

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF

CLARISSA ANDIRA XAVIER E SILVA

**A ARTICULAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ANÁLISE DE EXPERIÊNCIA EM MUNICÍPIO DO
NORDESTE BRASILEIRO**

NATAL/RN

2014

CLARISSA ANDIRA XAVIER E SILVA

**A ARTICULAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ANÁLISE DE EXPERIÊNCIA EM MUNICÍPIO DO
NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação elaborada sob orientação da professora Dr^a Ana Karenina de Melo Arraes Amorim e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

NATAL/RN

2014

CLARISSA ANDIRA XAVIER E SILVA

**A ARTICULAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ANÁLISE DE EXPERIÊNCIA EM MUNICÍPIO DO
NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação aprovada como trabalho de conclusão de Curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, pela comissão formada pelos seguintes professores:

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a Ana Karenina de Melo Arraes Amorim
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Maurício Roberto Campelo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. João Bosco Filho
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Prof. Dr^a Jacileide Guimarães
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dedico este trabalho a DEUS, que me permitiu ser parte integrante de sua magnífica criação.

Dedico a meu esposo: Valério Pinheiro, meu amor e companheiro.

Também dedico aos meus pais: Casemiro José e Maria Antônia, e as minhas irmãs: Clissa Andressa, Clévia Alline e Clara Amanda, minha fortaleza.

AGRADECIMENTOS

A DEUS

Obrigada, senhor, pelo dom precioso da vida, pelos meus pais, amigos e todos que fizeram e fazem parte desta minha trajetória, ajudando-me a crescer e alcançar meus objetivos. Obrigada por esta etapa vencida e pela força e discernimento para que eu percorresse toda essa jornada, pois com tua grandiosidade me fizeste substituir incertezas pela segurança e medos por vitórias.

É maravilhoso, neste momento, senhor, ter tão pouco a pedir e tanto a agradecer. Receba, senhor, minha alegria e minha eterna gratidão. Que tua constante presença ilumine meu futuro.

VALÉRIO

Foste presença em meu caminhar, respeitaste minha maneira única de amar; a tua presença, a tua companhia, as tuas palavras foram expressão de amor profundo. A você, que pacientemente, no decorrer dessa trajetória, na qual tive uma jornada de aulas, entre outras atividades, sempre me recebia com sorriso e palavras carinhosas, ou apenas com um respeitoso silêncio tolerando assim o meu cansaço e minha impaciência. A você que compartilhou comigo as alegrias e me incentivou em momentos difíceis, o meu muito obrigada. As homenagens deste dia se estendem também a ti, sempre presente em minha vida e me fazendo feliz.

AOS MEUS PAIS

Dedico esta conquista especialmente a vocês, que desde meus primeiros passos, gestos e sorrisos estiveram sempre presentes e emocionados; nas minhas incertezas, tristezas e angústias, estavam lá me confortando. Foram vocês, que trabalhando dobrado, sacrificaram seus ideais em favor dos meus, proporcionando-me um futuro digno através da sabedoria. Apoiaram-me de forma incondicional e confiaram em minha capacidade muito mais do que eu. Nunca permitiram que eu baixasse a cabeça diante do desafio, enfraquecesse diante dos obstáculos e estiveram comigo incentivando-me a prosseguir na conquista de meus ideais.

Percebo quão pleno é o amor a mim dedicado, e é por estas e outras razões que quero demonstrar todo carinho e admiração que sinto. E como prova de minha eterna gratidão, dedico este momento especial a vocês.

A MINHAS IRMÃS

Na vida traçamos algumas metas e firmamos como objetivos alcançá-las. Para tanto, contamos com o auxílio de pessoas muito especiais que nos completam, apoiam e que hoje dividem conosco essa conquista: minhas irmãs Clissa, Clévia e Clara. Obrigada pelos momentos compartilhados, cada uma de vocês, com personalidades diferentes, fizeram-me uma pessoa mais completa e capaz de conviver com as singularidades. Essa vitória é também dedicada a vocês.

A MINHAS AVÓS (*in memoriam*)

Há pessoas que gostaria que estivessem presentes, mas estão em minha memória. Restaram suaves lembranças daquele sorriso em face de cansaço diante de tanta luta para dar o melhor a toda a família. Lembro-me, também, da doação ilimitada que disponibilizavam para todos os netos, inclusive eu; e das várias vezes em que adormeciam com o terço na mão pedindo proteção a Deus para todos nós; as várias noites mal dormidas, onde, ansiosas, aguardavam o retorno dos seus filhos e se preocupavam com os problemas e dificuldades de todos, procurando uma maneira de amenizá-los. Lembro-me do quanto era acolhedor os vossos lares e dos tantos momentos felizes que vivemos. E agora me resta dedicar esta vitória a vocês que me ensinaram a viver a vida com dignidade, e que mesmo distantes, mantiveram-se sempre ao meu lado em minha eterna memória. Minha gratidão e reconhecimento, com a mais profunda admiração e respeito.

AO MEU AVÔ VALDOMIRO (*in memoriam*)

Sei que onde está, intercede por mim. Quanta falta sinto das suas palavras, dos seus conselhos, que me proporcionavam tanta segurança e coragem para seguir em frente. Lembro-me o quanto dizia que não podíamos apenas ver o dia de hoje, mas pensarmos no de amanhã. E foi assim, seguindo os seus ensinamentos, que hoje concluo mais essa etapa na minha vida, com muitas dificuldades. E agora resta dedicar esse momento a você, vovô, pois saiba que foi essencial na minha vida.

AOS FAMILIARES

Quantas horas estivemos lado a lado... Quantas alegrias e sofrimentos compartilhados! Sonhos desfeitos... Ideais construídos... Muitas lutas empreendemos juntos, muitas nos aguardam. Vocês me possibilitaram sonhar e acreditaram e torceram pela minha vitória. Hoje mais um dos meus sonhos está se realizando e esta alegria também é de vocês, pois o seu

amor e estímulo foram as armas desta conquista. Meu ‘muito obrigada’ àqueles que foram meus exemplos de vida e meus pilares de sustentação durante toda essa caminhada.

AOS MEUS AMIGOS

A amizade é uma dádiva de Deus para podermos caminhar ao longo de nossa vida, sem nos sentirmos, em nenhum momento, sós ou desamparados. Felizes somos nós, neste momento, que podemos falar de afeto, harmonia, dedicação, companheirismo, união, quando muitos lá fora correm para outras direções, com outros valores, esquecendo que o amor ao próximo é sempre o caminho mais maravilhoso a percorrermos em direção às melhores energias. Vocês, amigos, já fazem parte da minha vida, dos meus medos, das minhas conquistas e, portanto, esta é uma vitória dedicada também a vocês. Em especial aos amigos construídos no mestrado, com os quais vivi momentos felizes.

AOS MESTRES

Não poderia esquecer-me daqueles que me orientaram, dando-me a condição de uma visão crítica, compartilhando sabiamente dos seus conhecimentos de modo a contribuir com a minha formação acadêmica, bem como com minha construção para a vida. A vocês, que além de mestres, foram amigos, incentivando e apoiando na árdua tarefa rumo à busca sublime do saber, a minha eterna gratidão. Em especial a minha orientadora, Ana Karenina, por me proporcionar, com seu jeito paciente e amigável, confiança e segurança nesta etapa de construção de conhecimento: a dissertação. Não poderia deixar de agradecer aos participantes da minha banca examinadora, por aceitarem o convite.

AOS FUNCIONÁRIOS DO NESC

Minha eterna gratidão àqueles que se mantiveram nos bastidores do nosso cenário, que por muitas vezes não foram lembrados durante esses anos que se passaram, mas que, de alguma forma, através de simples atos, tornaram-se particularmente especiais quando doaram um pouco do seu tempo e dedicação e que também compartilharam conosco algumas alegrias, frustrações e angústias.

AOS TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE E USUÁRIOS

Obrigada pelos momentos de construção de conhecimento por vocês proporcionados, essenciais a esta pesquisa. Obrigada pela confiança em mim depositada, pelas experiências compartilhadas e pelas várias oportunidades oferecidas.

Então dar-se conta (o homem) de que não sabe o que fazer de sua liberdade: ‘No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente’. ‘Em vez de liberdade, ele encontrara o vazio’, porque ‘junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro’, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano da sua vida. (Davydov, 1966, citado por Basaglia, 1985).

A Articulação entre a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial: análise de experiência em município do Nordeste brasileiro

RESUMO: A reforma psiquiátrica consiste num processo que busca desconstruir a lógica excludente provocada pelas internações, proporcionando aos sujeitos estratégias de reinserção social. Nesse sentido, a atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família - ESF vem, progressivamente, tornando-se espaço estratégico nas intervenções em saúde mental, configurando-se como campo de práticas e produção de novos modos de cuidado. Nesta perspectiva, em Areia Branca-RN vem ocorrendo um processo de implementação dessa proposta, através da articulação da rede de Atenção Psicossocial e da Estratégia Saúde da Família/ESF. As discussões acerca da implementação da atenção integral à saúde mental no município de Areia Branca avançam significativamente. Porém, esta discussão não tem sido capaz de provocar mudanças na prática. Ao partir da concepção de que a articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado atualmente, que a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços com garantia de continuidade da atenção dependem da efetivação dessa articulação, estabeleceu-se como objetivo de pesquisa: investigar como se dá a relação entre as equipes de ESF e a equipe de CAPS na atenção à saúde mental no município de Areia Branca – RN a partir dos discursos dos profissionais. Para tanto, tiveram-se como objetivos específicos: Conhecer a demanda em saúde mental existente no município de Areia Branca – RN atendida pela ESF; Identificar limites e dificuldades na relação entre as equipes da ESF e do CAPS; Identificar potencialidades para articulação entre as equipes da ESF e do CAPS para a constituição da RAPS local. Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório, com desenho metodológico de natureza qualitativa, cujos sujeitos foram profissionais da Estratégia Saúde da Família, profissionais do Centro de Atenção Psicossocial e o responsável pela condução/gestão da saúde mental no município. Como instrumentos de pesquisa foram utilizadas observações informais, entrevista semiestruturada e grupos focais. As informações obtidas foram analisadas considerando a análise de conteúdo de Bardin, o que possibilitou discutir a pertinência do referencial teórico com os dados obtidos através da observação e interpretação da articulação entre a Estratégia de Saúde da Família e a rede de Atenção Psicossocial no município de Areia Branca-RN. Por um lado, registrou-se intensa demanda em saúde mental advinda de usuários e de seus familiares e/ou cuidadores. Por outro, verificaram-se que apesar de existir alguns avanços com relação a percepções sobre saúde mental, existem ainda práticas, histórica e contextualmente arraigadas, que atuam como obstáculos para a resposta efetiva a essa demanda na perspectiva da desinstitucionalização. Nesse sentido, considera-se importante ressaltar que as equipes da Estratégia de Saúde da Família devem ser capacitadas para garantir a prática de saúde com integralidade e a incorporação à rede de saúde mental do município. Essa capacitação deve ocorrer através da educação permanente em saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Saúde mental. Rede de Atenção. Atenção Psicossocial. Reforma Psiquiátrica.

AB The Relation of the Family Health Strategy and the Psychosocial Care Center: analysis of experience in a city in northeastern Brazil

ABSTRACT: The antimanicomial psychiatric reform is a process that seeks to deconstruct the exclusionary logic caused by hospitalizations, providing strategies for social reintegration of individuals. In this sense, the primary care through the Family Health Strategy - FHS comes progressively becoming strategic space in mental health interventions, configured as a field of practice and production of new modes of care. In this perspective, there has been a process of implementing this proposal in the Areia Branca City/RN, through the articulation of Psychosocial Care Network and the Family Health Strategy / ESF. However, this process has not been able to bring changes in practices. From the view that the relationship between mental health and primary care is a challenge currently being faced, that improving the care provided and the expansion of the access to services with guaranteed continuity of care depend on the effectiveness of this joint, established themselves as research objective: To investigate how is the relationship between the FHS team and CAPS team in care mental health in the town of Areia Branca - RN from the speeches of professionals. And if you had specific purposes: 1) Know the demand in existing mental health in the town of White Sand - RN served by FHS; 2) Identify limits and difficulties in the relationship between the ESF teams and CAPS; 3) Identify potential for linkages between ESF teams and CAPS for the establishment of local RAPS. This was a descriptive, exploratory study with a qualitative methodological design, whose subjects were professionals from the Family Health Strategy, professionals Psychosocial Care Center and responsible for the conduct / management of mental health in the municipality. The research tools used informal observations, semi-structured interviews and focus groups were used. The data obtained were analyzed for the content analysis of Bardin, allowing discuss the relevance of the theoretical framework with data obtained through observation and interpretation of the relationship between the Family Health Strategy and the network of Psychosocial Care in Areia Branca-RN. On the one hand, there was strong demand for mental health arising from users and their families and / or caregivers. On the other, it was verified that although there is some progress with regard to perceptions of mental health, there are still practical, historical and contextually rooted, which act as barriers to effective response to this demand in view of deinstitutionalization. In this sense, it is considered important to emphasize that the teams of the Family Health Strategy should be trained to ensure the health practice with integrity and incorporating the mental health network in the municipality. This training must occur through continuing health education.

Keywords: Family Health Strategy. Mental health. Care Network. Psychosocial Care. Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. O TRABALHO DE CAMPO: ASPECTOS METODOLÓGICOS, ÉTICOS E A CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA	18
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO, DOS SUJEITOS E DAS TÉCNICAS DE PESQUISA.....	18
1.2. IMPLICAÇÃO NO CAMPO – O LUGAR DA PESQUISADORA.....	20
1.3. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DO ESTUDO.....	22
1.4. ANÁLISE DOS DADOS.....	24
1.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	25
2. A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
2.1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO SUS.....	27
2.2. A ESF NO PROCESSO DE MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL NO SUS.....	39
3. REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	44
3.1. PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	44
3.2. A CONFIGURAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UMA NOVA RELAÇÃO DE CUIDADO.....	55
4. A RELAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL	65
4.1. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A ESF: FUNDAMENTOS E ESTRATÉGIAS.....	65
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	70
5.1. DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL.....	70
5.2. PRÁTICAS PROFISSIONAIS E PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	78
5.3. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): DIFICULDADES E POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO PARA A ATENÇÃO.....	93
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES	114
ANEXO	122

INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira se organizou em torno do princípio de desinstitucionalização, orientado pela redução progressiva dos leitos psiquiátricos, bem como da qualificação, expansão e fortalecimento de uma rede extra-hospitalar.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6)

A Reforma Psiquiátrica brasileira não significa apenas uma reestruturação do modelo de assistência à pessoa com transtorno mental, mas o estabelecimento de quatro dimensões de mudança para a atenção em saúde mental que devem ocorrer de modo inter-relacionado. São essas dimensões de cunho teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. A primeira refere-se à produção de conhecimento que fundamenta a prática e o saber dos profissionais em saúde mental. A dimensão técnico-assistencial ocorre na construção de uma rede de novos serviços, o que “significa colocar a doença entre parênteses e propiciar contato com o sujeito”. No campo jurídico-político ocorrem as lutas pelos direitos das pessoas com transtorno mental, bem como a luta jurídica e política pela extinção de manicômios. Na dimensão sociocultural propõem-se mudanças no imaginário social da loucura por meio da inclusão destas pessoas (AMARANTE, 2003).

A dimensão técnico-assistencial desse processo de reforma é constituída pela rede de atenção psicossocial cujos componentes atuais são: Centro de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de convivência e cultura, além da inclusão do atendimento em saúde mental na unidade básica de saúde, entre outros serviços substitutivos.

Nesse sentido, a construção da rede de atenção psicossocial propõe a desconstrução teórica e prática da instituição psiquiátrica centrada na internação hospitalar que distancia o

sujeito com transtornos mentais do seu espaço social pelo modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária. O processo objetiva criar novas perspectivas de vida para o portador de transtornos mentais. Busca-se, pois, desconstruir a lógica excludente provocada pelas longas internações, produzindo junto aos sujeitos estratégias de reinserção social.

Enfatiza-se a reestruturação da atenção em saúde mental vinculada à atenção primária à saúde e na constituição de redes de apoio social e serviços comunitários que possam dar suporte aos indivíduos em seus contextos de vida.

Nesse sentido, a atenção básica, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada um importante instrumento para o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental, uma vez que desenvolve seu trabalho incorporado ao cotidiano da comunidade, na perspectiva de melhoria da qualidade de vida do usuário, com ênfase no vínculo, no acolhimento, na família, buscando reverter o modelo assistencial biomédico centrado na doença e no tratamento, para um modelo com foco na saúde e na família. Dessa forma, converge para a proposta de assistência pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e do SUS.

Diariamente, diversas demandas em saúde mental são identificadas por profissionais das equipes de ESF. A chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante frequente, as queixas são as mais variadas. São situações que requerem intervenções imediatas e a produção contínua e cotidiana de cuidados, e para isso a equipe deve estar preparada para oferecer maior resolutividade aos problemas destes usuários. A identificação, o acompanhamento e a intervenção sobre estes problemas incorporados às atividades que as equipes de atenção básica desenvolvem são passos fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e asilar de cuidados em saúde mental.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, a priorização dos atendimentos e acompanhamentos das pessoas com doença mental na comunidade implicou no aumento da demanda destes pacientes nas unidades de saúde. Os esforços para a assistência das pessoas portadoras de enfermidade psíquica na comunidade vêm crescendo, assim como a preocupação com suas famílias, já que podem vivenciar problemas sociais, culturais, físicos e psicológicos. (Correia; Barros; Colvero, 2011, p. 60)

Essas características indicam claramente a potencialidade da atenção básica se constituir no plano privilegiado para o acolhimento das necessidades em saúde mental, com intervenções que rompem com o modelo manicomial e segregador. Além disso, consideramos que a articulação desse nível de atenção aos outros serviços substitutivos na Rede de Atenção Psicossocial é estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde, que se faz urgente em nossa realidade, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Esses princípios, resultantes da Reforma Sanitária brasileira, encontram-se regidos pela organização dos serviços, através da descentralização, municipalização, integralização das ações, regionalização, hierarquização da prestação de serviços, e da inserção dos usuários como co-partícipes do processo de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde; nas condições de acesso e qualidade, através de uma cobertura universalizada, equânime e de qualidade, que ofereça assistência necessária aos usuários; e uma política de recursos humanos, onde os sujeitos recebam uma formação integrada aos princípios de saúde e condições dignas de trabalho, incluindo aí a educação permanente dos recursos humanos. Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos humanos e a falta de qualificação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender as pessoas com problemas de saúde mental é, de fato, uma tarefa muito complexa (LANCETTI, 2006)

Nessa compreensão, baseamos na ideia de que urge estimular ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e dos problemas mais graves de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Considera-se, pois, que a articulação entre a atenção básica e a rede substitutiva de saúde mental se impõe como algo inadiável. Organizar a atenção à saúde mental em rede é uma prioridade no sentido de se produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade ao portador de transtorno mental.

