
Propostas para a atenção à Saúde Mental

**Entrevista com Kalil Duailibi, coordenador de Saúde Mental da
Secretaria de Saúde do Município de São Paulo**

Mônica Teixeira

Desde dezembro de 2003, quando publicou entrevista com a psicanalista Mirsa Dellosi, coordenadora de Saúde Mental do Estado de São Paulo, esta Revista vêm regularmente apresentando aos leitores diferentes pontos de vista sobre as maneiras de o poder público se organizar para assistir quem vive sofrimento psíquico extremado. Nesta edição, é Kalil Duailibi, psiquiatra e psicanalista, coordenador de Saúde Mental do município de São Paulo desde julho de 2005, quem expõe sua proposta – que já começou a implementar na cidade. A peculiaridade dela é a ênfase na necessidade de rearticular uma rede de equipamentos para atender à saúde mental. Para ele, o tema é intersetorial e multidisciplinar – e na rede há lugar para hospital psiquiátrico, CAPS, ambulatório, centro comunitário, hospital-dia. Kalil se preocupa também com a falta de profissionais, e pretende racionalizar a utilização dos recursos existentes.

Kalil tem 45 anos. Desde 1989, é professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro. A partir de 2000,

passou a ocupar o cargo de coordenador da disciplina de Psiquiatria, do qual se afastou quando aceitou o convite para trabalhar na Secretaria de Saúde do Município. De acordo com seu Currículo Lattes, de 1996 a 2005, coordenou oito ensaios clínicos envolvendo a avaliação de efeitos de medicamentos psiquiátricos. Os ensaios foram realizados pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Faculdade. Como relatou na entrevista, seus pontos de vista a respeito da necessidade de uma abordagem ampla das questões relacionadas à saúde mental começaram a se construir logo no início da carreira – quando trabalhou num centro comunitário da zona sul da cidade e, simultaneamente, iniciou sua formação em Psicanálise.

Mônica Teixeira: *Como o senhor chegou a ser escolhido coordenador de Saúde Mental do município de São Paulo?*

Kalil Duailibi: Tenho uma história na Saúde Mental do município que se inicia em 1983, quando fiz a Residência Médica em Psiquiatria dentro de um Centro Comunitário de Saúde Mental, equipamento inovador para a época, fundado pelo professor Luiz Cerqueira. A idéia básica dos Centros Comunitários era que uma equipe multiprofissional desse conta das questões de saúde mental de uma comunidade. Ele montou vários Centros de Saúde Mental no Estado de São Paulo, em parceria com Universidades do Estado de São Paulo, estaduais, federais, e particulares. A residência nesse Centro Comunitário não era em psiquiatria e sim em saúde mental, baseada em atendimento amplo e em todos os níveis de prevenção, promoção e assistência. Essa experiência tornou o início de minha formação psiquiátrica um pouco diferente do usual. Fiquei três anos lá. Nessa época, comecei também uma formação psicanalítica no Instituto de Psiquiatria e Psicanálise da Infância e Adolescência. Fiz análise pessoal, grupo de estudos, formação psicanalítica. Em 1986 ingressei como assistente no Hospital Nossa Senhora de Fátima, um hospital psiquiátrico formal; fiquei lá por quatro anos, até prestar concurso para o cargo de professor assistente na Faculdade de Medicina de Santo Amaro, na cadeira de Psiquiatria e Psicologia Médica. Isso faz 15 anos; desde 2000, quando a Faculdade se transformou em Universidade, chefiou a disciplina de psiquiatria. A disciplina veio se ampliando nos últimos anos; abrimos ambulatorios específicos dentro da psiquiatria – de primeiros surtos, de somatizadores, depressão e ansiedade, esquizofrenia, estresse pós-traumático, dependência química, transtornos afetivos, além de estarmos implantando os de transtornos alimentares e o de infância. Meu trabalho, nesses últimos cinco anos, foi estruturar a disciplina dentro do conceito da psiquiatria moderna, com equipes multidisciplinares em cada uma das patologias, voltadas num primeiro momento para diagnóstico, mas também para um entendimento muito mais global desse paciente.

