper com o modelo de uma consulta psiquiátrica tradicional, além de ser uma forma de realizar o atendimento psiquiátrico sem reduzi-lo à medicação ou à interpretação dos sintomas dos usuários visando relacioná-los a um diagnóstico. Durante a fase de observações não foi permitido acompanhar a realização deste grupo, pelas mesmas razões que não permitiram o acompanhamento do grupo terapêutico, mas, ainda assim, as falas dos técnicos e usuários demonstravam que esta atividade produzia benefícios no tratamento.

As consultas psiquiátricas são agendadas previamente, realizadas pelos dois psiquiatras do Ambulatório. Um dos psiquiatras da equipe trabalha em um CAPS localizado no mesmo distrito sanitário do Ambulatório, e tal fato parece facilitar o trânsito de usuários entre tais serviços. Esse fato nos remete à discussão da diretriz de referência e contrarreferência. Embora o SUS proponha o funcionamento em rede, verifica-se que, no caso do Ambulatório da Ribeira, isso não acontece como regra. Os encaminhamentos, a relação interinstitucional, não dependem de uma política em saúde, mas de iniciativas pessoais que não têm critérios determinados para as escolhas e que podem, ao ceder espaço para alguns casos, impedir que outros usuários, talvez mais necessitados, tenham acesso aos serviços.

Por meio das observações foi verificada a ausência de atendimentos feitos em parceria entre os psiquiatras e demais profissionais do Ambulatório. Os motivos para tal questão são justificados pela falta de tempo dos psiquiatras em se reunirem com a equipe e/ou pela reprodução de uma relação de poder onde o médico ocupa uma posição de onipotência.

As oficinas terapêuticas (artesanato, trabalhos manuais, pintura, jardinagem, beleza) são espaços de cuidado e diálogo, onde se promovem a socialização e a experimentação de habilidades, estimulando a criatividade e a experiência da criação de quadros, pinturas, artefatos. Além da criação de objetos concretos, é possibilitada a formação de vínculos entre os usuários e destes com a equipe. O convívio vivenciado permite à equipe conhecer melhor os usuários e, assim, poder ajudá-los, ou seja, “a oficina produz efeitos terapêuticos, principalmente por sua característica de continente das vivências individuais e grupais, porque ali se conquista credibilidade para tais vivências; de modo que se estabelecem para cada um e o grupo, pontos de referência” (Távora & Lopes, 1997, p. 536).

Segundo esses autores, as oficinas terapêuticas produzem três efeitos benéficos: facilitam a adesão dos usuários ao tratamento; o ambiente descontraído e a convivência proporcionada aumentam as possibilidades de demonstração de afeto e cumplicidade; um usuário é “terapeuta” do outro, escuta, aconselha e conta como enfrenta seus problemas. As oficinas são importante estratégia de cuidado para o paradigma da Reforma e têm assumido, nas políticas de Saúde Mental brasileiras, um espaço de destaque.

No Ambulatório são desenvolvidas atividades de reinserção social que buscam a inclusão dos usuários e o avanço da discussão sobre a Reforma Psiquiátrica na sociedade. Isso é feito por meio de atividades como os passeios, os bazares, as confraternizações (aniversariantes do mês, Natal, festas juninas) e as parcerias com a comunidade.

Reinsere os usuários na sociedade, promover sua circulação nos variados ambientes e transformar a visão da sociedade em relação às pessoas que sofrem com algum transtorno mental são algumas das tarefas mais difíceis de alcançar quando se trabalha com a proposta da Reforma Psiquiátrica. A sociedade, como assim denominamos, parece muitas vezes apenas o outro. Na verdade, ela é composta por todos nós, somos todos autores da estigmatização e do preconceito, que podem advir de um familiar, um vizinho, dos seus pares e também dos profissionais que o assistem.

Os passeios são praticamente as únicas atividades que acontecem fora dos muros do Ambulatório. Graças a eles, os usuários puderam ir ao cinema, visitar espaços culturais, ir à praia, enfim, conhecer a cidade onde vivem. Tais atividades são defendidas tanto pelos gestores como pelos profissionais que atuam no serviço. Segundo eles, embora este seja um dos objetivos mais difíceis de alcançar, é um dos mais significativos, pois coloca a loucura num espaço coletivo, no qual o sujeito experimenta seu direito de ir e vir, de transitar pela cidade. Se esse espaço de intersecção não existe, cristaliza-se ainda mais o estigma e o preconceito em relação às pessoas em sofrimento psíquico.

Importante é o trabalho de inclusão social. [...] Criar meios que possibilitem ao usuário contracenar na cidade. Esse é o princípio que vai demarcar a diferença do ambulatório de um modelo de medicina tradicional de um ambulatório que tem o modelo da Reforma, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica (E. F., supervisora institucional do Ambulatório da Ribeira).