Ao adotar o território, como estratégia, fortalece a ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem, devendo a atitude terapêutica se basear não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento (BRÊDA et al, 2005, p. 451).

A atual proposição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) consiste na organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com garantia do acesso e da qualidade dos serviços através do estabelecimento de ações intersetoriais e assistência multiprofissional para garantir a integralidade do cuidado. E tem como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial, garantindo a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo.

A articulação entre a atenção básica e o Centro de Atenção Psicossocial é um desafio a ser enfrentado atualmente, e a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços com garantia de continuidade da atenção dependem da efetivação dessa articulação, de forma dialógica, pactuada e transversal.

Diante do exposto, cabe ressaltar a importância do CAPS no território e sua articulação com a atenção básica, reafirmando sua vocação e seu mandato de cuidado no território, integrando-se na RAPS. Dessa maneira, a saúde mental na rede básica desempenha um papel fundamental ao contribuir com seus saberes para aumentar a capacidade resolutiva das equipes; nesse sentido, pretende-se superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental. Permite-se, assim, lidar com a saúde de uma forma ampliada e integrada através desse saber interdisciplinar, e, por outro lado, ampliar o olhar das equipes nas unidades básicas de saúde em relação aos usuários, às famílias e ao território, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua.

As equipes dos CAPS são co-responsáveis pela gestão dos projetos terapêuticos e atuam como matriciadores das equipes básicas de saúde. O matriciamento é um dos principais pontos na interface saúde mental/atenção básica, que consiste no trabalho de equipes matriciais, especializadas, que participam em espaços de discussão de casos e condutas técnicas, numa modalidade de trabalho que envolve a pactuação de ações e o compartilhamento de responsabilidades entre as equipes. Nesse âmbito, a equipe do CAPS se torna referência para atenção à Saúde Mental da população adscrita aos territórios das unidades básicas de saúde por ele matriciadas.

Assim, no sentido de refletir sobre a viabilidade e impasses na construção da RAPS, consideramos oportuna a reflexão sobre experiências nas quais a atenção à saúde mental ofertada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, em interface com outros serviços da rede substitutiva de saúde mental, esteja se desenvolvendo ou tentando se desenvolver em torno de uma prática mais integral, transformadora, política e socialmente contextualizada. Há de se reconhecê-las, analisar as condições que tornam possível a constituição da RAPS e refletir sobre os potenciais e limites destas experiências.

Nesta perspectiva, este estudo analisou a experiência da relação dos serviços de atenção básica com o serviço substitutivo de saúde mental no âmbito municipal. Escolhemos o município de Areia Branca-RN, onde vem ocorrendo um processo de implementação da proposta de uma efetiva articulação do CAPS e da Estratégia Saúde da Família/ESF e identificam-se alguns avanços como a proposta da Coordenação em Saúde Mental municipal de capacitar os profissionais envolvidos e ampliar e garantir o acesso à atenção psicossocial a todos os usuários que necessitem de atenção em saúde mental. Essa escolha ocorreu ainda em virtude de a pesquisadora desenvolver seu trabalho nesse município, onde surgiram inquietações sobre o tema, principalmente, no que diz respeito à articulação entre a atenção básica e a rede substitutiva de saúde mental no município.

O interesse pela pesquisa foi evidenciado a partir do encontro entre profissionais das sete equipes de ESF, do CAPS I da região e da coordenação de saúde mental do município supracitado na semana de saúde mental do ano de 2011. Neste, mesmo com todas as experiências bem sucedidas realizadas no município, as iniciativas de gestores locais e a existência de um campo de discussão consolidado em relação à saúde mental na atenção básica e a articulação necessária entre os serviços e equipes, ficou evidente que os modos de cuidado produzidos na perspectiva da integralidade parecem ainda muito incipientes.

Neste encontro e ao longo da minha prática profissional, observando esta realidade da saúde mental local, muitas questões relativas à saúde mental na atenção básica emergiram e, dentre elas, destacamos como questões de investigação: como se dá a relação entre as equipes de saúde da família e a equipe do CAPS da região? É possível falar em articulação em rede destes serviços? Tal articulação atende às exigências da constituição de uma rede de atenção psicossocial no SUS? Como se dá a atenção em saúde mental? Quais dificuldades estas equipes enfrentam na atenção à saúde mental? Que estratégias desenvolveram na atenção à saúde mental? Que potencialidades locais existem para a constituição de uma RAPS?

Como forma de possibilitar reflexões sobre esses questionamentos, desenvolvemos uma pesquisa com o objetivo geral de investigar como se dá a relação entre as equipes de ESF

e a equipe de CAPS na atenção à saúde mental no município de Areia Branca – RN, e com os objetivos específicos de identificar limites e dificuldades na relação entre as equipes da ESF e do CAPS, potencialidades para articulação entre as equipes da ESF e do CAPS para a constituição da RAPS local.

Com isso, partindo das considerações feitas sobre o tema, iniciamos nosso estudo, cuja exposição encontra-se distribuída em seis capítulos.

No primeiro capítulo, são detalhados os procedimentos metodológicos utilizados no estudo.

No segundo capítulo, é abordada a construção histórica da atenção primária à saúde, apontando a estratégia saúde da família enquanto reorientadora do modelo assistencial no SUS.

No terceiro capítulo, discorremos sobre a reforma psiquiátrica enquanto potencializadora da configuração dos modelos substitutivos em saúde mental em uma nova relação de cuidado.

No quarto capítulo, trazemos a relação entre a atenção básica e saúde mental na configuração da rede de atenção psicossocial.

No quinto capítulo, focaliza a discussão nos resultados da análise dos dados coletados com os atores da pesquisa, e traz reflexões sobre a situação da saúde mental, suas dificuldades e potencialidades, no município de Areia Branca.

Por fim encontramos no sexto capítulo as considerações finais do nosso estudo.

1. O TRABALHO DE CAMPO: ASPECTOS METODOLÓGICOS, ÉTICOS E A CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO, DOS SUJEITOS E DAS TÉCNICAS DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com desenho metodológico de natureza qualitativa uma vez que se buscou trabalhar com o universo de significados, motivos, valores e atitudes, ou seja, com “um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de resultados” (MINAYO, 1994, p. 21). Essa abordagem é justificada, uma vez que se preocupa em investigar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, fornecendo análises mais detalhadas sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendência de comportamento dos sujeitos envolvidos (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Para efetivação dos objetivos propostos, realizamos uma entrevista semiestruturada, direcionada ao representante da gestão municipal, como forma de identificarmos a compreensão do mesmo sobre a atenção em saúde mental, bem como identificarmos como se estrutura a atenção em saúde mental no município de Areia Branca/RN. Vale ressaltar que a entrevista deveria ser realizada com o coordenador de Saúde Mental do município, mas no momento inexistia essa pessoa responsável pela coordenação, e quem estava à frente das questões referentes à saúde mental era esse participante do nosso estudo.

A entrevista é “uma conversação efetuada face a face”, de maneira metódica (MARCONI; LAKATOS, 2009) possibilitando uma visão ampla do que se quer investigar.

A entrevista realizada foi do tipo semiestruturada, para a qual se utilizou um roteiro contendo perguntas abertas (APÊNDICE C). A entrevista semiestruturada foi escolhida como técnica de coleta de dados por ser o procedimento mais adequado ao nosso objeto de estudo e aos objetivos da pesquisa.

Através dela o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto

sujeitos – objeto da pesquisa que vivenciam numa determinada realidade que está sendo focalizada (MINAYO, 1994, p. 57).

Com esta entrevista foi possível ver como o gestor municipal pensa o futuro da saúde mental no município, em termos da gestão municipal, e colher informações-chave para escolha dos temas dos grupos focais.

Posteriormente foram realizados grupos focais com as equipes de saúde da família e do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do município. A essência do grupo focal consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, e objetiva produzir dados a partir da discussão focada em tópicos específicos que precisam ser aprofundados, ou melhor, compreendidos daquilo que foi obtido com a entrevista individual. Pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço, tendo como uma de suas maiores riquezas a tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos.

Em relação à importância desta técnica, Minayo afirma que:

O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (MINAYO, 2000, p. 129).

Os grupos tiveram como eixos focais de discussão os seguintes temas: 1) demanda de saúde mental atendida pelas equipes; 2) dificuldades enfrentadas na atenção às famílias com demandas de saúde mental; 3) articulação entre as equipes de ESF e o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e 4) potencialidades existentes e recursos necessários para qualificação da atenção em saúde mental em Areia Branca (ver roteiros para grupos focais em apêndice).

Foram realizados três grupos focais, sendo um com uma equipe da Estratégia Saúde da Família da zona rural, um com uma equipe da Estratégia Saúde da Família da zona urbana e outro com a equipe do CAPS.

Vale ressaltar que foram escolhidas duas equipes de ESF, sendo uma unidade de zona rural e outra de zona urbana, pois possibilitaria o conhecimento de realidades diferentes como forma representativa. E que essas equipes foram escolhidas a partir de um levantamento feito

pela própria pesquisadora no CAPS, elencando as unidades de saúde da família que possuíam mais usuários atendidos por esse serviço.

Os participantes desse estudo foram profissionais de duas equipes da Estratégia Saúde da Família (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde), bem como profissionais da equipe do CAPS, que demonstraram interesse e disponibilidade em participar do mesmo. Contemplamos, ainda, o responsável pela condução/gestão da saúde mental no município por compreendermos que a reorientação desse processo não acontece somente a partir da vontade dos profissionais. Totalizaram 22 participantes da pesquisa.

Realizamos observações e conversas informais no campo de pesquisa no momento em que fomos aos serviços para agendamento das datas de execução dos procedimentos metodológicos. Esses momentos são entendidos como forma de encontro com a realidade e o cotidiano no qual está inserido o objeto de nossa investigação, onde foi possível ampliar o olhar para o objeto a ser estudado através da observação do espaço escolhido para a pesquisa, com o intuito de se apropriar da realidade concreta.

Os momentos de encontro com as equipes foram registrados em diário de campo e a entrevista e falas dos grupos focais foram gravadas em áudio.

1.2. IMPLICAÇÃO NO CAMPO – O LUGAR DA PESQUISADORA

A escolha por essa pesquisa ocorreu em virtude de a pesquisadora desenvolver seu trabalho no município de Areia Branca, como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, onde era perceptível uma extensa demanda de saúde mental, despreparo dos profissionais para atender a essa demanda e dificuldade de articulação entre a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial, enquanto espaço de atuação conjunta.

Ainda como fator de desfecho para a pesquisa, a pesquisadora participou de um levantamento de dados realizado no município de Areia Branca com relação à saúde mental que mostrou uma situação desfavorável em relação à atenção a essa demanda. Esse levantamento foi realizado por todas as equipes da ESF a partir de um questionário/planilhas disponibilizados pelo Ministério da Saúde em 2009. Esse instrumento foi disponibilizado às equipes de ESF a partir de uma reunião entre os enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, Equipe Técnica do CAPS e gestão da saúde mental no município. Nesse momento,

todo o material utilizado para a coleta de dados foi apresentado, e as atividades para a coleta de dados foram sistematizadas. Posteriormente, foi realizada uma capacitação em Saúde Mental para os agentes comunitários de saúde e apresentação da planilha com orientações sobre o seu preenchimento.

Nesse momento de capacitação, foi possível observar certa resistência por parte dos Agentes Comunitários de Saúde a desenvolverem a aplicação desse instrumento de coleta de dados com a comunidade, relatavam o fato de o trabalho com a saúde mental ser algo novo, desconhecido, dentro de uma área até então pouco explorada por eles. As questões sobre uso de álcool e drogas também trouxeram alguns questionamentos sobre a forma de abordagem às famílias, sendo discutidos e definidos ainda durante a capacitação.

A partir da aplicação do questionário na comunidade pelos agentes comunitários de saúde se configurou a seguinte situação: 595 pessoas tomam ou já tomaram remédio controlado; 321 já fizeram ou fazem consulta com médico psiquiatra; 70 já estiveram internadas em hospital psiquiátrico alguma vez na vida; 15 pessoas encontram-se trancadas ou presas em um quarto (caracterizando cárcere privado); 91 têm andado muito caladas, isolando-se socialmente e já não têm ânimo; 166 fazem uso abusivo de álcool e isso tem causado problemas a eles mesmos e à família; 116 usam drogas como maconha, cocaína, crack; 70 ficam descontroladas, oferecendo riscos para si e para os outros.

Em contrapartida, encontravam-se cadastrados no CAPS 808 usuários, sendo 6 pacientes residentes de outro município. E eram realizados apenas 100 atendimentos mensais, incluindo os retornos, com repetição de pacientes nessa contagem. Os pacientes de álcool e drogas não eram/são atendidos pelo CAPS, sendo atendidos pelo Centro de Saúde – onde se tem 01 psiquiatra e 03 psicólogos para atender tal demanda de usuários.

Diante desta realidade, a gestão de saúde mental do município promoveu um encontro entre profissionais das sete equipes de ESF, do CAPS I da região e da coordenação de saúde mental do município na semana de saúde mental do ano de 2011. Neste, mesmo com a existência de um campo de discussão consolidado em relação à saúde mental e a articulação necessária entre os serviços e equipes, ficou evidente que os modos de cuidado produzidos na perspectiva da integralidade pareciam ainda muito incipientes.

Neste encontro e ao longo da minha prática profissional, muitas questões relativas à saúde mental na atenção básica emergiram e, dentre elas, destacamos como questões de investigação: Como se dá a relação entre as equipes de saúde da família e a equipe do CAPS da região? É possível falar em articulação em rede destes serviços? Tal articulação atende às exigências da constituição de uma rede de atenção psicossocial no SUS? Como se dá a

atenção em saúde mental? Quais dificuldades estas equipes enfrentam na atenção à saúde mental? Que estratégias desenvolveram na atenção à saúde mental? Que potencialidades locais existem para a constituição de uma RAPS?

Como forma de possibilitar reflexões sobre esses questionamentos, tivemos como objetivo investigar como se dá a relação entre as equipes de ESF e a equipe de CAPS na atenção à saúde mental no município de Areia Branca a partir dos discursos dos profissionais.

1.3. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Município de Areia Branca/RN, mais especificamente no espaço da Estratégia Saúde da Família e no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, constituindo-se em campo, já que, segundo Minayo (1994) representa uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação.

Areia Branca é um município brasileiro localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte, na região da Costa Branca. Por estar na foz dos rios Mossoró, Apodi-Mossoró e Ivypanin, os quais se intercedem nos extremos da cidade e, juntamente ao Oceano Atlântico, circundando-a, Areia Branca caracteriza-se como uma ilha.

Tal qual sugerido pelo seu nome, a cidade de Areia Branca é conhecida pelas suas belas praias paradisíacas de areias brancas, dunas e falésias, além de uma porção territorial dominada pelo sertão, apresentado uma das mais ricas e variáveis formações geográficas do estado do Rio Grande do Norte. Areia Branca também é lembrada pela sua massiva produção de sal, a qual lhe rendeu o título de “Terra do Sal”.

O município foi emancipado de Mossoró através da Lei nº 10, de 16 de fevereiro de 1892. Foi fundado em 31 de março de 1892.

Limita-se com os municípios de Grossos (oeste), Mossoró e Serra do Mel (sul) e Porto do Mangue (leste). Ao norte é banhado pelo Oceano Atlântico.

Segundo a fonte do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2008 sua população era estimada em 25.147 habitantes. Área territorial de 358 Km².

A sede do município está a 4° 57' 22" de latitude sul e 37° 08' 13" de longitude oeste. A altitude é de 03m acima do nível do mar e a distância rodoviária até a capital é de 330 km.

A pluviosidade média aferida no município, segundo o IDEMA é de 693,6mm. Ainda de acordo com o IDEMA, o solo da região é do tipo latossolo vermelho amarelo eutrófico. O

solo tem aptidão restrita para lavoura. É apto para culturas de ciclo longo como algodão arbóreo, sisal, caju e coco.

A economia em sua maior parte está voltada para a pesca, extração do sal e do petróleo e ainda a expansão do turismo, que nos últimos anos tem sido bastante explorado através do polo costa branca.

Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0.71 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000), estando em 13º lugar no ranking estadual. De acordo com dados do IPEA do ano de 1996, o PIB era estimado em R\$ 53,90 milhões, sendo que 1,3% correspondia às atividades baseadas na agricultura e na pecuária, 48,0% à indústria e 50,7% ao setor de serviços. O PIB per capita era de R\$ 2.607,12. Em 2002, conforme estimativas do IBGE, o PIB havia evoluído para R\$ 248,04 milhões e o PIB *per capita* para R\$ 10.828,00.

Com relação à educação, existe no município uma grande taxa de analfabetismo: analfabetos com mais de quinze anos: 21,07% (IBGE, Censo 2000). Nesse sentido, a prefeitura municipal de Areia Branca, através da Secretaria de Educação, tem desenvolvido projetos visando à erradicação do analfabetismo e da evasão escolar no município.

Com relação à saúde, o município dispõe de 49 leitos hospitalares, todos disponíveis para pacientes do Sistema Único de Saúde (2002, IBGE). O Hospital atende às urgências e emergências clínicas, realizando atualmente todo um serviço de reforma de sua estrutura física e consequente ampliação dos serviços.

O município possui atualmente sete equipes de Saúde da Família cadastradas, o que equivale a cerca de 95% de cobertura da população total. As equipes são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos e auxiliar de consultório dentário. Para dar suporte às equipes de saúde da família da zona rural, dispõe-se de duas Unidades Móveis com consultório médico, odontológico e de enfermagem.

Existe no município o Centro de Saúde (centro de especialidades) que oferece atendimento em Cardiologia, Pediatria, Ginecologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Urologia, Psiquiatria, Ortopedia, Clínica Geral, Mastologia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Odontologia, Psicologia, Nutrição, Podologia, Serviço Social e Enfermagem.

Existe um Centro de Reabilitação atuando com Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

A saúde conta com um Centro de Atenção Psicossocial I, disponibilizando uma atenção interdisciplinar e psicossocial, através de uma equipe multiprofissional, com atendimento em Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional, Psicopedagogia, Pedagogia,

Educação Física, Serviço Social e Enfermagem. Além do atendimento em ambulatório com profissionais de Psicologia e Psiquiatria, atendendo a outras demandas.