M. T.: *Quando começou sua relação com a Prefeitura?*

K. D.: Em 2003 a Coordenação de Saúde de Capela do Socorro propôs que os professores da Universidade oferecessem um respaldo para os psiquiatras da rede pública de saúde da região Sul. Segundo eles, havia desassistência psiquiátrica na região Sul da cidade. A proposta foi recusada: a Prefeitura queria que os professores atendessem ou supervisionassem o atendimento nas unidades básicas de saúde. Decidi fazer uma contraproposta.

M. T.: *Qual?*

K. D.: Dissemos a eles que, se pudéssemos indicar psiquiatras para contratação pela Prefeitura, daríamos a esses profissionais a possibilidade de um vínculo com a Universidade. O psiquiatra passaria a maior parte de seu tempo atendendo na Unidade Básica de Saúde, mas realizaria uma pequena carga horária na Universidade. Eles aceitaram, e pudemos contratar seis pessoas num contrato de emergência da Prefeitura. Os seis cobriam a rede na região Sul, e ao mesmo tempo fizeram tese, trabalhando em ambulatórios específicos. Foi proveitoso; começamos a estruturar o atendimento de forma um pouco diferente – o paciente mais leve, em qualquer patologia, poderia ser atendido na sua UBS; pacientes de maior complexidade eram remetidos para os ambulatórios específicos da Universidade. Foi o início de formação de uma rede de assistência em Saúde Mental para a região. Isso permanece até hoje, coordenado por uma assistente da disciplina – me licenciêi quando a Secretária da Saúde me chamou para coordenar a Saúde Mental no município.

M. T.: *O que o senhor encontrou?*

K. D.: A primeira coisa que me chamou a atenção, e me surpreendeu, foi a desarticulação da rede: pensei que ela só atingisse a zona Sul, por ser no extremo da cidade. Um exemplo simples: havia UBSs com um psiquiatra; noutra, próxima, havia psicóloga; em uma terceira, assistente social. Os profissionais trabalhavam pouco em equipe, porque não podiam atender fora de sua UBS. Pensei logo em trazer o foco para atenção básica; a gestão passada se concentrou em montar CAPSs. É preciso destacar que a cidade de São Paulo enfrenta problemas na assistência à Saúde Mental há 12 anos: o PAS, na gestão Maluf/Pitta, desarticulou a rede de saúde mental que vinha relativamente estruturada da gestão Erundina; a gestão Martha juntou ambulatórios e hospitais-dia para criar CAPSs e se preocupou pouco com a rede básica.

M. T.: *Mas quantos CAPSs existem no município?*

K. D.: Muito poucos para a necessidade. Há vinte CAPSs para adultos em São Paulo, quando o preconizado é um para cada duzentos a trezentos mil

habitantes; CAPS III (24 horas), mais intensivos, não há nenhum – quando os municípios próximos a São Paulo, Santo André por exemplo tem três, Campinas quatro. Ao priorizar a montagem de CAPSs, a última gestão centralizou neles as equipes. Na região Centro-oeste, por exemplo, os psiquiatras foram retirados das UBSs – eram cinco, e foram concentrados em dois CAPS. É difícil de entender: o CAPS virou centro psiquiátrico, mas a rede ficou sem psiquiatra.

M. T.: *Qual era a idéia por trás dessa política?*

K. D.: Não posso ter uma idéia clara disso, mas me parece que seria montar um CAPS funcionante, capaz de dar conta de uma série de demandas. É muito complicada essa visão reducionista. Quando surgiu o modelo hospitalocêntrico, no século XIX, pretendia-se que justamente o hospital psiquiátrico desse conta de tudo: não deu e virou no que virou – os grandes manicômios, os grandes hospícios. O CAPS tem um papel importantíssimo, mas dentro de uma rede; por isso, nos primeiros meses de gestão, tiramos o foco dos CAPSs.