As parcerias com a comunidade e com os outros serviços localizados no Centro Clínico da Ribeira são poucas, e este problema se repete desde o período em que o Ambulatório funcionava na unidade das Rocas. A equipe reconhece esta questão como uma deficiência, mas diante da qual ela se vê impotente, pois a dinâmica do serviço exige um grau de comprometimento que gera um desgaste

emocional, desestimulando a construção de atividades fora do âmbito físico do Ambulatório. Ainda assim, algumas experiências de articulação com a comunidade já foram conduzidas, principalmente a partir de parcerias com voluntários, como cursos de artesanato, oficina sobre higiene e saúde, dentre outros.

Segundo o princípio da territorialização, tratar na comunidade é mais que levá-la ao serviço. Significa, principalmente, sair deste ao encontro da comunidade, promover a integração e permitir aos usuários o exercício da cidadania. Essa questão envolve o compromisso do serviço de saúde e da equipe multidisciplinar em propor e realizar atividades que atinjam tal objetivo e está relacionada ao contexto social em que vivemos, às questões socioeconômicas e culturais.

### **O ambulatório da Ribeira e a reforma psiquiátrica: por um balanço**

A articulação do Ambulatório da Ribeira com os serviços da rede municipal de saúde de Natal é pouco expressiva. Ao contrário do que determinam as políticas oficiais, o que se vê na prática são serviços que atuam de forma isolada, e a ausência de diálogos ou encontros que favoreçam a troca de informações e saberes. A tão denominada “rede de serviços”, na verdade, está circunscrita ao papel e pouco se apresenta na realidade cotidiana dos equipamentos de saúde. Sobre o Ambulatório, observamos que há um movimento de encaminhamento de usuários entre este serviço e o CAPS, e este movimento parece estar muito atrelado ao fato dos dois serviços dividirem um mesmo psiquiatra. Esse fato nos remete novamente à discussão da diretriz de referência e contrarreferência que, embora seja proposta do SUS, no caso do Ambulatório da Ribeira, isso não acontece como regra.

A questão da acessibilidade é bastante preocupante: os usuários encontram poucas alternativas de serviços que possam acolhê-los e não sabem onde podem receber assistência. Há carência de profissionais, principalmente psiquiatras, nos serviços de saúde mental, tanto da rede municipal como estadual. A falta de perspectiva de atendimento nos serviços substitutivos leva os usuários a recorrerem ao hospital psiquiátrico e à internação, fato que demonstra a fragilidade da assistência, bem como a necessidade de assegurar a

construção de serviços emergenciais que possam conter os períodos de crise.

Dificuldades dessa natureza, como não poder acolher o usuário ou encaminhá-lo porque o serviço não pode absorver a demanda, são preocupantes e agravam o sofrimento dos sujeitos que buscam atendimento. Sobre isso cabe pensar: o que nós, ditos profissionais de saúde e saúde mental, podemos fazer para enfrentar uma realidade como essa? A Reforma Psiquiátrica não propõe apenas a mudança da assistência psiquiátrica, mas da formação profissional, das relações autoritárias e hierárquicas entre equipes e pacientes e do modo como a sociedade lida com a loucura. É sabido que esse ideário esbarra na burocracia do sistema, no despreparo de profissionais, na cultura manicomial, no estigma em relação às pessoas chamadas de doentes mentais e na forma cristalizada com que a sociedade lida com a loucura.

A acessibilidade configura-se um problema não só do Ambulatório da Ribeira, mas de outros serviços de saúde mental da rede municipal de Natal. Os CAPS, por exemplo, chegam a ter lista de espera de usuários para atendimento. O problema da acessibilidade permeia de tal forma o cotidiano dos serviços de saúde, que dificulta o fluxo dos usuários e emperra a comunicação entre os serviços e destes com a SMS.

Apesar de tais problemas, que estorvam a realização do trabalho, os profissionais do Ambulatório da Ribeira têm conseguido alcançar bons resultados e efetivar cuidados que incentivam a ressocialização dos usuários e o exercício da cidadania e da autonomia destes. Contudo, a articulação do Ambulatório referido com os demais serviços que formam a rede de assistência em Saúde Mental de Natal é incipiente, e, em decorrência disso, várias ações e atividades que poderiam e deveriam ser realizadas em conjunto, não o são. Perpetuam-se, então, características do modelo tradicional de atenção psiquiátrica, embora seja exercida por serviços substitutivos em Saúde Mental. Conservar e reproduzir uma realidade como esta é uma questão que merece ser debatida, pois o projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira pretende a construção de novos serviços em Saúde Mental, de um novo lugar social para a loucura e a estruturação de uma rede de serviços efetivamente substitutiva ao modelo manicomial e que dê suporte a uma demanda de Saúde Mental que vem se mostrando crescente.