Tem-se ainda no município o NASF, Núcleo de Atenção à Saúde da Família, que através de uma equipe multiprofissional compartilha e apóia práticas de saúde com vistas à melhoria e qualificação dos serviços no município.

1.4. ANÁLISE DOS DADOS

A análise do material coletado consistiu da interpretação do mesmo articulado ao conhecimento apreendido com a leitura crítica do referencial bibliográfico trabalhado, possibilitando a comparação com teorias já existentes e a formulação de novas proposições.

No tratamento dos dados obtidos através da entrevista e dos grupos focais foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de BARDIN (2009), que consiste em procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos.

Todas as falas gravadas em áudio foram transformadas em textos escritos que, conforme Meihy (1991) passam pelas etapas de transcrição, processo de mudança do estágio da gravação oral para o código escrito. Após a escuta detalhada das falas da entrevista e dos grupos focais elas foram escritas na íntegra.

A organização da análise de conteúdo, utilizando as técnicas de BARDIN (2009), neste estudo teve a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise, foi disposto o material transcrito e realizada uma breve leitura do mesmo. Os textos transcritos compuseram o *Corpus*, que “é o conjunto de documentos submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 2009, p. 90).

Procedeu-se então a exploração do material, com a leitura mais aprofundada do material transcrito, elencando trechos relevantes em relação à temática e posterior definição das categorias de análise que se alinhavam aos temas discutidos nos grupos focais e na entrevista.

A análise dos dados obtidos foi realizada com base nas seguintes categorias temáticas:
1) Demandas de saúde mental; 2) Práticas profissionais e produção do cuidado na atenção à

saúde mental; 3) A rede de atenção psicossocial (RAPS): dificuldades e possibilidades de articulação para a atenção.

O tratamento dos resultados, inferência e interpretação do pesquisador ocorreu a partir da análise de conteúdo que fornece informações qualitativas que possibilitam reflexões do leitor crítico com base no emissor, receptor, código e significação.

Será proposta uma apresentação dos resultados dessa pesquisa para os profissionais da Estratégia Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial, Hospital, Centro de Saúde, Núcleo de Atenção à Saúde da Família e gestão municipal, como forma de pensarmos em estratégias de intervenção nessa realidade do município de Areia Branca, com vistas à formação da Rede de Atenção Psicossocial.

1.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todo este estudo foi realizado com base nos princípios da ética e bioética, estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, por meio do CAAE 21760913.2.0000.5292 e parecer de aprovação 418.763 (ANEXO A).

Para a realização da pesquisa, foi solicitada a prévia permissão junto à Secretaria Municipal de Saúde de Areia Branca – RN, para a qual foi encaminhado o presente estudo em forma inicial de pré-projeto de pesquisa, anexando-o uma carta de anuência solicitando-lhe autorização (APÊNDICE A).

Foram respeitados os princípios da privacidade e confidencialidade dos sujeitos. A entrevista foi realizada individualmente e nos grupos focais não foi permitida a entrada de outras pessoas que não estavam inseridas nos grupos, bem como não foi permitido o acesso de outras pessoas às respostas prestadas. Em nenhum momento haverá informação personalizada e o anonimato será assegurado, sendo que em hipótese alguma serão divulgados dados de identificação dos sujeitos arrolados nesta pesquisa. Desse modo, como forma de assegurar o anonimato dos participantes da pesquisa, estes foram identificados por número e serviço no qual estavam inseridos (Ex: Profissional 1 – ESF rural).

Não foi concebido nenhum tipo de benefício material e/ou financeiro, promoção ou prêmio. Procuramos causar o mínimo de riscos possível, não sendo relatado por nenhum

participante sequer desconforto ou constrangimento durante a pesquisa. Para evitar e/ou minimizar os riscos, a entrevista e os grupos focais, a leitura e transcrição dos dados, foram realizados pela própria pesquisadora. Os grupos focais tiveram metodologia de comunicação aberta dos participantes, que dialogavam apenas quando se sentiram à vontade para participar, pois não houve interrogações diretas.

Todos os participantes receberam informações sobre os objetivos, justificativa, metodologia, riscos e benefícios da pesquisa e em qualquer aspecto que desejassem, bem como estavam livres para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a qualquer momento a sua participação. A participação foi voluntária e a recusa não acarretaria qualquer penalidade ou perda de direitos. Por outro lado, a livre participação dos mesmos foi garantida com a obtenção da autorização para gravação das falas da entrevista e grupos focais firmando a pactuação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B).

Uma via do TCLE será arquivada pela pesquisadora responsável, por um período mínimo de 5 anos, e outra via foi entregue ao sujeito da pesquisa. É salutar informar que nenhum sujeito da pesquisa recusou-se a participar da mesma.

2. A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2.1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO SUS

As primeiras décadas do século XX foram marcadas por um grande crescimento da economia agroexportadora no Brasil. No entanto, concomitante a esse desenvolvimento econômico, houve uma crise socioeconômica e sanitária no país, uma vez que as doenças pestilenciais e de massa afetavam diretamente a saúde da população e os interesses econômicos, ligados à atividade exportadora cafeeira.

Para o governo, era imprescindível a adoção de medidas que minimizassem os efeitos prejudiciais ao capital e normalizassem as relações comerciais com o exterior. Nesse sentido, pressionado pela política externa, instituiu medidas de higiene e saúde através de campanhas sanitárias, sob a coordenação dos médicos sanitaristas Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, campanhas estas detentoras de um caráter autoritário na busca de combater as epidemias e os “maus hábitos” da população.

As campanhas de saúde pública eram organizadas de tal forma, que se assemelhavam às campanhas militares, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os doentes portadores de doenças contagiosas e obrigando, pela força, ao emprego de práticas sanitárias (GRIEP; CAMPIOL, 2004, p. 103).

Dentre as intervenções do Estado na saúde, as práticas sanitárias eram as mais significativas, visto que a situação de saúde no Brasil era deficiente: não existiam hospitais públicos, apenas entidades filantrópicas e a assistência médica familiar destinada aos que podiam pagar pelos serviços prestados. As práticas sanitárias visavam à vigilância do espaço urbano e de elementos que pudessem ser fonte de doenças, como os espaços de circulação de mercadorias, cemitérios, vilas, alimentos, água e o ar.

O modelo de Saúde Pública instituído no Brasil no início do século XX estava voltado para o atendimento dos problemas sanitários através do desenvolvimento de ações preventivas/campanhistas.

A Saúde Pública se configurava como esse conjunto de ações fornecedoras de mínimas condições sanitárias que viessem debelar os fatores de aparecimento de doenças comuns ao meio urbano, em atendimento às forças do capital (SILVA apud TIMOTEO, 1999, p. 74).

Esse modelo tem origem na Europa no século XVIII com a medicina moderna, a partir das descobertas no campo da biologia, fisiopatologia, da química e da física. Sua aplicabilidade no enfoque da doença enquanto fenômeno passível de ser explicado faz romper com a visão teológica da doença, segundo a qual a saúde/doença é resultante do agrado e da ira dos deuses respectivamente; e passa a exercer uma prática pautada pelos princípios universais da ciência, do progresso e da razão.

A Saúde Pública é permeada pela visão naturalista e unicausal, onde a saúde/doença é resultado do equilíbrio/desequilíbrio entre homem e o meio ambiente. Os sinais vitais (pulso, respiração, temperatura e pressão arterial sistêmica) seriam expressões da estabilidade entre o organismo e o meio ambiente e a doença representaria a desordenação.

Os princípios gerais que norteavam a nosologia na época baseavam-se nas teses de Goldstein, que apontavam para a definição do estado normal de um organismo, como sendo um conjunto de reações, no qual o ser vivo atenderia às exigências do seu ambiente, vivendo em harmonia com seu meio e apresentando estabilidade e ordem (CANGUILHEM apud TIMOTEO, 1999, p. 5).

Essa tendência objetivava principalmente assegurar o corpo social para o êxito econômico. Assim, o Estado se encarregava de ações direcionadas aos problemas de doenças e bem-estar das populações, que eram alcançadas através de regras gerais de higiene e estabelecimento de condutas pessoais, hábitos e normas de comportamento.

No Brasil, as políticas de saúde eram desenvolvidas nas primeiras décadas do século XX, através de Serviços Especializados contra doenças endêmicas e pestilenciais, tais como: a Malária, Febre Amarela, Tuberculose, Peste Bubônica, Lepra, entre outras, que acometiam grandes massas populacionais. A ação médica, antes de tudo, deveria impedir o surgimento da doença, proteger o indivíduo e a sociedade do que pudesse interferir na ordem, no bem-estar físico e moral e conseqüentemente na força de trabalho (TIMOTEO, 1999, p. 6).

Em 1923, era então criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). A orientação dessa época baseava-se no propósito de garantir o saneamento dos portos, uma vez que as epidemias e endemias que assolavam o Brasil colocavam em risco a saúde dos tripulantes dos navios estrangeiros, trazendo como consequências a ameaça dos países que comercializavam com o Brasil de cortarem as transações comerciais, caso o mesmo não saneasse seus portos.

A partir dos anos 30 do século XX, com as mudanças estruturais ocorridas no país, modificam-se as políticas de saúde. A criação do sistema previdenciário e a expansão da rede hospitalar determinaram mudanças na oferta dos serviços e na exigência de um novo perfil de trabalhador da área da saúde. O modelo de saúde pública começava a experimentar o seu declínio em detrimento da expansão da atenção curativa, individual e hospitalar. É nesse contexto que acontece a modernização dos hospitais públicos.

Nesta década tem-se início o processo de industrialização, que se tornou possível graças à determinação de políticas econômicas de diminuição de tarifas e impostos, para estimular a implantação de indústrias nos países de economia periférica. Essa industrialização ampliou-se por sustentada a ideia de que aumentaria o número de assalariados, ampliaria o mercado, proporcionando a acumulação de capital, e conseqüentemente possibilitaria a distribuição de bens e serviços gerados pelo crescimento econômico. Contudo, para que isso fosse possível, era necessária a participação do Estado como fornecedor de infraestrutura para a implantação dessas indústrias. Então, emerge o fortalecimento da modernidade industrial no Brasil, viabilizada por aparatos do Estado de forma a garantir a força de trabalho necessária ao processo de industrialização.

Com essas transformações no plano econômico, aumentou-se o êxodo rural e o contingente populacional urbano e conseqüente aceleração do processo de urbanização, ou seja, desencadeou mudanças no padrão demográfico, epidemiológico, gerando novas demandas para a saúde da população.

O processo de industrialização e o ritmo de urbanização impulsionavam medidas estratégicas adotadas no campo social e na saúde, como forma política de proteção de mão-de-obra e de aumento da produtividade, ao mesmo tempo em que possibilitava que o setor se tornasse um rentável meio de produção industrial e comercial de máquinas, equipamentos e recursos farmacêuticos, semelhante ao processo de trabalho industrial (NOGUEIRA apud TIMOTEO, 1999, p. 8).

O modelo destinado à Saúde Pública nesse período voltava-se para o ser individual, especificamente, para o trabalhador previdenciário, com o objetivo de manutenção de mão-de-obra necessária para o mercado. Nesse sentido, o governo fortaleceu a Previdência, atendendo dessa forma as lutas sociais que exigiam uma assistência médico-hospitalar individualizada e de qualidade. Esses serviços eram comprados da rede privada através de alto investimento por parte do Estado. Assim existia uma ênfase na cura e pouca ou nenhuma valorização da prevenção.

Instalado hegemonicamente na saúde, o modelo biomédico é pautado nos princípios universais da ciência e da razão, definidas pelo saber técnico-científico, em que o homem, a partir da concepção cartesiana é visualizado enquanto um aglomerado de órgãos e sistemas, e, portanto, a consolidação de especialidades médicas para compreendê-las. Assim, modifica-se o foco de atuação, priorizando o enfoque biológico e curativo, em detrimento do social e preventivo, passando a tomar o hospital como polo central para o desenvolvimento de atividades.

O modelo biomédico está alicerçado de acordo com as diretrizes do modelo flexneriano, alicerçado pelo mecanicismo, tecnificação, biologicismo, especialidades, individualismo. Assim, o paradigma flexneriano, consolidado pelas recomendações do relatório Flexner, engloba elementos como o mecanicismo, uma vez que o corpo humano é abordado como uma máquina, que pode ser desmontada e remontada, se sua constituição e função forem apreendidas; o biologicismo, através do qual à doença é atribuída uma etiologia específica decorrente da natureza biológica; o individualismo segundo o qual é excluído o fator social enquanto determinante e determinado pelo processo saúde/doença; a especialização, já que é preponderante a profundidade do conhecimento de dimensões específicas em detrimento da compreensão globalizante dos sujeitos; a tecnificação, calcada em atos meramente técnicos que visam à reabilitação dos corpos, a ação curativa; e por fim, o curativismo, que enfatiza aspectos como o diagnóstico e a terapêutica, ou seja, o processo fisiopatológico no lugar da causa, em seus aspectos sociais. Tal forma de se pensar a saúde/doença, limitando-as às fronteiras dos fenômenos físicos, químicos e biológicos, dificulta a compreensão do ser humano em sua totalidade, enquanto ser social e histórico, e produz uma conduta que provoca o distanciamento entre o trabalhador da área da saúde e o usuário dos serviços de saúde (TIMOTEO, 1999).

Os gastos com a medicina especializada eram muito onerosos e os recursos destinados a tal fim encontravam-se delineados por uma crise financeira: os gastos ocasionados pelo excesso de convênios e credenciamentos realizados entre o governo e o setor privado de

saúde, somados à ação fraudulenta aplicada constantemente contra o órgão previdenciário, levaram a uma condição crítica dos serviços de saúde prestados. Essa crise da saúde, por seu caráter seletivo, centralizador e de ineficácia frente aos problemas sócio-sanitários do país juntamente à pressão da população por políticas de bem-estar social, a serem implantadas pelo Estado, impulsionaram a reorganização do modelo de assistência à saúde.

Surgiram propostas alternativas ao modelo hegemônico, como a medicina comunitária, que buscava fazer valer os direitos sociais da população. Estruturada a partir da crítica realizada pelo inglês Bertrand Dawson ao modelo flexneriano, essa proposta baseava-se no princípio do Estado enquanto provedor e controlador de políticas públicas, se configurando em um modelo racionalista de contenção de gastos na prestação de serviços a uma maior parcela da população, incorporando o discurso da participação popular.

A medicina comunitária, em sua constituição teórica resgata a característica coletiva das práticas em saúde; procura reintegrar atividades promocionais, preventivas e curativas como forma de tornar mais eficazes e eficientes às ações em saúde; busca a universalização dos serviços prestados e a desconcentração dos recursos, através da regionalização e hierarquização, onde há a organização da assistência através do nível de complexidade de recursos e técnicas utilizadas para solucionar os tipos de necessidades requeridas; prioriza a seleção de tecnologias comprovadamente úteis e financeiramente acessíveis, a fim de racionalizar técnicas, métodos, equipamentos e drogas de alto custo; evidencia a articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, bem como a integração de formas alternativas da medicina, visando à maior adesão da população e a consequente eficácia das ações de saúde prestadas. Esse movimento ressalta um pensar/fazer saúde em outra perspectiva, divergente do modelo excludente que predominava na área da saúde. “Trata de imprimir uma nova compreensão do processo saúde-doença, buscando entendê-lo em sua estreita relação com as condições de vida e de trabalho da população” (GERMANO, 2003, p. 366). Além disso, tal modelo reorienta para um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, rompendo com a centralização do poder e decisão médica através da delegação de atividades aos outros trabalhadores da área da saúde. Enfatiza ainda a integração ensino-serviço na busca da qualificação para uma atuação mais coletiva, evitando a individualização do atendimento.

Apesar do modelo de saúde comunitária apresentar teoricamente avanços no que diz respeito à compreensão do processo saúde-doença, este, na prática, não se configurou como estava proposto. O coletivo resgatado pela saúde comunitária restringiu-se na prática a comunidade local, negligenciando as macro-determinações do processo saúde-doença e a

assistência, embora incorporasse o princípio da universalidade, ficava limitada aos grupos vulneráveis ou de alto risco, tornando-se ações focalistas e pontuais.

Nesse sentido, a saúde comunitária enquadrou-se como uma medida de contenção de gastos, na perspectiva de dar conta, através da tecnologia simplificada, dos problemas de saúde dos grupos excluídos pelo modelo flexneriano. Entretanto, não constituiu uma maneira de superar a crise do modelo médico previdenciário, que proporcionasse a compreensão das relações existentes entre vida, trabalho e saúde da população, através da visão epidemiológica e de uma atuação coletiva em saúde. Tal contexto possibilitou discussões sobre o modelo de saúde vigente, tanto no âmbito do trabalho, quanto da academia, abrindo caminhos para o movimento da Reforma Sanitária e da idealização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em meados da década de 1970, o cenário político-econômico caracterizava-se por uma profunda crise devido ao aumento da inflação e do índice de desemprego, da precarização dos direitos trabalhistas e da deterioração das condições de vida da população, o crescimento desorganizado dos centros urbanos e a inadequação dos serviços de saúde prestados à população perante suas necessidades, produzindo elevados índices de mortalidade infantil, precários serviços de assistência à atenção básica e gastos elevados com procedimentos curativistas. Corroborando essa discussão, Mendes (1999) acrescenta que:

Nessa década a instabilidade e a crise estrutural vão expressar-se através da deterioração da situação cambial, da aceleração inflacionária, da recessão e, principalmente, da ruptura de um padrão de crescimento apoiado na articulação solidária entre Estado, empresas multinacionais e empresas privadas nacionais.