M. T.: *Se o foco não está nos CAPSs, onde estará?*

K. D.: O desenho que pretendemos implantar é diferente. Serão três ou quatro UBSs, sem equipe de Saúde Mental, e uma UBS de referência com a equipe completa de Saúde Mental. Essa concepção não aparece só por causa da pobreza de recursos humanos; é também um modelo de Rede – essa equipe de Saúde Mental completa poderá se deslocar entre as UBSs, trocar experiências, supervisionar os casos mais leves – aqueles que a própria UBS poderá atender ou, pelo menos, diagnosticar. Enfim, estabelecer uma rede confiável. Há situações extremamente graves na rede, hoje em dia: casos graves de transtorno bipolar demoram sete a dez anos para serem diagnosticados; casos de autismo infantil só são diagnosticados aos sete anos de idade. A idéia básica, então, é ter uma UBS de apoio, como estamos chamando, com equipe completa de Saúde Mental; quatro dias da semana, essa equipe atende na sua própria UBS; no quinto dia, circula nas UBSs da região – cada uma delas receberá, então, uma visita por mês da equipe de Saúde Mental. O CAPS encontra-se num segundo plano, voltado basicamente para o atendimento do paciente agudo, que possa realmente se beneficiar de um atendimento intensivo; finalmente, pretendemos reativar os CECCOs, os Centros de Cultura e Convivência; há vinte deles em São Paulo. Um outro projeto é capacitar clínicos para detectarem quadros depressivos. O paciente com depressão já se encontra nas UBSs. Há dados norte-americanos mostrando que o paciente com depressão realiza muitas consultas – custa o dobro para o sistema de saúde: um paciente comum custa em média US\$ 2.300; o paciente depressivo, 4.600 dólares – sem falar do quanto este paciente sofre, do quanto a família sofre, do quanto ele perde de relacionamentos. Por isso, outra parceria

com Universidades é para a detecção precoce de quadros depressivos. Nos próximos meses de maio e junho, haverá treinamento nesse sentido, nas cinco regiões da cidade, para capacitar os médicos da rede a diagnosticar depressão. Cirurgiões, geriatras, clínicos, todos estão sendo convidados para esses cursos. Há ainda mais um projeto: a instalação da terapia comunitária, um desenvolvimento do professor Adalberto Barreto, de Fortaleza. Terapia comunitária seria algo para valorizar as experiências que um grupo pode trazer para auxiliar alguém. Não pretende ser uma psicoterapia interpretativa, nem Central de Triagem de doenças, porta de entrada de UBS. Mas tem uma finalidade clara: a de ser um local em que as pessoas possam expressar suas dificuldades, que seja uma forma de acolhimento nas UBSS. Já temos aproximadamente quatrocentas pessoas treinadas na cidade em terapia comunitária.

M. T.: *Que papel cabe aos CECCOs, na sua proposta?*

K. D.: Quando foram montados, os centros se chamavam: de Convivência e Cooperativa. Cultura, em lugar de Cooperativa, é o nome que o Ministério da Saúde está propondo agora. Nos CECCOs, pacientes mais comprometidos, com menos recursos psíquicos, poderiam executar atividades como dança, teatro, elaborar trabalhos manuais, participar de programas de geração de renda, e passar o dia; enquanto os pacientes mais agudos seriam encaminhados para um CAPS. Três ou quatro entre os vinte que existem funcionam razoavelmente, realizam parcerias com a comunidade, com outras áreas – como medicina chinesa, por exemplo; há outros 12 em condições muito precárias. Integrá-los à rede, de forma ativa, é uma das metas. A política de Saúde Mental da cidade é portanto fortalecer, restabelecer, a rede de referência, com ênfase na atenção básica, para que os pacientes não só sejam atendidos e diagnosticados, mas também recebam um atendimento o mais global possível.

M. T.: *E faltam profissionais em todo o município?*

K. D.: Fizemos um levantamento logo que assumi e descobrimos que faltam de trinta a quarenta psiquiatras de imediato. Falta pessoal, e há regiões em que também faltam equipamentos. Em relação aos outros profissionais, estamos retomando articulações para recompor as unidades de referência com equipe completa. Isto implica pequenos deslocamentos de profissionais. Tem-se tomado muito cuidado para que este projeto seja realizado da forma mais adequada, sem criar mais problemas ainda. Voltando ao caso da Zona Sul: há dois CAPSs para adultos, e dois milhões e meio de habitantes. Isto torna óbvio que o número de equipamentos também é muito insuficiente. Estamos aguardando com especial interesse o projeto das Organizações Sociais ser regulamentado, já que será uma

forma de podermos implementar todas estas iniciativas. Ainda na Atenção básica, encontramos inúmeros projetos universitários de pesquisa. Parte deles passou pelo Comitê de Ética da Prefeitura; mas há muitos mais sendo desenvolvidos em CAPSs ou em unidades de saúde dos quais não temos conhecimento – pelo menos oitenta, que descobrimos num levantamento que realizamos. Essas pesquisas acontecem porque ou o professor ou o estudante conhecem alguém na unidade; assim se articula um pequeno convênio, do qual a Prefeitura não chega a tomar conhecimento. O objetivo do levantamento é oficializar as pesquisas, e centralizá-las; temos chamado os professores envolvidos para isso.