Entendemos aqui que o Ambulatório da Ribeira é um ambulatório consoante com o projeto da Reforma Psiquiátrica. E para que ele possa continuar oferecendo atendimento à população que o procura, é necessário que haja investimentos em recursos humanos e materiais. Mais ainda: é necessário o comprometimento da equipe cuidadora e o compromisso da SMS de Natal em manter o Ambulatório e construir uma rede integrada de serviços de Saúde Mental capaz de interagir entre si. A construção dessa rede, que se acredita deva facilitar o acolhimento e acessibilidade da demanda existente aos serviços extra-hospitalares é imprescindível para se avançar no desenvolvimento do processo da Reforma Psiquiátrica na cidade.

Avanços foram alcançados, porém não se deve estagnar nas conquistas feitas, pois a cultura manicomial ainda é forte. Como diz Tenório (2002, p. 41), “não se pode dizer que a prevalência do manicômio como principal recurso ainda destinado à massa da clientela tenha sido superada”. O modelo manicomial ainda não foi ultrapassado e seus tentáculos sutilmente penetram no corpo social. Além de ainda não termos superado o manicômio enquanto espaço físico, as forças que o sustentam e alimentam ainda são muito presentes.

Inquietar-se com tais aspectos não significa assumir previsões pessimistas, mas estar atento sobre os riscos de se acreditar que o projeto da Reforma Psiquiátrica está concluído. Ele não está, pois é um processo dinâmico, com avanços e retrocessos.

## REFERÊNCIAS

- Alves, D. S., & Guljor, A. P. (2006). O cuidado em Saúde Mental. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Org.). **Cuidado: As fronteiras da integralidade** (pp. 221-240). Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO.
- Bogado, L. F., & Castro, R. G. (1997). Dando a palavra: Uma experiência em atenção psicossocial. In A. T. Venâncio, E. M. Leal, & P. G. Delgado (Org.). **O campo da atenção psicossocial - Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro** (pp. 557-561). Rio de Janeiro: Te Corá.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). Saúde mental em dados - 4. **Informativo eletrônico**, ano II(4), (pp. 01-24). Recuperado em 28 SET. 2008, em [www.ccs.saude.gov.br](http://www.ccs.saude.gov.br)

- Cambraia, M. (1999). **As práticas e os processos de trabalho nos ambulatórios de saúde mental**. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Goulart, M. S. B. (2004). Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In I. F. Ferrari, & J. N. G. Araújo (Org.). **Psicologia e Ciência na PUC MINAS** (pp. 291-312). Belo Horizonte: PUC Minas.
- Moreno, V., & Alencastre, M. B. (2004). A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental: estudo de caso. *Acta Scientiarum. Health Sciences* [versão eletrônica]. 26(1), 175-181. Recuperado em 24 abril 2006, em [http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2004\\_1/21\\_20903%20Vania%20Moreno\\_A%20familia%20do%20portador%20de%20sofrimento.pdf](http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2004_1/21_20903%20Vania%20Moreno_A%20familia%20do%20portador%20de%20sofrimento.pdf)
- Natal. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. (1992). **Proposta de reorganização da atenção em saúde mental no município de Natal**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde de Natal.
- Natal. Secretaria Municipal de Saúde. (2007). **(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde de Natal.
- Paiva, I. L. (2003). **Em defesa da reforma psiquiátrica: Por um amanhã que há de renascer sem pedir licença**. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Paulin, L. F., & Turato, E. R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, 11(2), 241-258.
- Pereira, M. A. O. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 7(12), 71-82.
- Resende, H. (2001). Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. In S. A. Tundis, & N. S. Costa (Org.). **Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil** (pp. 15-73). Petrópolis: Vozes.
- Rosa, L. C. S. (2006). **O Nordeste na reforma psiquiátrica**. Teresina: EDUFPI.
- Souza, R. C., & Scatena, M. C. M. (2005). Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 13(2), 173-179.
- Távora, C. B., & Lopes, M. R. (1997). Efeitos do atendimento em oficina terapêutica sobre a reforma na assistência. In A. T. Venâncio, E. M. Leal, & P. G. Delgado (Org.). **O campo da atenção psicossocial - Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro** (pp. 533-538). Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- 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, Ciências, Saúde - Manguinhos**, 9(1), 25-59.

Recebido: 03/03/2009

*Received:* 03/03/2009

Aprovado: 27/05/2009

*Approved:* 05/27/2009

Revisado: 11/12/2009

*Reviewed:* 12/11/2009