Essa crise orgânica do Estado, marcada por dificuldades econômicas, por um quadro de imensas desigualdades na distribuição de riquezas e qualidade de vida, e pela deficiência de respostas sociais e políticas ao modelo excludente de saúde da época, determinou a formação de interesses particularizados e a dificuldade dos pactos sociais, gerando inquietações e reivindicações sociais, resultando gradativamente em organizações mobilizadoras dos segmentos populacionais que se encontravam nas margens da sociedade. Essas reivindicações aconteciam no sentido de pressionar estruturas locais e estaduais a solucionar problemas, considerados por eles, de competência governamental, na luta pelo resgate da imensa dívida social acumulada no período militar autoritário. A busca de solução para essa crise do Estado levou a adoção de estratégias, sucessivamente sem êxito, quebrando

cada vez mais a coesão interna do regime autoritário. Na tentativa de restaurar a ordem na sociedade, reprimindo todos os movimentos discordantes, e de normalizar a economia, com vistas à legitimidade do regime militar autoritário, foi realizada uma abertura política, através de uma distensão lenta e gradual. Como estratégias de restabelecer a relação entre Estado e sociedade foram desencadeadas o abrandamento da censura na imprensa, a distensão do regime autoritário com alguns setores de oposição e, em especial as eleições, medidas essas exercidas como um processo cuidadosamente planejado, que mantinham mecanismos de controle da democratização, e interesses de um grupo no poder. No entanto, todo esse processo não atingiu os fins esperados, se tornando em um mecanismo de reativação dos movimentos sociais e do qual a oposição melhor fez uso para um maior engajamento de lutas pela redemocratização do país, favorecendo a redefinição de conceitos de participação e cidadania, em contraposição ao desgaste cada vez maior da ditadura. Nesse momento, havia um descontentamento e a necessidade de novas discussões sobre a forma de se desenvolver saúde, no sentido da melhoria dos serviços e democratização do setor.

A saúde vivia uma profunda crise, na qual se questionava sua ineficácia, denunciavam-se os altos custos, a corrupção e a má atenção médica, exacerbam-se as críticas a sua qualidade e aumentavam as reivindicações em favor de um novo sistema de saúde (TIMOTEO, 1999, p.25).

Nesse sentido, constituíram-se os estudos na área da Saúde Coletiva, incorporando elementos das ciências sociais com o objetivo de analisar os efeitos da conjuntura social na saúde. Começava-se a produzir conhecimentos dentro das universidades, especificamente, no espaço dos Departamentos da Medicina Preventiva, em um movimento de crítica à medicina preventiva como vinha sendo trabalhada e à sua base filosófica, as ciências sociais positivistas.

Buscando um relacionamento entre a produção de conhecimento e a prática política, as bases universitárias – a academia – tomaram como campo privilegiado de atuação o campo das políticas públicas, e nesse sentido o movimento sanitário começou a organizar-se como tal. Sua organização transcenderia seu objeto específico, ao envolver-se nas lutas mais gerais naquele momento: a democratização do País e o fortalecimento das organizações da sociedade civil (SCOREL, 1998, p. 30).

Visando subsidiar o campo político ideológico desse movimento de ampliação da teoria social da saúde/doença, foram criadas em 1975 entidades civis para estudos acerca da questão da saúde o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), que através de publicações, debates, simpósios e outras atividades, começaram a sistematizar uma proposta alternativa ao modelo médico assistencial privatista. Vale salientar que o CEBES se constituiu em uma transposição de um pensamento nascido nas universidades para o seio da sociedade, e dessa forma contou com a participação de vários segmentos da sociedade brasileira. (BRAVO, 1996, p. 46).

Com a participação de vários atores sociais, distribuídos também por várias classes da sociedade, as discussões sobre a saúde ganharam corpo e fundamentação teórica, nos quais, encontros regionais, nacionais e internacionais, assim como conferências tornaram-se palcos produtores e disseminadores dessas discussões.

Como espaços de disseminação das discussões em saúde tiveram, em nível internacional, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, ex-União Soviética (URSS), de 6 a 12 de setembro de 1978, produzindo a Declaração de Alma Ata, que apontava para uma atenção à saúde mais integral e equânime pelos serviços de saúde, com a adoção de elementos essenciais para a saúde, tais como:

(...) educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil; incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos (BUSS, 2000).

Em nível nacional, houve a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1980, discutindo as ações do Ministério da Saúde com respeito à implantação e desenvolvimento de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde; O V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em Brasília, 1984, que trouxe à tona os princípios básicos norteadores das políticas públicas de saúde, cuja saúde é encarada como direito do cidadão e dever do Estado a partir da melhoria dos serviços de saúde e condições de vida da população. Bravo (1996, p. 73) acrescenta que neste simpósio a ação em saúde deveria contemplar:

(...) a implementação de uma política econômica que evitasse o desgaste e a espoliação da saúde da população e a adoção de políticas sociais que tivessem por objetivo a universalização do acesso aos serviços (saúde, previdência, educação, habitação) e a equidade desses serviços sob o controle democrático da sociedade.

Dentre os muitos eventos que foram geradores e impulsionadores do Movimento da Reforma Sanitária e de seus debates, a VIII CNS, em março de 1986, Brasília, consistiu num marco por proporcionar a elaboração de eixos centrais para a reestruturação do setor saúde, sendo parte textual da constituinte sobre saúde na Constituição Federal de 1988.

As discussões tecidas na VIII CNS permearam temas como a saúde enquanto resultado das formas de organização social da produção (inserção no mercado de trabalho) e reprodução social (inserção na sociedade); determinante e determinada pelo contexto histórico-social; e saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, configurada pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

(...) A saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como 'resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas' (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4).

A Conferência Nacional de Saúde constitui-se em um movimento que implicou na reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, construído baseado na proposta de uma ampla Reforma Sanitária, cujos princípios encontravam-se regidos pela organização dos serviços, através da descentralização, municipalização, integralização das ações, regionalização, hierarquização da prestação de serviços, e da inserção dos usuários enquanto co-partícipes do processo de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde; nas condições de acesso e qualidade, através de uma cobertura universalizada, equânime e de qualidade, que ofereça assistência necessária aos usuários; e uma política de recursos humanos, onde os sujeitos

recebam uma formação integrada aos princípios de saúde e condições dignas de trabalho, incluindo aí a permanente capacitação da equipe multiprofissional.

É na perspectiva de maior controle e participação popular nas instâncias decisórias do Estado, que movimentos sociais se aliam no esforço pelas reformas constitucionais. Então, em 1988, é aprovada a Constituição Federal que, dentre outros avanços, apresentava a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, assegurando ao cidadão atenção integral e efetiva participação na construção das políticas de saúde.

Em 1990, era aprovada a Lei nº 8080 que reiterava ao cidadão em território nacional o direito universal à saúde, destinando ao Estado a obrigação de prover as condições necessárias ao seu pleno exercício e, para tanto, estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema oficial de saúde do país. Assim, o Sistema Único de Saúde é resultante da luta e militância de diversos atores pela Reforma Sanitária Brasileira, frente à realidade sanitária existente, e a busca por transformações nos saberes e práticas consolidados. Tal Sistema é instituído com os princípios, já em disseminação, da universalidade, equidade, integralidade e controle social, a partir das diretrizes da descentralização, hierarquização, regionalização e participação da sociedade.

A universalidade requer uma extensão de cobertura dos serviços, de modo que estes venham a se tornar acessíveis a toda população. No entanto, esse princípio não deve ser materializado apenas pela extensão de cobertura, mas pela qualificação dos bens e serviços oferecidos. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços, como a dificuldade de garantia do financiamento do sistema, bem como para o gerenciamento dos recursos financeiros, e a ineficácia do diálogo entre profissionais e usuários, muitas vezes inexistente.

O princípio de equidade vislumbra o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e a visualização de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Nesse sentido, busca tratar de forma desigual os desiguais, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos. Isso implica na redistribuição da oferta de ações e serviços, e na redefinição do perfil dessa oferta, de modo a priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas.

A Integralidade, como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), configura-se como forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas nele exercidas, contrastando-as com as características vigentes, porém seu processo de construção e implementação talvez seja, nos dias de hoje, o maior desafio da saúde no Brasil, não como questão constitucional ou política, mas como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tomados como tradição.

De acordo com a perspectiva da Integralidade, as ações de saúde devem ser implementadas de forma que supere a dicotomia cura/prevenção, devendo os serviços funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral que está submetido às mais variadas formas de produção e reprodução social, ou seja, as mais diferentes situações de trabalho e de vida. Portanto, os usuários dos serviços de saúde não devem ser visualizados enquanto um aglomerado de órgãos e sistemas e desvinculados do mundo, mas enquanto integridade bio-psico-social-cultural. Nesse sentido, a atenção integral prima pela efetivação de ações de promoção, prevenção e de recuperação da saúde, onde estas formam um todo indivisível que não pode ser compartimentalizadas, assim como os diversos graus de complexidade dos serviços.

A descentralização da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios. Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes.

A regionalização e a hierarquização dos serviços dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos entre si e com a população. A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo. A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contrarreferência de usuários e de informações. O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também

implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza.

Assim, é perceptível que a Reforma Sanitária que instituiu o SUS constituiu, portanto, no movimento de luta por transformações no modo de pensar/fazer saúde coerente com as necessidades de saúde de amplo contingente populacional.

A Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES, 1999, p. 42).

Entretanto, apesar do ímpeto reformista do momento, as mudanças que ocorreram não foram suficientes para modificar a lógica burocrática e autoritária dos mecanismos formais e institucionais do Estado. Permanecem os quadros de ineficácia e ineficiência, agravados pela crescente obsolescência e descomprometimento progressivo dos serviços públicos pelo Estado e principalmente, pela privatização do patrimônio estatal e desenvolvimento de ações focalistas/assistencialistas, o que gerou um clima de descontentamento na população.

Um dos entraves maiores para a efetivação do Sistema Único de Saúde, em seus princípios e diretrizes, é a formação inadequada dos trabalhadores da área da saúde, uma vez que esta, de forma hegemônica, vem assumindo uma visão biologicista, centrada em procedimentos técnico-científicos, o que desencadeia uma prática profissional permeada pela visão fragmentada e especializada do homem, dificultando a visualização deste em sua totalidade.

Na formação acadêmica, os debates sobre os paradigmas norteadores da saúde e as várias investigações e estudos críticos acerca do modelo profissional predominante, tanto na formação quanto na prática, parecem não ter sido suficientes para provocar mudanças nas concepções de ensino em saúde. O modelo flexneriano, permanecendo dominante, limita o aluno a uma formação particularizada, fracionada, sofisticada e mecânica, o que o impossibilita perceber que as relações existentes entre o modo de viver e

produzir da população, interferem no processo vital de reprodução e de desgaste biológico manifestado no homem e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida e de saúde (TIMOTEO, 1999, p. 35).

Para tanto, são necessárias medidas técnicas e administrativas no campo da saúde concomitantemente com o campo da educação, bem como medidas estruturais no setor da economia, da política e da cultura, que ultrapassem os interesses ideológicos da conjuntura neoliberal dominante, a partir da superação da fragmentação e verticalização da saúde com a renovação das práticas em saúde, o redimensionamento das questões gerenciais, e principalmente a reestruturação do processo de formação na perspectiva do princípio da integralidade da atenção à saúde.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde, profundas mudanças ocorreram nas práticas de saúde desenvolvidas, mas que ainda não foram suficientes. Para que ocorram novas mudanças, são necessárias profundas transformações na formação e na qualificação dos trabalhadores da área da saúde, processos que perpassam pelos modos de ensinar e aprender.

2.2. A ESF NO PROCESSO DE MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL NO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federativa do Brasil de 1988, foi resultante da organização, no início dos anos 80, da luta de movimentos sociais, que contaram com a participação de profissionais da saúde, intelectuais, políticos, sociedade civil organizada, gestores e que tinham como objetivo a mudança do modelo de saúde vigente.

O SUS indica características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com as características vigentes, em que temos o modelo biomédico centrado na doença, hospitalocêntrico e excessivamente tecnicista.

O debate acerca do Sistema Único de Saúde desde sua instituição legal tem sido enriquecedor do ponto de vista da ampliação da compreensão sobre as formas de cuidar - entendendo-as para além de um dos níveis de atenção do sistema de saúde e da dimensão técnica simplificada - desde a organização dos serviços de saúde, até a formação dos trabalhadores da área da saúde, passando pelo próprio sistema em todos os seus níveis de atenção.

Apesar dos avanços nas discussões, ainda vivenciamos um modelo médico hegemônico orientado por práticas de saúde pautadas no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico, priorizando as alterações corporais, em detrimento dos sujeitos e suas necessidades, onde existe pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento, atenção, formação de vínculos, responsabilizações, ou seja, para a atenção integral à saúde.

É evidente a manutenção de uma prioridade da assistência médica, com poucas referências ao conjunto de ações do âmbito de proteção da saúde, revelando assim um modo de pensar e agir em saúde que não incorpora os fatores de risco e os determinantes dos modos de adoecer e morrer.

No processo de construção de práticas de saúde devem ser buscados aspectos demográficos, culturais, políticos, socioeconômicos, epidemiológicos e sanitários, visando à priorização de problemas de grupos sociais inseridos em uma determinada realidade territorial. Nesse sentido, no contexto do SUS, a Atenção Básica de Saúde “caracteriza-se por um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, (...) considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural” (OGATA et al, 2009, p. 821)

A Atenção Básica tem a Estratégia Saúde da Família enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial, na busca de superar o desafio da saúde não como questão constitucional ou política, mas como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tomados como tradição.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge em resposta à crise do modelo médico-clínico, propondo uma real mudança na forma de pensar a saúde, uma vez que o modelo assistencial predominante no país ainda não contempla os princípios do SUS, ou seja, a assistência permanece individualizada, baseada na cura e na medicalização com baixa resolutividade e baixo impacto social (OGATA et al, 2009, p. 821)

A ESF se constitui enquanto proposta reorganizadora dos serviços e práticas em saúde, no que diz respeito aos modos de produzir saúde e nos modos de gerir os processos de trabalho. Diferentemente do paradigma de cura da ciência médica, significa superar, ampliar e

compartilhar a clínica. Implica na construção de processos de saúde nas relações entre serviços e comunidade de forma conjunta, participativa, negociada, nos quais a gestão do cuidado é convocada a dar lugar privilegiado à forma com que as relações intersubjetivas de ajuda se organizam e se manifestam no processo de trabalho, aspectos que podem conformar cenários mais próximos do domínio ou da emancipação dos usuários. Sendo os sujeitos portadores de diversidades de emoções e significados.

Essa clínica ampliada buscaria superar os limites da Clínica Oficial de redução de seu objeto, como o enfoque desequilibrado do biológico em relação aos aspectos sociais e subjetivos das pessoas, a abordagem centrada na doença e com terapêutica excessivamente voltada para a noção de cura, entre outras. Saindo dos extremos, de privilegiar a doença, ao descartar o sujeito, ou privilegiar o sujeito, descartando a doença, a clínica do sujeito colocaria a “doença ‘entre parêntese’ apenas para permitir a reentrada, em cena, do paciente, do sujeito enfermo e em seguida, sem descartar o doente e seu contexto, voltar o olhar também para a doença do doente concreto” (CAMPOS apud SOUZA, 2003, p. 55)

Nesse sentido, significa pensar a atenção e a gestão do cuidado na estratégia saúde da família, considerando os ciclos de vida e a concepção da clínica ampliada, tendo como eixo estruturante a integralidade. Pensar a clínica do sujeito, através de uma rede de cuidado que valoriza a qualidade de vida do usuário e, por isso, tem como princípio fundamental o cuidado integral e o respeito à autonomia do sujeito em relação ao seu processo saúde/doença.

Em relação à sua saúde, deve percebê-lo como sujeito, capaz de conhecer, compreender, expressar e agir a seu modo e de acordo com sua vivência, devendo, pois, respeitar seus valores, representações e atos, reconhecendo-os como expressão legítima da sociedade da qual se origina. Dessa forma, as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e redução de danos ou sofrimentos, devem basear-se em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir a autonomia possível para sua efetivação (FARIA et al, 2008, p. 29)

A Estratégia de Saúde da Família apresenta algumas diretrizes operacionais tais como o caráter substitutivo, em que a atenção básica é a principal porta de entrada de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, com a garantia dos direitos de acesso à informação e às ações de atenção integral, com referência e contra referência aos demais níveis do sistema, e

com estímulo ao controle social; adscrição da clientela, em que a Equipe de Saúde da Família deve se responsabilizar pela população do território de sua área de abrangência; as visitas domiciliares que proporcionam uma maior aproximação da equipe de saúde com a comunidade e suas condições de vida, uma ação importante no sentido de promover a reorientação do modelo de atenção na medida em que inverte a lógica dos serviços de saúde que, até então, apresentavam uma postura passiva, ao esperar que os usuários procurassem de maneira voluntária, pela via da demanda espontânea, as unidades de saúde; e o cadastramento das famílias enquanto instrumento para coleta de dados necessários ao planejamento das ações pela equipe de Saúde da Família; o trabalho em equipe como forma de responsabilização pelos usuários.

As equipes da ESF devem estar preparadas para conhecer a realidade social, demográfica e epidemiológica das famílias sob sua responsabilidade; identificar problemas de saúde relevantes, bem como os riscos e vulnerabilidades a que essa população está exposta; elaborar um plano de atuação capaz de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença; promover assistência contínua à demanda espontânea e organizada; realizar referência e contra referência para garantir resolubilidade às necessidades sociais e promover ações intersetoriais para enfrentamento dos problemas identificados.

Um aspecto fundamental para a efetivação da Estratégia é o conhecimento do território, não apenas enquanto espaço geográfico delimitado para construir a área de atuação dos serviços, mas como local onde acontece e construção cotidiana de vida das pessoas. Conhecer o território implica, também, conhecer o seu quadro sanitário, as condições e qualidade de vida das pessoas, como reflexos das políticas públicas de saneamento, educação, moradia, alimentação, transporte, saúde, trabalho, entre outras. E conhecendo a realidade territorial, poder planejar, a partir dos indicadores de saúde, e de parcerias locais com instituições sociais, intervenções para modificação dos perfis epidemiológicos e diminuição dos riscos e vulnerabilidades existentes na área. E assim, possibilitar a melhoria da qualidade de vida da população.

Na ESF, a equipe de saúde da família deve atuar na promoção, prevenção, recuperação e na manutenção da saúde da população adstrita, com ações que buscam uma atenção integral à saúde, estabelecendo vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Nesta estratégia, a família passa a ser o foco do atendimento, levando-se em consideração suas necessidades, suas condições sociais e o meio onde está inserida, para que a equipe possa

planejar e promover as ações de saúde de forma integral e com qualidade (OGATA et al., 2009).

Assim, a fundamentação dos serviços de saúde deve compreender ações de cunho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. É necessário que a Atenção básica esteja articulada aos demais níveis de complexidade do Sistema de Saúde, de média e alta complexidade, capazes de garantir as respostas adequadas às necessidades dos usuários. Esses níveis de assistência deverão estar interligados por um sistema de referência e contra referência e sustentados por um sistema de informação que lhes garanta a unicidade necessária.

Dessa forma, partindo da compreensão da saúde-doença na sociedade como um processo político, historicamente produzido e determinado pelas condições e pela qualidade de vida das pessoas, a estratégia da ABS deve valorizar e priorizar as atividades de promoção da saúde, reconhecer a saúde como direito e orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se a universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade.