M. T.: *Eles atenderam a seu chamado?*

K. D.: Sim. Mostram dedicação e reclamam que nunca antes foram chamados, e que se dispuseram, tentaram, fizeram projetos. O que temos feito é chamar grupos de professores, por área, para apresentar a eles a situação da Saúde Mental e da rede e perguntar que parceria seria possível fazermos com a universidade deles. Projetos interessantíssimos têm surgido. Com a PUC de São Paulo, por exemplo, estamos montando um projeto de detecção precoce de autismo. A idéia é treinar pediatras para inverter a tendência atual, que é de o diagnóstico só ser realizado quando a criança tem seis, sete anos – enquanto o autismo pode ser detectado no primeiro ano de vida, o que permite alterar seu curso. Com o Instituto de Psiquiatria da USP, temos um projeto sobre as emergências psiquiátricas, que já vem sendo realizado e que será agora ampliado para toda a cidade.

M. T.: *A rede pública de saúde do município tem emergências psiquiátricas?*

K. D.: Temos doze emergências psiquiátricas da Prefeitura. O IPq, neste trabalho sobre as emergências, estuda quais pacientes chegam, quais são seus diagnósticos, que conduta é adequada. A tentativa é padronizar condutas e formar melhor a nossa rede. Outro trabalho em curso, uma associação com a Unifesp e a USP, visa detectar episódios de primeiro surto psicótico: esse quadro precisa ser detectado precocemente e, para isso, é necessário montar uma estrutura. Geralmente, o primeiro surto ocorre em adolescentes ou adultos muito jovens. Não se pode correr o risco de a pessoa ser levada a uma internação, em um hospital que não seja adequado, que receba medicações inadequadas. A idéia é fazer um seguimento diferenciado daqueles que tiveram um primeiro surto, e foram internados: fazer com que o paciente, ao sair do hospital, já tenha uma consulta agendada no CAPS, com prioridade total; que seja seguido: se não for à consulta, que seja visitado. O objetivo é evitar que ele desgarre do tratamento, de uma abordagem psicossocial completa. Quem sabe uma intervenção assim modifique o prognóstico dele. Num segundo momento, nós queremos detectar

quem chega ao Pronto-socorro em primeiro surto, dando uma atenção total, coisa que não ocorre hoje em dia, para evitar que ocorra uma internação.

M. T.: *Quantos leitos psiquiátricos há na cidade?*

K. D.: Mil e trezentos leitos, cerca de oitenta deles em enfermarias de hospitais gerais. Não temos nenhum leito em CAPS. Esse número está aquém das necessidades e do preconizado pela OMS, que seria algo em torno de 3.500 leitos para uma cidade do porte de São Paulo. Parece-me pouco inteligente quando uma Lei manda reduzir leitos psiquiátricos – o que é simples. Menos simples é dar condição para que esse paciente fique na rede, o que supõe a existência de uma rede que diagnostique, que medique adequadamente, com remédios no Posto, que dê sustentação à família, que promova ações completas de Saúde Mental. Com UBSs, CAPSs, CECCOs, e Pronto-socorros em que o paciente agudo fique por curtos períodos, sem internação, então é possível reduzir as internações psiquiátricas e, portanto, reduzir os leitos psiquiátricos, sem precisar de nenhuma Lei.

M. T.: *Mas há previsão no Orçamento para implantar esses projetos?*

K. D.: Logo que cheguei, me foi dito: “Não há dinheiro para quase nada, principalmente em 2005. Mas Saúde Mental é uma prioridade”.

M. T.: *Mesmo? E por que Saúde Mental seria uma prioridade?*

K. D.: Porque não é possível ignorar o sofrimento de 25% da população adulta da cidade, além do enorme comprometimento de todos os que a cercam.