Com base nesses princípios, a clínica desenvolvida na Estratégia Saúde da Família, segundo Souza (2003), é o possível lugar do novo a ser construído. Terreno da transversalização de saberes e práticas, da produção de trabalho multiprofissional. Lugar de produção de novas subjetividades no qual seja possível intervir com competência técnica, postura ética, política e estética. Portanto, os desafios da ESF estão na desconstrução de práticas de saúde ainda influenciadas pelo modelo flexneriano, alicerçado pelo mecanicismo, tecnificação, biologicismo, especialidade, individualismo, que conceitua saúde como a ausência de doença, centrando o cuidado na cura. Visa à transformação de um modelo sanitário centrado em procedimentos para um modelo de saúde coletiva centrado na produção de cuidados.

3. REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

3.1. PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Discutir as mudanças que são exigidas para a atenção à saúde mental na atenção básica, que tem como eixo norteador a integração entre a Estratégia Saúde da Família com a rede substitutiva de saúde mental, remete à necessidade de se compreender a conformação histórica da Reforma Psiquiátrica, analisando-a em seu contexto econômico, cultural, político e social para entendermos as contradições e os limites de seu processo de efetivação, bem como as designações políticas da mesma rumo à superação do modelo manicomial e segregador e a construção de um modelo de inclusão social, de base comunitária.

Durante a antiguidade e a Idade Média, épocas marcadas pelas doenças pestilenciais, a loucura tinha um poder sobrenatural, era vista como expressão das forças da natureza ou algo da ordem do não-humano, tida como uma manifestação dos deuses, sendo, portanto, reconhecida e valorizada socialmente. O “louco” era considerado uma pessoa com poderes diversos, o que dizia era ouvido como um saber importante e necessário, capaz de interferir no destino dos homens. Nesse sentido, a loucura era exaltada, num misto de terror e atração, não havendo necessidade de seu controle e/ou exclusão (TENÓRIO, 2002).

Mais tarde, ainda sem o estigma de sujeito de desrazão ou de doente mental, era tida como possessão por espíritos maus, os quais precisavam ser extirpados mediante práticas inquisitoriais, sob o controle da Igreja.

Com o emergir do Racionalismo, a loucura deixa de pertencer ao âmbito das forças da natureza ou do divino, assumindo o status de desrazão, sendo o “louco” aquele que transgride ou ignora a moral racional. Neste contexto, surge a associação com a periculosidade, visto que, uma vez desrazoado, representa o não-controle, a ameaça e, por conseguinte, o perigo. A loucura ganha um caráter moral, passando a ser algo desqualificante, e que traz consigo um conjunto de vícios, como preguiça e irresponsabilidade (TENÓRIO, 2002).

Atrelado a isto, no sec. XVII, com o Mercantilismo, dominava o pressuposto de que a população era o bem maior de uma nação, devido ao lucro que podia trazer. Daí, todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, comércio e consumo, começam a ser encarcerados, sob a prerrogativa do controle social a tudo que fosse desviante. Velhos, crianças abandonadas, aleijados, mendigos, portadores de doenças venéreas e os

loucos passam a ocupar verdadeiros depósitos humanos, que sem condições de higiene, habitação e alimentação, passavam a se constituir como castigo para aqueles ociosos que prejudicavam o processo produtivo, e não possibilitavam a geração de lucros para a classe burguesa. Os excluídos eram isolados em setores próprios dos Hospitais Gerais. Tais Hospitais se constituíam, ao mesmo tempo, num espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão, ou seja, onde cuidado e segregação se confundem. Ali, o louco não era percebido como doente, e sim como um dentre vários personagens que haviam abandonado o caminho da Razão e do Bem.

Apenas cerca de um século mais tarde, com a Revolução Francesa (1789), cujos ideais de ‘Liberdade, Igualdade e Fraternidade’ tomavam força e impulsionavam transformações, a partir da reestruturação do espaço social, inicia-se um processo de reabsorção dos excluídos. Não mais se admitia, ao menos formalmente, o encarceramento arbitrário de nenhum cidadão, com uma única exceção: os loucos.

É perceptível que esse ímpeto reformista do momento não foi capaz de romper com as tradicionais formas de se fazer saúde mental, prevalecendo ainda o enclausuramento dos que transgrediam os valores morais da sociedade, tidos como loucos, por apresentarem perigo e ameaça aos interesses da classe dominante.

Tendo em vista sua alegada periculosidade, entendia-se que os loucos não podiam circular no espaço social como os outros cidadãos. Contudo, já não se dizia que eram pecadores, e sim doentes, que necessitavam de tratamento. Assim, com o objetivo declarado de curá-los, passaram a ser internados em instituições destinadas especificamente a eles: nasceu o manicômio (SOUZA, 2006, p. 23)

Nos manicômios ou hospitais psiquiátricos, realizava-se o tratamento moral. A doença do alienado o teria feito perder a distinção entre o bem e o mal; para ser curado ele deveria reaprendê-la. O louco era advertido e punido todas as vezes que cometesse um ato indevido, para vir a se arrepender deles. Era considerado curado quanto reconhecia seus erros, se arrependia e não os cometia mais.

Essa reclusão dos loucos nos manicômios possibilitou o nascimento da psiquiatria: começou, então, todo o trabalho de descrição e agrupamento dos diferentes tipos de sintomas e a denominação dos diversos tipos de transtornos psíquicos que fundamentam a psiquiatria moderna.

No final do sec. XVIII, em 1793, é que a loucura ganha um status de problema médico, passa a ser sinônimo de alienação mental, sendo apropriada e estudada pelo saber médico. Como figura marcante para esse avanço, aparece Pinel, que uma vez nomeado para dirigir o Hospital de Bicêtre, na França, manda desacorrentar os alienados e inscreve suas “alienações” na nosografia médica. Desse modo, a loucura, enquanto alienação, deveria ser tratada medicamente.

A iniciativa de Pinel abre duas questões importantes: se por um lado, tal iniciativa cria um campo de possibilidades terapêuticas, por outro, define um estatuto patológico e negativo para a loucura. As ideias de Pinel terminam por reforçar a separação dos loucos dos demais excluídos, a fim de estudá-los e buscar sua cura. O asilo passa a ser visto como a melhor terapêutica, onde se aplica a reclusão e disciplina, sendo seu objetivo o tratamento moral. Tal situação, ao invés de possibilitar a apropriação e tratamento da loucura pelo saber médico da psiquiatria, gerou uma ideia de periculosidade e incapacidade e a exclusão social dos loucos, retirando o direito de serem considerados iguais aos demais cidadãos, gerando a perda da sua cidadania (TENÓRIO, 2002).

Contudo, não houve qualquer avanço em termos de terapêutica: os ditos doentes mentais passaram a permanecer toda a sua vida dentro de hospitais psiquiátricos. Os manicômios não apenas cresceram enormemente em número, como se tornaram cada vez mais repressivos. O isolamento, o abandono, os maus-tratos, as péssimas condições de alimentação e de hospedagem, agravaram-se progressivamente (SOUZA, 2006, p. 24)

No Brasil, tal processo histórico de exclusão social da loucura também se dá. A chegada da Família Real ao Brasil, em 1808, constitui o marco inicial da aplicação de práticas interventivas voltadas aos desviantes, seguindo o panorama mundial de reordenamento das cidades. Os que eram destoantes dos interesses da classe social dominante eram despejados na prisão, rua, ou celas insalubres nos hospitais gerais das Santas Casas de Misericórdia.

Em 1830, frente à crítica da Sociedade Brasileira de Medicina a esse tratamento com os loucos, tem-se início no Brasil a medicalização da loucura, e a criação de asilos com melhores condições higiênicas e com tratamento moral.

Um fator histórico de extrema relevância é a fundação, em 1923, por Gustavo Heidel, da Liga Brasileira de Higiene Mental. Com características racistas e xenofóbicas, julgavam serem os problemas sociais típicos de raças inferiores, eximindo da classe dominante qualquer ônus. E elencavam a purificação da raça como a solução para qualquer tipo de problema. Nesse contexto, a psiquiatria exerce seu poder de controle social, já que os fenômenos

psíquicos e culturais passam a ser explicados apenas pelo viés biológico, e, portanto, a medicina era responsável por qualquer tipo de intervenção na sociedade.

A partir da segunda metade do século XIX se identificam as primeiras intervenções específicas no campo da saúde mental no Brasil. Em 1952, é inaugurado no Rio de Janeiro o Hospício D. Pedro II. E ganha corpo a Psiquiatria enquanto saber autônomo. Nos anos seguintes, instituições públicas foram construídas em São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Bahia.

Entre as décadas de 30 e 50 do século XX, a Psiquiatria parece acreditar ter a cura da doença mental, com a descoberta da ECT (Eletroconvulsoterapia), da Lobotomia e com o surgimento dos primeiros neurolépticos.

Ao fim da década de 1950, a situação era grave nos hospitais psiquiátricos: superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, falta de vestuários e alimentação, péssimas condições físicas.

A má fama dos hospitais públicos possibilitou a proliferação de instituições psiquiátricas privadas associadas ao poder público, obtendo o lucro fácil através da psiquiatrização dos problemas sociais de uma ampla camada da população. Eram onerosos os gastos públicos com a assistência psiquiátrica, assim como discrepante a assistência destinada aos indigentes – recebidos pela rede pública – e outra aos previdenciários e seus dependentes – encaminhados aos hospitais privados conveniados. De qualquer forma, as condições dos hospitais, privados ou públicos, continuava extremamente precária. Além disso, o poder público não exercia qualquer controle efetivo da justificativa, da qualidade e da duração das internações.

E, na década de 1960, tem-se a ascensão da rede privada de atenção à saúde mental em detrimento da rede pública, que objetivava a obtenção de lucro, e que acabou desumanizando e degradando a oferta dos serviços que eram prestados aos portadores de transtornos mentais. Essa situação gerou uma insatisfação, um processo de questionamentos, e busca por transformações no modelo assistencial asilar predominante.

Em todo o mundo, existiram diferentes movimentos de reforma psiquiátrica fruto de processos de resistência e luta contra a exclusão social da loucura e em busca de novos modos de cuidado e tratamento as pessoas consideradas portadoras de doenças mentais.

Assim, após a Segunda Guerra Mundial, e os desgastes e barbáries provocadas pela mesma, tem-se questionado os ideais que sustentavam as relações sociais, e com esses a ideia de razão e os conhecimentos que norteavam a psiquiatria. Nesse contexto, surgem, em todo o mundo, tentativas de produção de saberes que sustentassem uma nova ordem para sociedade,

capaz de minimizar os desgastes econômicos, sociais, políticos e culturais, provocados pela guerra, e acolher os sujeitos prejudicados por essas transformações, devolvendo a sua dignidade. Começa a se pensar em uma reestruturação dos hospitais psiquiátricos, no sentido de melhorar a estrutura e humanização asilar, visto se tratar de um local de cura, atrelada à necessidade de promover a criação de espaços para a recuperação de feridos e vítimas de traumas de guerra, tendo como pano de fundo as carências advindas das frentes de batalha, e a deficiência do Estado em promover segurança (TENÓRIO, 2002).

Enquanto proposta de superação do Hospital Psiquiátrico surge, no início da década de 50, na Inglaterra, o movimento das Comunidades Terapêuticas com Maxwell Jones. Este tipo de intervenção tinha sua lógica baseada na participação da comunidade na terapêutica, bem como o surgimento da democracia das relações, com ênfase na comunicação e no trabalho como instrumentos essenciais no processo de recuperação dos internos. Pretendia fazer do hospital psiquiátrico um espaço terapêutico: incentivavam os internos a participar ativamente da administração do hospital, do próprio tratamento e do tratamento uns dos outros. Davam ênfase especial à prática de reuniões, de assembleias e de outros espaços em que os pacientes pudessem ter voz ativa na instituição (AMARANTE, 2007).

Ainda como experiências reformistas encontram-se a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, ambas na França, que tinham por objetivo, respectivamente, a promoção da restauração do aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico e a recuperação da função terapêutica da Psiquiatria, sendo que, esta última, não acreditava ser possível tal obra dentro de uma instituição alienante, promovendo as ações comunitárias, tendo na internação apenas uma das etapas do tratamento. A psicoterapia institucional considerava que os hospitais psiquiátricos deveriam ser reformados para se tornarem realmente terapêuticos, e, assim, capazes de devolver os doentes à sociedade. Fortemente influenciada pela psicanálise, a psicoterapia institucional enfatizava a importância da relação terapeuta-paciente no tratamento. Buscava criar dentro do hospital um campo coletivo, ajudando o paciente a refazer seus laços com as pessoas e as coisas: estimulava práticas como ateliês, atividades de animação, festas, reuniões, etc (AMARANTE, 2007).

Essas experiências supracitadas, apesar de representarem avanços na tentativa de tratar igualitariamente os portadores de sofrimento mental, combatendo com a hierarquia e autoritarismo das relações entre funcionários e pacientes a partir de um respeito mútuo, não conseguiram possibilitar essa igualdade para além dos muros da instituição psiquiátrica, e garantir apoio ou suporte no retorno ao convívio social.

Nesse sentido, outras estratégias foram pensadas. Desenvolveu-se, na década de 1960, nos Estados Unidos, um movimento denominado de Psiquiatria Comunitária, constituindo, uma aproximação da Psiquiatria com a Saúde Pública, que buscava a prevenção e promoção da saúde mental.

Essa psiquiatria preventiva estimulava três níveis de atenção: o nível primário, que visava intervir nos aspectos individuais e ambientais de formação da doença mental; o nível secundário, que visava diagnosticar precocemente essas doenças; e o nível terciário, que busca readaptar o paciente à vida social após sua melhora. Essas iniciativas buscavam reduzir o papel do hospital psiquiátrico, criando perspectivas de tratamento na comunidade que reduzissem o número de internações.

Embora não se possa negar a tentativa de melhoria na assistência ao doente mental, bem como as contribuições trazidas por estes movimentos, pode-se dizer que não criticavam a psiquiatria e seu modo de ver e tratar a loucura, apenas reformulava sua prática. Embora houvesse uma valorização dos aspectos psicossociais do sofrimento mental, adotou-se muitas vezes uma postura medicalizante e intervencionista com relação a estes aspectos; mesmo ressaltando a importância das contribuições comunitárias, essas propostas foram formuladas e conduzidas por técnicos, sem participação dos portadores de sofrimento mental e de seus familiares na formulação das políticas de Saúde Mental; e embora buscasse criar estratégias de tratamento mais próximas do território, o hospital psiquiátrico permanecia como uma referência essencial, parecendo inconcebível um modelo de assistência que pudesse prescindir dele (SOUZA, 2006, p. 25).

Ainda na década de 60, iniciou-se, na Inglaterra, um movimento denominado de antipsiquiatria. Esse movimento promoveu um forte questionamento não só à Psiquiatria, mas ao próprio conceito de doença mental, tentando mostrar que o saber psiquiátrico não conseguia responder à questão da loucura. Para eles, a loucura é um fato social, ou seja, uma reação à violência externa, reação aos desequilíbrios familiares e à alienação social. Por conseguinte, o louco não necessitaria de tratamento, sendo este apenas acompanhado em suas vivências. Para a antipsiquiatria, os hospitais psiquiátricos eram criados para tratar as pessoas que eram acometidas pela loucura provocada pela sociedade, que como forma de minimizar a sua culpa buscava tratá-la (AMARANTE, 2007).

Entretanto, é na Itália, na década de 60, que surge o movimento que promove a maior ruptura epistemológica e metodológica entre o saber/prática psiquiátrico vivenciada até então. Ao contrário da Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática Italiana não nega a existência da doença mental, antes propõe uma nova forma de olhar para o fenômeno. Olhar que beneficia a

complexidade da loucura como algo inerente à condição humana e que vai além do domínio da psiquiatria, dizendo respeito ao sujeito, à família, à comunidade e demais atores sociais (AMARANTE, 2007; TENÓRIO, 2002).

O movimento de desinstitucionalização da psiquiatria italiana inicia-se a partir da experiência de Franco Basaglia, com contribuições do movimento das Comunidades Terapêuticas, partindo da lógica que o manicômio deve ser extinto, pois se constitui em um lugar de segregação e exclusão, e que devem ser criados espaços de inclusão social dos sujeitos e garantia da sua cidadania.

Dá-se início a um projeto mais sólido de desinstitucionalização, que tem por objetivo a desconstrução do aparato manicomial, assim como de toda a lógica de segregação que lhe é implícita. A instituição psiquiátrica deveria ser negada, enquanto saber e poder, buscando-se substituir os serviços e tratamentos oferecidos pela lógica hospitalocêntrica, com toda sua cultura de exclusão, por intervenções que visassem à reinserção social do sujeito no pleno exercício de sua cidadania. Além disso, a própria estrutura social teria que promover a revisão de valores e práticas institucionais excludentes. Trata-se de uma tentativa de colocar a doença entre parênteses, voltando toda a atenção ao sujeito, considerando sua complexidade, através de um trabalho interdisciplinar e psicossocial. (ALVES et al., 2009, p. 90)

É nesse contexto, na cidade de Trieste, que um grande hospital psiquiátrico foi gradativamente desmontado, ao mesmo tempo em que se construíram para os ex-internos saídas para o seu retorno ao convívio social. Centros de Saúde Mental funcionando 24 horas por dia, em regime aberto, passaram a atender todos os casos que antes procuravam o hospital. Criaram-se possibilidades de trânsito, trabalho, cultura e lazer para os usuários na cidade.

Tal postura não visava negar a existência da doença, nem muito menos o sofrimento vivenciado pelo sujeito, mas retirá-la do primeiro plano, permitindo sua inserção como mais um dos diversos aspectos da vida do sujeito, que mais do que doente é uma pessoa, que deve ser abordada em sua totalidade, e não resumida a um de seus aspectos. Sendo assim, parte da premissa de que deve ser produzida uma nova conceituação para a loucura, que a desvinculasse dos conceitos de ociosidade e periculosidade, e gerasse uma melhor relação de aceitabilidade da sociedade com a mesma, sem preconceitos.

Na concepção da psiquiatria democrática, os muros do manicômio simbolizavam toda a dominação das palavras, ações e decisões dos ditos loucos feita em nome da ciência. Portanto, tratava-se de assegurar aos portadores de sofrimento mental um espaço real de cidadania – ou seja, propiciar-lhes o lugar de protagonistas de uma transformação social, retomando suas próprias vidas, como legítimos habitantes da cidade. (SOUZA, 2006, p. 26)

É nessa conjuntura que se tem pela primeira vez a ideia de ser possível e necessária a extinção do hospital psiquiátrico. Foram realizados debates e mobilizações que contavam com a presença de vários segmentos sociais, não apenas dos técnicos de saúde mental.

Tais conceituações de loucura, o pensar e o fazer saúde mental, em seus avanços e retrocessos, influenciaram diversos países, e não diferentemente o Brasil, que teve a atenção à saúde mental pautada no atendimento asilar e coercitivo, onde o hospício se constituiu em *locus* privilegiado de atenção àqueles que padeciam de sofrimento psíquico.

Essa situação fez emergir vários questionamentos sobre a segregação dos portadores de sofrimento mental e sobre impasses de ordem política e cultural, que primavam pela existência de políticas públicas adequadas na área social, destinadas a toda população.

Denúncias e críticas diversas a essa situação surgem no Brasil nos anos 1970. Diversos segmentos sociais se organizaram nessa época, ao longo do processo de redemocratização do país.

Evidentemente, vários atores, tendências e evoluções se constituíram a partir daí. Contudo, adquiriu grande força no Brasil a concepção de uma Reforma Psiquiátrica mais incisiva. Em 1978, costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano.

Foi essencial, naquele momento, a interlocução com os movimentos com outros países. Um marco decisivo daquela época foi o Congresso Mineiro de Psiquiatria, ocorrido em Belo Horizonte, em 1979, com a presença de convidados internacionais do quilate de Franco Basaglia e Robert Castel, e a participação de usuários, familiares, jornalistas, sindicalistas, a discussão ampliou-se além do âmbito dos profissionais de Saúde Mental, atingindo a opinião pública de todo o país. (SOUZA, 2006, p. 30)

A década de 1980 é marcada por um processo de redemocratização do país e é neste contexto que toma forma o Movimento pela Reforma Sanitária, um espaço de luta por transformações no modo de pensar/fazer saúde coerente com as necessidades de saúde de amplo contingente populacional. Aliado ao movimento de reforma sanitária desenvolve-se também o movimento de reforma psiquiátrica brasileira.

As reivindicações aconteciam a partir da crítica à violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Expressavam uma vontade coletiva de transformação.

Vale citar um marco importante no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira: Com a aprovação do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1982, deu-se início à criação de uma política de saúde mental engajada no combate à “cultura hospitalocêntrica” vigente. Se até então a assistência era predominantemente oferecida pela rede de Hospitais Psiquiátricos privados conveniados, a partir dos anos 80, observa-se o movimento de estruturação de uma rede pública de atenção à saúde mental.

Em 1987, acontece a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental. Cujo II Encontro, em Bauru, 1987, adotou a famosa palavra de ordem “Por uma sociedade sem manicômios”, abrindo caminho para o nascimento do movimento da luta antimanicomial. Sua força, aliada a de outros parceiros, pressionou o Estado Brasileiro para a implementação de políticas públicas de Saúde Mental que representaram ganhos importantes. Nesse mesmo período temos a criação do primeiro CAPS na cidade de São Paulo, do NAPS na cidade de Santos, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações, demonstrando o potencial da Reforma Psiquiátrica.

Não podemos deixar de sublinhar a importância da Reforma Sanitária Brasileira, com as conquistas da Constituição de 1988 (por exemplo, a definição ampliada da Saúde, afirmada como direito e dever do Estado), a criação e a consolidação de um Sistema Único de Saúde, a valorização de conceitos como descentralização, municipalização, território, vínculo, responsabilização de cuidados, controle social, etc.

É neste contexto de busca de novos paradigmas que surge o Projeto de Lei 3657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado, que dispõe acerca da extinção progressiva dos manicômios e da criação de recursos assistenciais substitutivos, bem como regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

A partir deste período é que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. Na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Tal projeto representa apenas o início de uma série de mobilizações desencadeadas em todo país, que mais tarde culminou num conjunto de Leis Estaduais que definem uma rede integrada de atenção à saúde mental, dentre elas a Lei nº 44.064/94 do Estado de Pernambuco, de autoria do então Deputado Estadual Humberto Costa. Também culminam em diversas leis municipais, garantindo o processo de reforma psiquiátrica nos municípios, tais como lei 05281/01, sancionada em 19 de julho de 2001, cuja autoria é do vereador Hermano Moraes e dispõe sobre a assistência psiquiátrica e a regulamentação dos serviços de saúde mental no Município de Natal. Importantes acontecimentos como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, também marcam esse contexto de redemocratização do país.

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo, dentre elas a retirada da finalidade de extinção dos manicômios. Assim, a Lei Federal 10.216 trata da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Temos a criação de linhas de financiamento para os serviços substitutivos e a criação do programa de Volta para Casa. Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e

redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal.

No final de 2001, foi convocada a III Conferência de Saúde Mental (CNSM) e no teor de suas deliberações, condensadas em Relatório Final, é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, e são pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Desta forma, a III CNSM consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil.

O movimento nomeado de Luta Antimanicomial tem na superação do Manicômio não apenas em sua estrutura física, mas, sobretudo, ideológica, seu grande objetivo. Tal movimento se constitui em uma luta não apenas de técnicos, mas de familiares, usuários, da sociedade civil e de idealizadores. A Reforma Psiquiátrica busca a superação do manicômio como sinônimo de exclusão e enclausuramento, e a construção da cidadania dos sujeitos, do cuidado em liberdade e da reinserção social.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6)

Dá-se início à construção de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico tradicional, a partir da criação de serviços de atenção à saúde mental de caráter extra-hospitalar. Neste contexto, são constituídos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial, ambulatorios de saúde mental, hospitais-dia, centros de convivência, residências terapêuticas, dentre outros, os quais, a partir de uma abordagem interdisciplinar,

visam atender à demanda psiquiátrico-psicológica de uma determinada região geo-político-cultural.

3.2. A CONFIGURAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UMA NOVA RELAÇÃO DE CUIDADO

A Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de reestruturação da atenção ao sofrimento psíquico, se organizou em torno dos princípios de desinstitucionalização dos usuários e dos serviços de assistência, permeados pela redução progressiva dos leitos psiquiátricos, bem como da qualificação, expansão e fortalecimento de uma rede extra-hospitalar.

A Portaria 336/2002, por sua vez, dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial constituir-se-ão nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II e III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Ainda de acordo com esta normativa, o objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004b)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos especializados de atenção à saúde mental, são os que têm maior valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. É função dos CAPS: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território; promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao

trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004b).

Seu tempo de funcionamento mínimo é de 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os 5 dias úteis da semana (os CAPS I e os CAPS II); contudo, há aqueles que funcionam 24 horas, de segunda a segunda (os CAPS III). Realizam prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos severos e persistentes em sua área territorial. Funcionam em área física e independente de qualquer estrutura hospitalar, com equipes interdisciplinares próprias. Oferecem, dentre outros recursos terapêuticos: atendimentos individuais e em grupo, atendimento à família; atividades de suporte social e inserção comunitária; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares.

Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município.

Outro aspecto essencial desse novo modelo de atenção é a garantia do restabelecimento do indivíduo ao convívio familiar e social no momento da alta hospitalar. Nesse momento deve ser aplicada a noção de corresponsabilidade junto ao serviço de origem do usuário dos serviços de saúde, bem como a reorganização das intercorrências nos espaços de contratualidade do sofredor psíquico que suscitaram demanda pelo atendimento psiquiátrico. Tais medidas devem ser tomadas com o objetivo de promover a aplicabilidade da rede, o que permite a construção, a sustentação e a manutenção dos lugares do sujeito no espaço social e podem minimizar futuras reinternações. Esses serviços, aliados às leis e portarias ministeriais, propõem transformar parâmetros de uma assistência psiquiátrica anteriormente voltada para a doença mental, para conferir o aspecto biopsicossocial à abordagem do sofrimento psíquico.

Em 1991, a portaria 189 do Ministério da Saúde instituía no plano nacional, no rol dos procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública a figura dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. E em 1992, com a portaria 224, aperfeiçoou sua regulamentação e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo, definindo unidades de saúde locais/ regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar (BRASIL, 2001). Esta portaria traz ainda as normas para o atendimento em Unidades Básicas, Centros de Saúde e Ambulatórios, destacando as equipes multiprofissionais de saúde mental e suas ações, como: atendimentos individuais e em grupos, atividades socioeducativas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, grupos de orientação, entre outras.

Como forma de viabilizar conquistas no tocante à atenção à saúde mental, a lei federal nº 10.216 da Legislação de Saúde Mental, de 6 de Abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. No parágrafo único, afirma-se que é de direito da pessoa com transtorno mental “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”. (BRASIL, 2001b)

Nesse sentido, é perceptível que a Reforma Psiquiátrica não se restringe à ampliação de espaços físicos para o atendimento da demanda em saúde mental, mas pressupõe a reconstrução de saberes e práticas de saúde cristalizadas, já tomadas como tradição, no sentido de romper com formas estigmatizantes, excludentes, de uma cultura que propõe a loucura enquanto sinônimo de incapacidade e marginalidade.

O processo de transformação das práticas no âmbito da saúde mental, assim como a efetivação dos pressupostos do Movimento de Luta Antimanicomial, implicam mudanças em diversos âmbitos: do teórico ao cultural, passando pelo campo de construção de políticas e modelos de atenção. Busca-se não só constituir novas práticas no campo da assistência à saúde mental como também produzir transformações no que diz respeito ao lugar social dado à loucura, ao diferente, questionando uma cultura que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais. (KODA; FERNANDES, 2007, p. 1455)

Tal proposta coloca em questão a conquista da cidadania e a reinserção social dos portadores de sofrimento mental. Nessa perspectiva, vários serviços de atendimento aos usuários, bem como de seus familiares, são ofertados.

Os serviços substitutivos criados para viabilizar a oferta de tratamento para os transtornos mentais em meio aberto incluem equipamentos cuja estruturação e cujo funcionamento exige a interdisciplinaridade. Portanto, são serviços caracterizados pela atuação conjunta de profissionais, técnicos e estagiários de diversas áreas do conhecimento, organizados em torno da tarefa comum de acolher e tratar, a partir de uma perspectiva não preconceituosa e ética, aqueles que padecem de sofrimento mental.

Esses serviços devem funcionar a partir da estruturação de uma rede, onde os vários sujeitos envolvidos planejam e atuam de forma conjunta, se responsabilizando pelo bem-estar do portador de transtornos mentais.

Corroborando com essa discussão, Nascimento apud Caldas (2007) coloca que:

Redes são organizações baseadas em interdisciplinaridade, objetivos comuns, não hierarquização e construção coletiva de respostas para ambientes variados e mutáveis. Não se organizam segundo as necessidades do mercado, mas se sustentam por meio de relações de confiança e cooperação, objetivando a orientação de ações que visam à otimização de resultados de longo prazo. A rede é um tipo de organização que conecta atores, que podem ser indivíduos, coletividades ou organizações. Sendo assim, o bom gerenciamento de redes se dá através da garantia de condições sob as quais os atores (interdependentes entre si) possam interagir, sendo que o fator que mais favorece o sucesso é a realização da ação coletiva.

Como forma de subsidiar esse novo cuidado, muda-se o foco de compreensão da doença mental como algo que precisa ser removida a qualquer custo, e passa agora a ser compreendida como determinante e determinada pelos aspectos econômicos, culturais, políticos e sociais, reintegrados como parte da existência humana.

De acordo com essa perspectiva, TENÓRIO (2002, p.13) aponta que:

Deve haver consideração dos fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes do processo saúde-doença e não apenas de maneira genérica. Seus meios básicos são as psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, destacando as cooperativas de trabalho. Assim como na pertinência do indivíduo num grupo familiar e social como agentes de

mudanças buscadas. “Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica”.

Nessa rede de atenção, os portadores de transtornos mentais deixam de ser considerados passivos, sujeitados, marcados por exames clínicos e diagnósticos psiquiátricos, e passam a ser visualizados e tratados enquanto sujeitos co-partícipes do seu processo saúde-doença. Nesse sentido, são portadores de autonomia e cidadania, inseridos na sociedade.

Este novo tipo de cuidado implica em investir na capacidade de emancipação do indivíduo, em operar suas próprias escolhas e em seu potencial de estabelecer suas próprias significações pautadas em sua história e de forma singularizada. “O desafio é o aumento do seu poder contratual, da possibilidade de ampliar seu potencial de trocas sociais. Sendo assim, o respeito à singularidade é premissa fundamental” (ALVES; GULJOR, 2004. p. 229)

Nesse sentido, esses sujeitos devem exercer o controle social, através de um pensamento crítico e reflexivo capaz de intervir no planejamento, execução e avaliação dos cuidados que lhes são prestados.

Além de princípios gerais expressos em termos de direitos especiais para os portadores de transtorno mental, as abordagens da normalização e do empowerment desenvolveram sistematizações teóricas e técnicas para implementação, desenvolvimento e avaliação de serviços de saúde mental... e sobretudo, estimulando o empowerment, por meio do estímulo às iniciativas de autoajuda, suporte mútuo, mudança cultural, defesa dos direitos informal, legal e profissionalizada, de forma individual e coletiva, e a participação efetiva dos usuários nas decisões nos serviços e agências promotoras de políticas de saúde mental, nos níveis de planejamento, execução, avaliação de serviços e na formação de recursos humanos para o trabalho no campo da saúde mental (VASCONCELOS, 2000, p.189).

As propostas de reabilitação psicossocial passam pelo exercício da autonomia e cidadania visando à inserção de pessoas secularmente estigmatizadas. Construir um novo lugar social para a loucura não deve restringir-se aos limites sanitários, mas estar atrelado à invenção de novos espaços e formas de sociabilidade e de participação (DIMENSTEIN;

LIBERATO, 2009). É nesse sentido que a concepção de empoderamento em saúde mental torna-se chave para a criação de autonomia e sociabilidade. O empoderamento aponta para:

Uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidado em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental difusa na sociedade civil, de exercício do controle social no sistema de saúde e de militância social. (VASCONCELOS, 2008, p.60)

Nesse contexto, também se encontram estratégias organizadas voltadas para um enfoque político em prol dessa cidadania requerida, como os Encontros Nacionais de Usuários e Familiares do Movimento da Luta Antimanicomial. No último encontro realizado em Xerém – Duque de Caxias-RJ em 2003, cujo tema foi o “Controle Social na Saúde Mental: Participação dos Usuários e Familiares”, diversas questões foram debatidas e destacadas nos relatórios e nas moções aprovadas. Entre elas estavam: o Projeto de Volta Para Casa; a rede de serviços em saúde mental; o trabalho e os projetos envolvendo as oficinas de geração de renda, a moradia, e até mesmo a própria organização nacional do movimento (NABUCO et al, 2003).

A rede de Centros de Atenção Psicossocial revelou-se insuficiente para substituir o hospital psiquiátrico, sobretudo para pessoas abandonadas na vida hospitalar. Por isso, para substituir também a propalada “hospitalidade” do hospício, foram implantadas, pela portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, as residências terapêuticas, lares abrigados, ou simplesmente moradias. São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder a necessidade de moradia para que as pessoas acometidas psiquicamente com grave precariedade de rede social possam sair do hospital psiquiátrico. Esse serviço pode ser destinado também aos portadores de transtornos mentais graves que não estão institucionalizados. Denominadas oficialmente de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), essa instituição acolhe desde um indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 (oito) pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. Tem como base de trabalho o processo de reabilitação psicossocial, que deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo

de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador e construção da sua autonomia.

Essas moradias são implantadas pelo poder público. Contam com a participação da vizinhança para auxiliar no tratamento dos usuários através da relação interpessoal entre os mesmos, e buscam a aproximação dos usuários com suas famílias, para a volta a suas casas.

Criado pelo Ministério da Saúde pela Lei 10.708 o programa “De Volta Para Casa”, destina um salário mínimo para as pessoas com transtornos mentais egressos do hospital psiquiátricos com mais de dois anos de internação à época de sua promulgação (BRASIL, 2005). Esse programa se constitui em um auxílio de reabilitação psicossocial, onde a inscrição e renovação do contrato são feitas pela equipe de saúde que acompanha o portador de transtornos. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. Esta estratégia vem ao encontro de recomendações para a área de saúde mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

Ainda como integrante da rede de saúde mental tem-se o atendimento ambulatorial. Esses serviços já não são preconizados pela Reforma Psiquiátrica, com o atendimento que disponibilizavam anteriormente. Neles inexistia o trabalho em equipe; o atendimento era automatizado e essencialmente medicamentoso, baseado no procedimento da consulta. Suas agendas jamais priorizaram os portadores de sofrimento mental grave. Pelo contrário, “psiquiatrizando” pessoas com problemas emocionais mais leves foram em grande parte os responsáveis pela criação da clientela de usuários crônicos de benzodiazepínicos e antidepressivos, descrita quando se tratou das unidades básicas de saúde.

Com a nova roupagem, esses serviços primam pelo atendimento diário, semanal ou mensal dos portadores de Saúde Mental que não requerem uma assistência tipo permanência-dia ou noite. O que se modifica é a lógica desse atendimento, assim como o espaço de sua realização: deve se fazer preferencialmente na unidade básica de saúde, seja pela equipe da ESF, nos casos mais simples, seja pela equipe de Saúde Mental, nos mais complexos.

Esses ambulatorios devem ser serviços ágeis e acolhedores, que constituam uma referência importante para a população. Nestes casos, além dos atendimentos individuais, costumam realizar oficinas, grupos e outras atividades com os usuários; acolhem casos mais

graves, muitas vezes evitando a internação; atuam em equipe; têm uma relação mais viva e próxima com a cidade.

A promulgação da Portaria interministerial 353/05 e da Portaria do MS 1169/05, que respectivamente, institui o Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária, estabelece incentivo financeiro para os municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho, tendo como finalidade a manutenção das pessoas com transtorno mental na comunidade, com melhoria das condições concretas de vida, contribuindo para que cada usuário seja conhecedor e gestor de suas próprias necessidades (BRASIL, 2005).

Num cenário mais atual, tivemos a realização em Brasília da I Conferência PanAmericana de Políticas Públicas sobre o Álcool, em novembro de 2005, com representantes de 34 países do continente nas discussões. Nesse encontro, o MS apresentou a nova política de álcool e outras drogas, bem como os resultados alcançados a partir de 2002 em função dos CAPS ad. Ao final, foi elaborada a Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o Álcool. Além da indução de políticas e estratégias resolutivas baseadas na cultura específica de cada país, foram destaque as iniciativas para a promoção à saúde, prevenção e tratamento, como as estratégias de redução de danos que também foram incluídas (BRASIL, 2005).