M. T.: *Mas é possível implementar uma política pública sem dinheiro?*

K. D.: Assumi em julho de 2005, e passei o primeiro mês ocupado com medidas administrativas. Quis saber com quem iria contar, e por isso mapeei os recursos humanos. Fiz reuniões com as cinco Regiões de Saúde de São Paulo; cada uma delas tem um supervisor de Saúde Mental. Implantei reuniões mensais com eles. Montei uma equipe – com responsáveis pelos vários tipos de equipamento: uma para CAPS, uma pessoa para álcool e drogas, outra para Infantil, Atenção Básica, Projetos Especiais, Terapia Comunitária, Hospitais, Emergências – todos da rede. Essa equipe se reúne semanalmente. Uma vez por mês, vamos para as regiões. Temos organizado fóruns regionais bimensais, para preparar um grande Fórum Municipal de Saúde Mental. A idéia é que toda a rede participe ativamente do que tem sido implementado.

M. T.: *Como suas propostas têm sido recebidas?*

K. D.: Até com entusiasmo. Os profissionais estão recebendo uma diretriz. Isso alivia. Sabemos que há um déficit de RHs, que não há para onde enviar um

paciente, que grandes CAPSs viraram trocadores de receitas. Há CAPSs com quatro mil pacientes. O que um médico pode fazer nesse caso? Só mesmo trocar receita. É triste de se ver. Então o trabalho foi de encontro ao sofrimento que a Rede toda sente. Detectamos os problemas e fizemos vinte propostas de ações imediatas, sem dinheiro praticamente. Propusemos rearticular Rede Básica, rearticular CAPS, rearranjar o RH onde é possível – enquanto as contratações não vêm. Estamos tentando fazer as parcerias com as Universidades, e elas podem buscar financiamento via Fafesp, via CNPq. A Saúde Mental é muito barata.

M. T.: *É barata?*

K. D.: Por exemplo: cada CAPS custa ao mês 20 mil reais. Isso de acordo com a seguinte conta: teoricamente existe uma verba de implantação de CAPS, que é de 30 a 50 mil, que vem do Ministério da Saúde. Uma vez implantado, um CAPS de adultos tem um custo mensal, bem concreto, não subfaturado, de R\$ 60 mil por mês.

M. T.: *Esses que atendem 4 mil pessoas?*

K. D.: Não – um CAPS ideal, com uma população ideal. O equipamento gera, em APACs* 40 mil reais, por mês, que vem para o município. Então o que o município gasta é cerca de R\$ 20 mil. Uma residência terapêutica, que é um lugar digno para onde transferir os duzentos moradores em Hospital Psiquiátrico que temos, com oito pacientes, custa em torno de 15 mil reais por mês. Ao tirar esse paciente do hospital, economizamos em AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) R\$ 6.600 por mês. Cada residência, então, custará R\$ 9 mil por mês. Saúde Mental é muito barata. No próximo Plano plurianual, 2006-2009, esta gestão se comprometeu no mínimo a criar vinte CAPS e 12 serviços de Residência Terapêutica. Além dessas metas para o futuro, pleiteamos também a instalação de Prontos-socorros e Enfermarias de Psiquiatria em dois hospitais em construção. Queremos abrir três novas Emergências Psiquiátricas ainda em 2006.

M. T.: *A Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental tem debatido a Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil. Um dos interlocutores do debate é Valentim Gentil, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e titular da Faculdade de Medicina da USP – que apresentou aqui sua concepção sobre uma política de Saúde Mental. O que o senhor pensa dela?*

K. D.: O professor Valentim acredita que a psiquiatria tem uma resposta para a Saúde Mental como um todo. Mas a marca da Saúde Mental me parece ser a intersetorialidade. Em seu interior, há o campo da psiquiatria – a doença

* Autorização para procedimentos de alta complexidade. (N. do E.)

mental, o sofrimento mental, o rompimento com a realidade, os grandes quadros psiquiátricos. Mas não se pode esquecer que o paciente tem uma psique, tem todo um sofrimento mental que o aflige e aflige quem está ao seu redor, uma inserção de trabalho, uma inserção social, as questões que o afligem. Vou dar um exemplo pontual: moradores de rua. Entre eles, há abuso de substâncias, principalmente álcool e crack nos adolescentes; um desamparo social enorme, praticamente não têm família, sem RG – alguns deles não sabem o nome, nem onde nasceram. Mundialmente, constata-se que metade deles têm doenças psiquiátricas graves, especialmente esquizofrenia. O desamparo é tão grande que nem o hospital aceita esse paciente. Na crise, os hospitais medicam-no e devolvem-no à rua; receiam que se torne um morador do hospital. Está completamente desagregado de todos os seus vínculos. Um trabalho muito recente realizado no Rio de Janeiro, com essa população, mostra que a questão é mais complexa. As pessoas com doenças mentais foram internadas numa enfermaria de hospital universitário. Depois de tratadas, metade reencontrou a família – houve reinserção social. A experiência fala a favor de que se a doença mental é tratada, é mais fácil a reinserção. Neste exemplo, a Psiquiatria desempenhou um papel fundamental. O que me assusta, como psiquiatra, é o extremo a que vejo a psiquiatria caminhar: todos os sentimentos humanos são “diagnosticáveis” e, portanto, “medicáveis”. Hoje temos classificações de doenças que, se por um lado facilitaram muito uma sistematização; por outro, podemos todos nos enquadrar em algum quadro. Estamos caminhando de uma psiquiatria “sem cérebro”, do início do século XX, para uma psiquiatria “sem alma”. Qual o lugar para o sofrimento, das angústias humanas? A psiquiatria não pode oferecer respostas para tudo.

M. T.: *Moradores de rua, dentro do modelo que vige no país, não são um assunto dos CAPSs, uma vez que a base deles é territorial? Imagino, por exemplo, que os moradores de rua psicóticos da Avenida Paulista são um assunto do CAPS Luis Cerqueira, na rua Itapeva. Não é essa a previsão das leis que estão em vigor?*

K. D.: É verdade, os CAPSs são territoriais. Mas a política em implantação para moradores em situação de rua prevê uma busca ativa pela pessoa, em uma ação conjunta e articulada entre as Secretarias da Assistência Social, da Saúde, da Justiça. Temos participado de reuniões amplas para debater o futuro da região central de São Paulo e esse assunto é tema recorrente. As pessoas em situação de rua, quando necessitadas de atendimento em Saúde Mental, devem ser atendidas por toda a rede, pela UBS, pela UBS de referência, pelo CAPS, pelo PS, de acordo com sua necessidade. Poderia, e deveria, ser encaminhada a um CECCO e estimulada a frequentá-lo. Enfim: toda a rede deve ser utilizada para o atendimento.

M. T.: *E a busca ativa de psicóticos dentro de seu território não deveria ser uma tarefa rotineira de um CAPSs?*

K. D.: Sem dúvida alguma! Mas retomemos a história da concepção dos CAPSs – eles surgiram na cidade de São Paulo no governo Montoro – que foi um marco para a Saúde Mental no Estado. Infelizmente, no governo Quéricia, que o seguiu, ocorreu a favelização da Saúde Mental – o governador não repassava recursos para a Saúde Mental, houve uma situação de desagregação total das equipes. Quem resgatou em parte a política do governo Montoro, na cidade de São Paulo, foi a administração de Luiza Erundina – ela resgatou a idéia de uma rede de serviços, e estabeleceu os CECCOs e os hospitais-dia. Em seguida, vieram os oito anos da gestão de Pitta-Maluf, que implantou o PAS. Com a eleição de Martha Suplicy, esperou-se então a volta dos conceitos de saúde mental para todos, integralidade no atendimento à saúde, e divisão de capacitações entre vários equipamentos. Mas o que veio foi o CAPS como resposta única a todas as questões de Saúde Mental. No contexto da administração Martha, o CAPS surgiu em detrimento do hospital-dia e do ambulatório – pois muitos dos atuais nasceram de fusões entre esses equipamentos. Hoje, na cidade, os CAPSs não são nem hospital-dia, nem ambulatório. Na minha concepção, o CAPS é um equipamento dentro de uma rede de assistência – com Unidade Básica, Unidade de Apoio, CECCO, Enfermaria Psiquiátrica, Emergência Psiquiátrica. Da forma como foram criados em São Paulo, os CAPSs não trazem nem uma resposta, nem outra, e não dão conta de seu território. Daí a dificuldade de implementar qualquer sobrecarga aos nossos CAPS.