Nesse mesmo ano, em Brasília, o Ministério da Saúde, em conjunto com a Organização Pan-americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, convocaram os representantes governamentais da área da saúde mental, organizações da sociedade civil, usuários e familiares em comemoração aos 15 anos da Declaração de Caracas, onde foram tirados os princípios orientadores para o desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas (BRASIL, 2005b). Foi constatado que apesar de todos os avanços obtidos desde a declaração, continua a ser excessivo o número de leitos em hospitais psiquiátricos, em contraste com o número demasiadamente escasso de serviços substitutivos na comunidade, além da insuficiente capacidade de registro, documentação, monitoramento e avaliação.

A superação da contradição entre o discurso da Reforma Psiquiátrica e a prática efetiva dos serviços de saúde mental ainda se constitui um desafio, conviver com outras possibilidades de vida e de tratamento ainda é uma utopia na atenção à Saúde Mental.

Dispor de todos esses recursos não basta para assegurar um Projeto de Saúde Mental. Um projeto não consiste simplesmente na administração dos serviços existentes, ou na criação de novos serviços. Trata-se de uma construção coletiva, tendo como parceiros o poder público, os trabalhadores e as instâncias de controle social.

Um Projeto de Saúde Mental será coerente e eficaz, sempre e quando seus diferentes serviços se articulam uns aos outros, visando a um objetivo comum: prescindir do hospital psiquiátrico e sua lógica, assegurando a todos os usuários o acesso à rede de cuidados, e construindo com eles condições para sua vida livre, autônoma e participativa.

Nesse sentido, as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A dimensão técnica assistencial deste processo de reforma é constituída pela rede de atenção psicossocial cujos componentes atuais são: Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura), Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades), Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde), Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial), Atenção Hospitalar (Enfermaria Especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas), Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa), Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativa de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais).

Dessa forma está organizada a atual proposição da rede de atenção psicossocial, que apresenta como diretrizes o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania; Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

A Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; Promover a vinculação das pessoas em

sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A atual proposição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) objetiva promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis; prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas, reduzindo seus danos; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; promover ações intersetoriais em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de atenção psicossocial, monitorando a qualidade dos serviços através do controle social.

4. A RELAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL

4.1. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A ESF: FUNDAMENTOS E ESTRATÉGIAS

A Reforma Psiquiátrica ganhou corpo e fundamentação teórica concomitante com as transformações do modelo de atenção em saúde a partir da Reforma Sanitária em seus princípios e diretrizes. Como vimos antes, a reforma psiquiátrica propõe a desconstrução teórica e prática da instituição psiquiátrica, centrada na internação hospitalar que distancia o sujeito com transtornos mentais do seu espaço social pelo modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais, e de atenção diária. O processo objetiva criar novas perspectivas de vida, busca-se, pois, desconstruir a lógica excludente provocada pelas internações, proporcionando aos sujeitos estratégias de reinserção social. Enfatiza-se a reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde e na constituição de redes de apoio social e serviços comunitários que possam dar suporte aos indivíduos em seus contextos de vida.

Nesse sentido, a atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família – ESF vem, progressivamente, tornando-se espaço privilegiado nas intervenções em saúde mental, se configurando como campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção da promoção, prevenção e recuperação à saúde na perspectiva da integralidade, onde existe o acolhimento, a escuta qualificada, o vínculo e a responsabilização em saúde.

Diariamente, diversas demandas em saúde mental são identificadas por profissionais das equipes de ESF e agentes comunitários de saúde. São situações que requerem intervenções imediatas, na medida em que podem evitar a utilização de recursos assistenciais hospitalares mais onerosos desnecessariamente. Trata-se de problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, ao uso inadequado, e muitas vezes excessivo e crônico de benzodiazepínicos e antidepressivos, aos transtornos mentais graves e a situações decorrentes da violência e da exclusão social. A identificação e o acompanhamento dessas situações, incorporados às atividades que as

equipes de atenção básica desenvolvem são passos fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e asilar de cuidados em saúde mental.

As equipes da ESF, em sua proposta de trabalho, deveriam manter uma relação mais estreitada com seus pacientes, conhecê-los, conversar com os mesmos, entrar em contato direto ou indireto não só com seus sintomas e doença, mas com os vários aspectos de suas vidas.

Escutar o paciente cuja queixa traduz essencialmente a demanda de ajuda para um problema emocional; acompanhá-lo, procurando pensar com ele as razões desse problema, e formas possíveis de enfrentá-lo; evitar tanto quanto possível o recurso aos psicofármacos, e, quando necessário, usá-los de forma criteriosa; não forçar o paciente a deixar, de um dia para o outro, o medicamento que sempre usou, mas ponderar com ele os riscos e as desvantagens desse uso; não repetir estereotipadamente condutas e receitas: este é um acompanhamento que as equipes do PSF sabem e podem conduzir. (SOUZA, 2006 p. 55)

Tais características indicam claramente a potencialidade da atenção básica se constituir no plano privilegiado para o acolhimento das necessidades em saúde mental, com intervenções que rompem com o modelo manicomial e segregador. Além disso, considera-se que a inserção da saúde mental nesse nível de atenção é estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde que se faz urgente em nossa realidade, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Logo, é preciso um duplo movimento. Por um lado, não se pode fechar as portas da unidade básica de saúde para essa clientela; por outro, há que encontrar, com eles, espaços mais interessantes, fora e além da unidade.

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos

profissionais da Saúde da Família e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde.

O NASF é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) à(s) qual (is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

O NASF não se constitui como serviço com unidade física independente. Deve, a partir das demandas identificadas no trabalho com as equipes e/ou na academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, bem como as redes sociais e comunitárias.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente, por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. Para tanto, utilizam como metodologia a discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, e ainda discussão do trabalho das equipes, podendo ser essas atividades desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, nas academias da saúde ou em outros pontos do território.

Considera-se, pois, que a articulação entre a atenção básica e a rede substitutiva de saúde mental se impõe como algo inadiável. Organizar a atenção à saúde mental em rede é uma prioridade no sentido de se produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade ao portador de transtorno mental.

Ao adotar o território, como estratégia, fortalece a ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem, devendo

a atitude terapêutica se basear não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento (BRÊDA; ROSA; PEREIRA; SCATENA, 2005, p. 451).

Ressaltam-se os serviços substitutivos em saúde mental, bem como as pactuações e articulações necessárias para a construção de um trabalho em rede, tendo como pano de fundo a questão da integralidade do cuidado.

A Conferência Internacional de Alma-Ata (1978) e a Declaração de Caracas (1990) trouxeram em seu bojo, a ideia de reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde, ressaltando a importância da promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, preponderando a manutenção da pessoa com sofrimento psíquico em seu meio social, sendo que o hospital psiquiátrico deixa de ser o componente central da atenção psiquiátrica e propõe que os serviços comunitários passem a ser o principal meio para se ter o atendimento. (PINTO, 2007, p. 25)

Dessa maneira, a construção de uma rede em saúde mental desempenha um papel fundamental ao contribuir com troca compartilhada de saberes para aumentar a capacidade resolutiva das equipes da ESF; nesse sentido, pretende-se superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental. Permite-se, assim, lidar com a saúde de uma forma ampliada e integrada através desse saber mais interdisciplinar, e, por outro lado, ampliar o olhar das equipes nas unidades básicas de saúde em relação aos usuários, às famílias e ao território, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua.

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte) econômicos (dinheiro, previdência), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004b).

O processo de construção da rede em saúde mental pressupõe uma estratégia política, institucional e técnico-profissional de desmontagem do modelo hospitalocêntrico e das

representações sociais excludentes, e construção de uma atenção integral à saúde, a partir da interface da Estratégia Saúde da Família e dos dispositivos substitutivos em saúde mental.

Nessa perspectiva, no capítulo a seguir discutiremos como se dá a relação entre a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial no município de Areia Branca - RN, identificando os limites e potencialidades para a articulação na constituição da Rede de Atenção Psicossocial.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A integração entre os diversos serviços, em um processo de aproximação e construção comum entre a Estratégia Saúde da Família e outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial, deve ser instituída e sustentada com vigor necessário. Esses equipamentos e serviços são potenciais portas de entrada dos sistemas, como também conferem fértil possibilidade de compartilhamento de olhares em rede diante dos sujeitos que se apresentam com suas demandas e necessidades. Desse modo, pode-se fortalecer uma rede de suporte social para o aumento da resolutividade, do fomento da atenção integral e, por consequência, melhorando a qualidade do cuidado.

Nesse sentido, a amplitude da promoção do cuidado na lógica da Atenção Psicossocial exige que os serviços, organizados a partir da Atenção Básica, reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las a partir de redes. Assim a articulação entre a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial se faz necessária.

Nesse capítulo procuramos discutir como acontece essa relação, a partir dos dados fornecidos pela entrevista direcionada ao representante da gestão municipal, bem como dos grupos focais realizados com os profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial. Vale ressaltar que a análise de dados se constitui em uma reflexão sobre a compreensão dos profissionais acerca da articulação da ESF e do CAPS e o processo de materialização dessa relação em sua prática profissional, visando com isso elencar os entraves e as possibilidades existentes para a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Areia Branca.

A partir dos dados colhidos realizamos uma pré-análise com preparação do material e transcrição das entrevistas, e a exploração do material definindo as categorias de análise a seguir: 1- Demandas de saúde mental; 2- Práticas profissionais e produção do cuidado na atenção à saúde mental; 3- Dificuldades e potencialidades de articulação em Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que serão discutidas nesta ordem nos subitens que seguem.

5.1. DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL

A Estratégia Saúde da Família tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Essas demandas devem encontrar resolutividade nesse nível de atenção, através de intervenções clínicas e sanitárias efetivas, na perspectiva da integralidade. E quando não for capaz de desenvolver respostas aos problemas de saúde existentes, a atenção básica deverá buscar apoio nas redes de saúde existentes para a elaboração de uma atuação conjunta.

Sendo assim, a ESF tem teoricamente maior potencialidade para lidar com as demandas de saúde mental, uma vez que prima por um modelo de cuidado territorializado, que possibilita o processo de acolhimento e reinserção do usuário na família e na comunidade, trabalhando na mesma perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Mas o que se entende por demanda de saúde mental neste nível de atenção? E destas demandas quais aquelas dirigidas à ESF?

Neste sentido, é interessante notar nesse estudo que ao serem indagados sobre “questões e demandas de saúde mental”, os participantes apontaram causas muito variadas para o sofrimento mental grave e diversas compreensões acerca de suas concepções e demandas, como podem ser percebidas nas falas abaixo:

O perfil dos pacientes: são pacientes idosos, principalmente pacientes idosos sem nenhuma patologia psiquiátrica, mas dependente mesmo de benzodiazepínicos. Esse é o perfil dos nossos pacientes aqui. Temos um caso de cárcere privado, o cara é um esquizofrênico mesmo, bastante agressivo, mas vem em uso de benzodiazepínicos junto com ansiolíticos. Você precisa ver a qualidade de vida, como é que ele sobrevive lá, é enjaulado mesmo. (Entrevistado 8 – ESF rural)

Em relação a minha demanda é uma demanda espontânea, não tem nenhum dia que eu chame esses pacientes psiquiátricos para vir ao consultório. Apenas as famílias trazem de livre e espontânea vontade. E os que eu consigo fazer o atendimento permanecem vindo. Fora outros pacientes que percebo que tem algum problema, que são pessoas ansiosas, que tem tremor, que são pessoas que se estressam no atendimento, que creio que fazem uso de algum medicamento, e também tenho casos de pacientes drogados. E esses pacientes que eu acompanho mesmo, que faço o tratamento deles, eu não sei, eu perguntei as mães qual é o tipo de problema que eles têm porque são pacientes comprometidos mesmo, que não sabem o nome, não sabe de nada. É acompanhado pelo pai, pela mãe, são pacientes realmente difíceis, e não sei qual é o problema psiquiátrico que têm, mas fazem uso de remédios controlados. Não são pessoas que tomam só um remedinho para dormir não, são pessoas com doença psiquiátrica mesmo. (Entrevistado 10 – ESF rural)

Eu tenho um paciente de saúde mental que na verdade ele é praticamente trancado dentro de casa por medo da família de que ele possa fazer alguma coisa com a sociedade, com os vizinhos. (Entrevistado 16 – ESF urbana)

Observamos assim, que há o reconhecimento pelos profissionais de uma ampla gama de fenômenos que se constituem como demandas de saúde mental. As equipes relataram receber problemas associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, uso inadequado de benzodiazepínicos, egressos de hospitais psiquiátricos, transtornos mentais graves, transtornos de humor, transtornos de ansiedade, fobias específicas, situações decorrentes de violência familiar e exclusão social. Além disso, é possível destacar a frequência das práticas de cárceres privados que são comuns neste contexto e sobre os quais os profissionais parecem pouco intervir, ainda que reconheçam como problemático e como demanda de saúde mental. É possível observar também as dificuldades que os profissionais encontram de realizar diagnósticos específicos e de construir vínculos com os usuários considerados portadores de transtornos mentais. Os vínculos estabelecidos são com os familiares, mas os usuários com as demandas específicas são mantidos a certa distância da atenção.

Assim, pode-se supor que, embora a ESF traga inovações em termos de estrutura e processo de trabalho, no contexto estudado ela ainda não foi capaz de contemplar de forma consistente fatores que transformariam a atenção, tais como a maior e melhor disponibilidade de profissionais e de recursos para lidar com demandas não “orgânicas”, a estruturação de fluxos próprios para a saúde mental, o acolhimento das demandas de atenção psicossocial, o acolhimento em saúde e o trabalho integrado em rede.

Nesse contexto, as equipes da Estratégia Saúde da Família afirmam não estar capacitadas para atender essa demanda e, na maioria das vezes, atribuem esse papel a profissionais como psiquiatras e psicólogos, delimitando o campo de atenção a esses dois especialistas. Sabe-se que ainda há muitos entraves para a acessibilidade do usuário ao campo da saúde mental, pois as unidades básicas de saúde vêm tradicionalmente se recusando a atender a demanda de saúde mental e encaminhando-a ao hospital psiquiátrico ou ao Centro de Atenção Psicossocial, quando deveria ser o local privilegiado de acolhimento, evitando que o hospital psiquiátrico se configure enquanto porta de entrada. Evidencia-se também a dificuldade das equipes inseridas nos serviços substitutivos para o encaminhamento dos usuários inscritos, passada a crise psiquiátrica, para as Equipes de Saúde da Família (ESF) da área de abrangência referida, o que, de certa forma, favorece a permanência do usuário no serviço, sem que este consiga estabelecer um vínculo com o seu território de origem, perpetuando a prática da institucionalização.

É sabido que a efetiva desinstitucionalização da loucura requer um processo contínuo de questionamentos das práticas de cuidados. Isso pressupõe transformações no cotidiano, não se restringindo a instituições, mas às posturas, aos saberes e aos pensamentos, em uma crítica

a todas as formas de intervenções de cunho manicomial. Neste sentido, os profissionais do CAPS e o representante da gestão municipal apontam uma compreensão mais abrangente com relação à saúde mental.

As falas de alguns entrevistados apontam para a construção de cuidado mescladas com novos enfoques em saúde coletiva, onde apresentam uma concepção ampliada de saúde, não reduzindo a doença a questões biológicas.

Compreendo por saúde mental todo processo de bem estar psíquico do sujeito, que é permeado pelos diversos condicionantes de saúde e sociais também. Sendo que isso é recebido de forma subjetiva pelos sujeitos. Então a gente não pode dizer que a mesma qualidade de saúde mental para um indivíduo é a mesma para o outro por ser algo subjetivo. (Entrevistado 7 – Representante da gestão municipal)

A saúde mental não existe se existe toda enfermidade, quando eu digo enfermidade é toda deficiência da questão familiar, da questão social, eu acho que a saúde mental ela parte de todo um contexto saudável de vida, da saúde, moradia, educação. Eu acho que a partir do momento que você tem esse leque nas mãos, a probabilidade de você ter um transtorno mental e essa crise ser constante é bem menor. A questão do humano, de ser tratado como gente. A questão do respeito faz com que a resposta a sua saúde mental seja dada claramente. A gente lida com pessoas e não com o CID que ela carrega (Entrevistado 3 - CAPS)

Com a ampliação do conceito de saúde, a gente sabe que saúde não é apenas ausência de doença, de qualquer enfermidade. É você estar de bem com a vida, você ter moradia, ter cidadania, ter tudo. A saúde antes era vista como ausência de doença física. Mas, hoje em dia, a gente sabe que saúde engloba tudo, é você ter escola, é você ter trabalho, é você ter a sua casa, você estar de bem com os seus vizinhos, você estar de bem com seu grupo de trabalho, estar de bem com tudo. Então, saúde mental é exatamente isso, estar de bem com a vida, estar de bem com todos e com tudo (Entrevistado 1 – CAPS)

Observamos assim que está presente nas concepções de saúde mental expressas pelos profissionais do CAPS e do representante da gestão municipal a ampliação do conceito de saúde e a consideração de que a saúde mental envolve os vários âmbitos da vida e não apenas as questões “mentais” propriamente ditas ou a redução da “saúde mental” a ausência de “doença mental”. Essa compreensão é essencial para que haja o acolhimento em saúde, através do atendimento das urgências do dia a dia da comunidade. Nesse atendimento escuta-se a demanda e se intervém prontamente com o objetivo de resolver o máximo de problemas

no local e de singularizar a relação, superando os tradicionais atendimentos eventuais despersonalizados (LANCETTI, 2006)

Nesse atendimento que propõe o acolhimento, escuta, responsabilizações em saúde, a atenção integral é importante frisar que nem sempre os que procuram os serviços de saúde são os que mais necessitam de cuidado. Muitas vezes, pessoas em estado grave não procuram atendimento (LANCETTI, 2006).