M. T.: *O senhor está falando especificamente do município?*

K. D.: Sim. Não temos em São Paulo nenhum CAPS III – que funciona 24 horas por dia para trabalhar com paciente intensivo. Mas o preconizado seria um CAPS III para cada trezentos mil habitantes... Se tivéssemos uma Rede muito bem estruturada, e se o CAPS fosse um entre os equipamentos da Rede, aí sim, ele daria conta de um território – onde faria busca ativa e ações de reinserção social. Outro equipamento dessa rede são as residências terapêuticas. Em São Paulo, há apenas uma implantada. Pretendemos ampliar para quinze. Esse equipamento é para resgatar o paciente morador de Hospital Psiquiátrico. A residência terapêutica estaria ligada diretamente ao CAPS e faria o trabalho de reinserção social.

M. T.: *No debate sobre a assistência à Saúde Mental também se discute o lugar do hospital psiquiátrico. A corrente hegemônica hoje pretende, ao longo do tempo, a extinção dos hospitais. A posição do doutor Valentim Gentil é*

totalmente diferente: para ele, deve-se investir em hospitais psiquiátricos de alta tecnologia, pequenos e especializados.

K. D.: Concordo com o professor Valentim quanto a enfermarias pequenas, especializadas, que poderiam colaborar muito na rápida resolução do quadro agudo. Mas aposto firmemente na concepção de rede, de treinamento e capacitação de equipes do Programa de Saúde da Família, nas UBSs de referência, nos CAPSs para os pacientes em situações que necessitem de cuidados intensivos, nas emergências e, por fim, e quando completamente indispensável, uma internação em enfermaria psiquiátrica dentro do Hospital Geral.

M. T.: *O paciente agudo, na sua concepção, iria para o Hospital Psiquiátrico?*

K. D.: No modelo em implantação, o paciente em surto psicótico vai para uma Emergência Psiquiátrica, onde há um leito de retaguarda de 72 horas. Na maior parte dos casos, nesse período já há um controle razoável da agitação, ou da ideação suicida. Ele poderia então ser restituído à sua unidade, a seu CAPS 24 horas, por exemplo. Se o quadro se prolonga, o recurso são as enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais – o paciente pode ficar por quinze dias, quando uma grande parcela dos quadros que não responderam nas primeiras 72 horas se resolve.

M. T.: *Que diferença há entre a enfermaria psiquiátrica no Hospital Geral e o CAPS, na sua proposta?*

K. D.: A enfermaria está dentro de um hospital, pode-se lidar melhor com a assistência médica para outras patologias. Inúmeros quadros psiquiátricos estão associados a doenças clínicas, o que pode ser avaliado muito melhor em ambiente médico. Essa pessoa seria desassistida se só o aspecto mental fosse tratado. Em situações de álcool e drogas, a enfermaria tem também o papel de desintoxicação. Mas na maior parte dos quadros, passadas as 72 horas, o paciente poderia voltar ao CAPS – se esse equipamento existisse de forma funcionante, o que não acontece hoje na cidade de São Paulo. Mas não me agrada a idéia de enfermarias específicas em patologias psiquiátricas. Compartmentalizar as patologias mentais é extremamente dificultoso. Nos livros, é fácil separar. Na vida, a pessoa tem muitas co-morbidades, a situação é bem mais complexa – traz sofrimento mental em varias questões, o que precisa ser abordado de uma forma mais integral, além da necessidade de reinserção global. O lugar mais adequado para isso é o CAPS.

M. T.: *O senhor acredita que os moradores de rua estão melhor na rua do que, digamos, no Hospital do Juqueri?*

K. D.: O Juqueri, no final do século XIX, era um hospital moderno e brilhante – que preconizava a laborterapia. Da década de 1950 para cá, o grande avanço que houve foi o trazido pelos neurolépticos – eles melhoraram muito a qualidade de vida dos pacientes psicóticos. Os neurolépticos talvez tenham sido os responsáveis pela maior inclusão social do paciente psicótico de que se tem notícia. Os quadros psiquiátricos puderam ser mais bem controlados em sua sintomatologia, o que tem sido um avanço monumental. Talvez a maior prisão seja a da doença mental. Uma pessoa que não sofra de doença mental e que se encontre em situação de rua deve ser acompanhado pela Assistência Social e não pela Saúde Mental. O Hospital Psiquiátrico dos moldes de Franco da Rocha, respondia a um tipo de paciente, foi o melhor recurso para uma certa época. Não devemos obrigar ninguém a se submeter a nenhum tratamento. Devemos trabalhar com agentes de saúde, e ex-moradores de rua, para conseguir sensibilizá-los.

M. T.: *Mas hoje o Haldol é visto como maléfico... Ou estou enganada?*

K. D.: Eles trouxeram um resgate em todos os quadros psicóticos – a medicação controla o surto e é ingerida por via oral. Por isso, a maior inclusão do paciente psicótico crônico foi pelos neurolépticos, pelo bloqueio da sintomatologia. Os neurolépticos de primeira geração (como o Haloperidol) apresentam inúmeros efeitos adversos, o que dificulta muito o seu uso. Mas foram de extrema utilidade.

M. T.: *Qual o papel do psiquiatra, nessa sua proposta?*

K. D.: Ele tem uma especificidade: formação de seis anos em medicina, dois ou três anos de residência. O psiquiatra sabe fazer diagnóstico, medicação. Essa é sua especificidade. Nas equipes do CAPS, o psiquiatra é quem tem preparo maior em relação à doença psiquiátrica. O que acontece é que esse médico dificilmente tem cargo de chefia – ele não se interessa por isso, pois há uma sobrecarga de tarefas administrativas; e porque ele não quer se afastar de seus atendimentos. Ao longo deste tempo na secretaria, o que temos constatado é que os CAPS têm-se tornado vítimas de uma situação intrigante: por um lado, os médicos apenas prescrevendo (retomando um modelo ambulatorial); por outro, o resto da equipe com promoção, prevenção, atendimentos mais globais em saúde. Então a proposta passa por uma grande alteração: respeitar as especificações! Talvez não sejam todos os psiquiatras da rede que possam trabalhar em CAPS, alguns não possuem um perfil mais específico. Tentaremos adequar as equipes, sendo que as equipes terão um “leque” muito maior, com a implantação da rede.

M. T.: *Qual o maior problema dos CAPSs, no seu entender?*

K. D.: O que me parece mais grave é cada CAPS funcionar como se fosse uma entidade completamente autônoma. O gerenciamento é autônomo, não há diretrizes. Já montamos uma comissão com pessoas dos CAPSs, que está visitando os equipamentos, tentando estabelecer procedimentos. Dentro do CAPS, cada profissional tem um papel, mas a primeira questão é: qual a identidade dos CAPSs?

M. T.: *E há lugar para psicanalistas na rede pública de Saúde Mental?*

K. D.: Um dos lugares é o de supervisor institucional. A maior parte dos que temos hoje é de psicanalistas. Temos tentado uma aproximação com entidades formadoras, ao molde da aproximação com as Universidades, para estudarmos uma viabilidade.

M. T.: *Qual é a coisa que mais angustia o senhor, que mais o solicita, como coordenador de Saúde Mental de uma cidade de 10 milhões de habitantes?*

K. D.: A dúvida sobre a continuidade dos projetos. Olho para trás e vejo projetos bons abortados pelas mudanças de governo.

M. T.: *O senhor falou dos neurolépticos. Os antipsicóticos de segunda geração são inovadores em relação a eles e avalia-se que trazem benefícios importantes. A rede pública de São Paulo pode garantir o acesso a quem precisa desses medicamentos?*

K. D.: Nós não temos todas as medicações disponíveis, e essa é uma grande briga que a sociedade deveria abraçar. O médico deveria ter livre escolha para medicar. Hoje, a rede pública fornece os medicamentos de uma lista em que há meia dúzia de neurolépticos e dois antidepressivos de última geração. O ideal seria o médico escolher, e o gestor financeiro-administrativo entender que uma pessoa muito bem cuidada é extremamente barata para o Sistema de Saúde. Os benefícios das medicações de segunda e terceira geração vão muito além apenas do fato de apresentarem menos efeitos adversos. Eles tornam as pessoas mais aptas à retomada de suas atividades, além de facilitarem a reinserção social e econômica. Isto sem falar nos custos menores com internações, maior facilidade de adesão ao tratamento – enfim, uma série de vantagens.