Nesse sentido, faz-se importante analisar a percepção dos profissionais participantes da pesquisa sobre a quantidade e extensão das demandas de saúde mental. Quando indagados a respeito, os profissionais de um modo geral referem que:

Há uma grande procura. Areia Branca tem um índice elevado de pessoas que têm problemas de saúde mental. Então assim não se consegue suprir toda necessidade da demanda (Entrevistado 7 – Representante da gestão municipal)

Existem muitos casos. A gente sai observando que tem um número bastante significativo (Entrevistado 3 – CAPS)

Achava até que Areia Branca nem tinha tanto problema de saúde mental. A gente pouco sabia o que era até saúde mental. Eu pensava que Areia Branca não tinha tantos problemas mentais, mas a gente tem demais, uma demanda grande. São problemas de pessoas que são portadoras, são pessoas que já nasceram com aquela deficiência, são pessoas que adquiriram por serem usuários de drogas. O número é enorme de usuários de drogas aqui. (Entrevistado 4 – CAPS)

Além dos pacientes idosos que fazem uso contínuo, temos muitos pacientes jovens, que a gente até chega aqui e se impressiona da quantidade de medicação que esses pacientes usam. Adolescentes, adultos, mulheres de meia idade. Então, é muita gente, e eu não conhecia o PSF assim com tanta gente que necessitasse de medicação controlada. (Entrevistado 9 – ESF rural)

A percepção de que as demandas de saúde mental são extensas, colocam a questão de quais destas demandas seriam dirigidas a ESF e por ela seriam possíveis de serem atendidas pelas equipes.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (2011) reconhece que a maioria dos transtornos mentais leves ou moderados está sendo atendida na atenção básica, seja nos grandes e pequenos municípios, principalmente pelas equipes de Saúde da Família. Esta condição determina um grande compromisso e responsabilidade em relação à produção de

saúde, à eficácia das práticas, à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania por parte dos profissionais envolvidos.

A Reforma Psiquiátrica caminha no sentido de transformar a atenção básica em um lugar de acolhimento para os sujeitos com transtornos mentais, tornando-a parceira da mudança na relação da comunidade com a loucura. Entretanto, as carências de cuidado acumuladas há alguns anos ainda demandam muita atenção. O diálogo sobre a saúde mental na atenção básica é ainda incipiente e manifestado por uma desapropriação dos profissionais quanto ao que é apregoado pela Reforma Psiquiátrica brasileira e ao que é praticado dentro da unidade no que tange aos usuários com transtorno mental.

Vinculado a esse distanciamento, os profissionais consideram que o usuário, ao procurar por um serviço com uma questão de saúde mental, ou precisa ser ouvido pelo psicólogo ou atendido pelo psiquiatra para prescrição de medicamentos. Assim, o sujeito e o seu sofrimento são esquadrihados a partir de um campo de saber fundamentado em uma forma de produzir saúde, na qual, de modo geral, não há responsabilização pela demanda e o encaminhamento domina as ações numa realidade já apontada em outros contextos, como no estudo de Camuri e Dimenstein (2010). Isso fica evidente nas falas dos próprios profissionais quando caracterizam como problema na atenção à saúde mental a falta destas especialidades na ESF, sem reconhecer o lugar de outros saberes na atenção às demandas de saúde mental na atenção básica. Essa valorização do saber especialista é materializada também na própria comunidade.

O problema aqui é que nós não temos também uma referência de psicólogo, de psiquiatra sempre. Por exemplo, quando tem algum problema a gente manda para o Centro de Saúde e não vem essa resposta. (Entrevistado 9 – ESF rural)

Há algum tempo foi cogitada aí pela administração a retirada do psiquiatra. Aqui foi um rebu, inclusive teve usuário que foi ali a prefeitura e passou mal mesmo. (Entrevistado 2 – CAPS)

A expectativa da sociedade em geral com relação à prática psicológica se baseia ainda em um modelo clínico de atendimento individual e de longo acompanhamento. A psicologia e a psiquiatra, com seu modelo tradicional de atuação e sua própria história de constituição como profissão, acabou tomando para si o campo psíquico. Assim, não é por acaso que hoje,

na atenção básica, a saúde mental ainda seja delegada a essas categorias. Nesse sentido, o especialismo converte-se em obstáculo para a produção do cuidado integral às pessoas com demandas de saúde mental.

Os profissionais devem reconhecer o fracasso dos protocolos clínicos tradicionais, do enquadramento psicanalítico, do enquadramento psiquiátrico e psicológico. Não estamos aqui negando a importância do diagnóstico diferencial, nem das especialidades, fundamental para a avaliação estratégica das formas psicopatológicas, mas enfatizando que o ser humano não pode ser dividido em mente e corpo onde suas partes em harmonia proporcionam seu bom funcionamento. O ser humano precisa ser visualizado de forma integral, onde os determinantes econômicos, culturais, sociais, políticos sejam valorizados, necessitando para isso de posturas que primem pela atenção integral à saúde (LANCETTI, 2008).

Essa mudança de posturas implica em avanços e retrocessos, riscos e potenciais. Requer tempo, monitoramento e continuidade. E acima de tudo reconhecimento da necessidade de ressignificação da loucura e de como ela vem sendo tratada pela sociedade. Implica pensar na Reforma Psiquiátrica brasileira como bandeira de luta de todos os profissionais envolvidos nos serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial.

Lancetti (2008) aponta para a decomposição do cuidado como estratégia para essa ressignificação, por possibilitar o compartilhamento do processo terapêutico com outros profissionais e saberes essenciais para poder pensar junto, refazer o percurso e as intervenções necessárias. E coloca como o pior de todos os riscos o desânimo ou a racionalização profissionalista: o retorno da priorização do espaço sobre o tempo, ou para dizê-lo de outra forma, o retorno do consultório e do esquadramento profissionalista.

Outra questão importante de ser analisada como forma que dificulta a mudança de práticas acontecer diz respeito ao fato de que a forma legitimada de tratamento indicada por alguns é a medicamentosa, com ênfase no biológico, reduzindo as possibilidades de atenção e produzindo a medicalização. Assim, não há a preocupação de ter um plano de cuidados a partir de uma visão integral e que de fato responda às necessidades que esse sujeito traz ao serviço. Neste sentido, observamos que muitos profissionais que estão atuando neste nível de intervenção não se sentem capacitados para atender os casos da "saúde mental" e se restringem a se preocupar com a medicação que aquele usuário utiliza ou necessita numa clara atuação medicalizante que não é problematizada. Por outro lado, a medicalização é uma realidade reconhecida pelos profissionais que indicaram a existência de uma considerável demanda em saúde mental, com elevada utilização de benzodiazepínicos. Alguns relataram que estes medicamentos são utilizados de maneira crônica, muitas vezes torna-se a única

prática terapêutica, sem acompanhamento sistemático por parte das equipes de saúde, resultando no elevado número de usuários dependentes de tais medicamentos.

A gente não tem o costume de ter aquela primeira consulta com o paciente porque são pacientes que já são acompanhados pela psiquiatria, só que não tem uma boa continuidade com o psiquiatra, não tem aquele acompanhamento mensal que seria o mais importante, de tá olhando como é que está a medicação, como é que está a dosagem, se está surtindo efeito. Então, eles vêm mais para o controle de receituário, para pegar a receita, comprar o remédio, e ficar naquilo ali, tomando aquela medicação. (Entrevistado 8 – ESF rural)

Atualmente, em Areia Branca, o fluxo de medicação psiquiátrica funciona também através da atenção básica. Essa forma de dispensar o psicotrópico abre a possibilidade da circulação de maior número de usuários com demanda em saúde mental pelas unidades de saúde. Então, mesmo que não se desenvolva ações para o acolhimento desse usuário, ele precisa ser acompanhado na sua medicação. Isso acaba forçando cada unidade de saúde a desenvolver técnicas para acompanhar esse fluxo (VICTAL; BASTOS; ROMANHOLI, 2010). Esse fato é preocupante e relevante para pensarmos as práticas de cuidados aos portadores de transtornos mentais, pois sustentam a lógica manicomial segundo a qual não há outras formas de atenção possíveis que não a asilar e medicamentosa. Observamos assim que as demandas ao não serem reconhecidas pelos profissionais como sendo possíveis de serem atendidas na Atenção Básica senão pela reprodução de receitas reforça o modelo asilar medicalizador com o qual não conseguem romper.

Para Dimenstein et al (2005), essas demandas requerem intervenções imediatas e podem ser realizadas na atenção básica, através da identificação e acompanhamento dessas circunstâncias aliadas as atividades que as equipes de saúde da família desenvolvem. A intervenção em atenção psicossocial no âmbito da atenção básica seria passo essencial para a superação da lógica manicomial, medicalizante e hospitalocêntrica, que ainda se faz presente em diversas formas de cuidado em saúde mental, tais como observamos em Areia Branca. Para tanto, é preciso pensar sobre como as práticas de atenção à saúde mental se desenvolvem neste contexto e como é possível desconstruir esta lógica com a produção de novos modos de cuidar.

5.2. PRÁTICAS PROFISSIONAIS E PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Outro eixo de análise dos dados produzidos nas entrevistas e grupos focais diz respeito às percepções e práticas dos profissionais acerca da saúde mental, enquanto campo de atuação no SUS e, sobretudo, enquanto demandas específicas que podem ou não se converter em objeto de intervenção do profissional e da equipe na ESF. A identificação e o acompanhamento das demandas de saúde mental incorporados às atividades que as equipes de atenção básica desenvolvem são passos fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e asilar de cuidados em saúde mental.

A ESF é considerada um modelo de atenção básica que, por meio de ações preventivas, de promoção e de reabilitação, operacionaliza o cuidado, por meio de equipes, com o conhecimento abrangente da realidade do território onde está inserida. Com o foco na unidade familiar, o compromisso é com a integralidade da assistência, agindo ainda em uma perspectiva de superação do modelo tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico, bem como de rompimento com a produção de saúde centrada na doença (ANDRADE E COL., 2006).

Destaca-se a importância de garantir ações de saúde mental na atenção básica. São elas: visita domiciliar, potencialização de recursos comunitários, atendimentos em grupo e individuais, em articulação com os profissionais de saúde mental, espaços de discussão coletiva, construção de projetos terapêuticos dos usuários, através do planejamento conjunto, para a efetivação da rede de atenção psicossocial.

Com a rede de atenção à saúde mental de base comunitária, para a sua construção é necessário um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais. As equipes da atenção básica por estarem próximas das famílias e comunidades reafirmadas como parceiros e possíveis espaços do provimento de cuidado são estratégias para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e transtornos mentais.

No entanto, ao mesmo tempo em que a atenção básica se mostra um ponto estratégico para a ampliação do olhar sobre o sujeito, o contexto observado é de extensa e crônica utilização de medicamentos, sem o desenvolvimento de outras intervenções necessárias. O acolhimento ao sofrimento é visto como o acesso ao psiquiatra e/ou ao psicólogo e, conseqüentemente, à medicação, ao atendimento psicoterápico individual e a práticas específicas destas profissões. Com isso, o problema e a doença do sujeito é que são colocados em evidência. Essa lógica, de acordo com Camuri e Dimenstein (2010), produz cronicidade nas ações desses trabalhadores, pois segue o modelo hospitalocêntrico e o especialismo, dificultando o estabelecimento de vínculo e a responsabilização das pessoas.

Consideramos que um usuário que procura um serviço possui um contexto de vida múltiplo e pode ter diferentes necessidades de saúde, diferentes demandas. Assim, não é concebível separar a doença da existência global de um sujeito. Rotelli (1990) afirma que desinstitucionalizar implica o abandono do modelo biomédico e, por isso, o foco da atenção em saúde deve ser a pessoa e sua existência e não o seu sintoma. No entanto, ainda é um desafio a concretização e a ampliação do cuidado em saúde mental nesta perspectiva da desinstitucionalização. Essa visão dualista do homem, reducionista, não é exclusiva do campo da saúde mental; essa é a forma predominante de produzir saúde na nossa sociedade. Para Cecílio (2001) essa produção é realizada através de uma demanda de quem procura o serviço, sem a preocupação com a questão da integralidade do sujeito. Entretanto, o autor considera que, ao procurar por um serviço, o usuário possui uma cesta de necessidades e o trabalhador que o atende precisa de sensibilidade para entendê-la e, só a partir dela, intervir. A integralidade da atenção se dá por meio do entendimento pela equipe do que cada sujeito traz de informação sobre o que o aflige. Porém, o que se vê atualmente é uma produção de cuidado pouco comprometida com a vida das pessoas e a com a constituição de sujeitos ativos, porque simplesmente se dá por meio de práticas "procedimentos-centradas" ao invés de "usuários-centradas", em que vigora a utilização de tecnologias duras baseadas em um modelo médico neoliberal (Merhy, 2002). As falas mostram uma atenção voltada para a simples renovação da receita e sem a atenção às necessidades mais amplas do usuário.

A questão das receitas azuis que são muitas, mas que a maioria o parente que traz a receita, dificultando que o próprio médico conheça a realidade do paciente. (Entrevistado 11 – ESF rural)

Então eles vêm mais pra o controle de receituário, para pegar a receita, comprar o remédio, e ficar naquilo ali, tomando aquela medicação. (Entrevistado 8 – ESF rural)

Essa forma de produzir saúde praticada hoje foi construída historicamente por processos centrados em tecnologias duras e leve-duras, com predomínio de utilização de equipamentos e conhecimentos especializados. Nesse processo, a indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos foi determinante. Essa lógica é dirigida com o intuito de aumentar o lucro e, para isso, é regida por normas previamente definidas. As decisões são tomadas através de protocolos descontextualizados com a realidade do usuário e o resultado é um trabalho sem acolhimento, em que o usuário se torna apenas um objeto nessa relação. As relações empobrecidas que se dão no encontro entre o profissional de saúde e usuário constituem sujeitos cada vez mais dependentes de serviços e de ordens médicas. Para ser eficaz, o trabalho em saúde precisa ser complexo, pois as necessidades estão inscritas em inúmeras dimensões da vida.

Como desdobramentos desse modo de se fazer o trabalho em saúde baseado apenas em aparatos tecnológicos, essas questões se reproduzem também no contexto da ESF de Areia Branca com práticas que não valorizam o sujeito como detentor de desejos, mas apenas como objeto de intervenção, o que pode ser percebido na fala a seguir, que retrata uma maneira de tratar os doentes mentais que não garante os direitos de liberdade e escolha dessas pessoas que na condição de doentes não podem administrar sua própria vida, sendo obrigados a submeter-se a procedimentos médicos, nem que para isso sejam amarrados em camisa de força ou submetidos à sedação. A fala declara também a inexistência de estratégias mais acolhedoras para atender essa demanda, que visualizem os medos, desejos, anseios e necessidades desses sujeitos.

Em relação à estratégia da saúde bucal no atendimento desses pacientes: não tem estratégia, o atendimento é feito numa forma de condicionamento para tentar condicionar esses pacientes a receber o tratamento odontológico e a chegada deles é de forma aleatória, a família que tem que trazer. O atendimento desses pacientes é feita no CEO, no Centro de Especialidades Odontológicas, que tem um profissional para fazer atendimento a pacientes especiais, que aí atende a esses pacientes psiquiátricos, que aí eles vão dispor de medicações para acalmar o paciente, até sedação com óxido nitroso, camisa de contenção, várias coisas para atender o paciente que não colabora com o tratamento, que no caso eu só faço o atendimento dos pacientes que

colaboram, que deixam atender normalmente como qualquer outro paciente. No caso de um paciente mais grave que cheguei já a atender e que não colaborou infelizmente fica sem atendimento, não tem o que fazer. (Entrevistado 10 – ESF rural)

A partir dessa fala, podemos refletir através das ideias de Lancetti (2008) que na metodologia da saúde mental praticada pela ESF devem ser atendidas prioritariamente as pessoas e famílias mais difíceis, isto é, as que estão em maior risco, os que mais necessitam e não necessariamente os que mais demandam.

Merhy (2002) avalia que a compreensão das necessidades que um sujeito traz será maior de acordo com a caixa de ferramentas utilizada e a dinâmica na utilização de tecnologias. Conforme as necessidades do sujeito poderão entrar em cena as tecnologias duras, no campo das máquinas e instrumentos; as leve-duras, relacionadas ao modo como o trabalhador aplica o conhecimento técnico; ou as leves, no favorecimento das relações entre o profissional e o usuário. Logo, as tecnologias no trabalho em saúde terão seu valor de acordo com a necessidade de cada pessoa. As relações frias, burocráticas, sem contato, não permitem essa percepção. Para este autor, um trabalho operado por tecnologias leves, apoiadas no diálogo e no contato, enriquece as relações no processo de trabalho em saúde.

Nessa compreensão, temos algumas falas analisadas no eixo 1 que discutem o conceito ampliado de saúde, trazendo à tona os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. No entanto, apesar desta forma de se pensar a saúde/saúde mental, não havia definição clara das ferramentas de intervenção que poderiam utilizar em saúde mental. Ou seja, há um hiato importante entre as concepções de saúde e os saberes sobre a saúde destes profissionais e as práticas que conseguem produzir de modo coerente com estes saberes. Isto fica evidente quando constatamos que a atividade que prevalecia é o encaminhamento, seguido pela centralização no atendimento médico. Muitas vezes, alguns profissionais afirmaram que não identificavam ou reconheciam qualquer atuação em saúde mental, seja pela própria ESF, seja por outros setores e serviços:

No momento não existe nada a favor do usuário de saúde mental, nada programado, nada planejado entre os diversos setores do município, que seja social, de saúde. Nada mesmo existe no momento. (Entrevistado 16 – ESF rural)

Infelizmente, apesar de haver muitos pacientes aqui de saúde mental, poucas vezes eles procuram apenas quando tem casos que vão para o ministério ou quando a família, um parente, alguma coisa tenta vir aqui, só que não temos a continuidade do tratamento. Mesmo aqueles que fazem junto com o CAPS o tratamento, aqui no PSF eles não tem essa ajuda. (Entrevistado 11 – ESF rural)

Atualmente na unidade não existe nenhum cronograma, nenhum planejamento, nada relacionado a esse tipo de atendimento voltado para saúde mental. O atendimento é demanda livre, caso apareça, é atendido. Mas exatamente para saúde mental não existe. (Entrevistado 16 – ESF urbana)

Assim, apontamos que as intervenções em saúde deveriam estar baseadas no imperativo de se resolver o máximo de problemas, evitando o encaminhamento irresponsável realizados por alguns profissionais, e dando continuidade ao cuidado e fundamentalmente singularizando as relações equipes/usuários. (LANCETTI, 2006)

Ao serem indagados sobre como desenvolviam intervenções em saúde mental, os profissionais relataram diversas dificuldades, dentre elas, a de estabelecer vínculos com usuários; o temor da equipe e dos familiares do usuário de saúde mental quanto à violência do bairro e quanto a possíveis comportamentos agressivos dos usuários; a permanência de referências "biologizantes" para compreensão do sofrimento mental; a permanência de atitudes moralizantes e repressivas voltadas para as pessoas com transtornos mentais graves; a ausência de estratégias para lidar com a violência e com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas e a permanência da lógica da internação como horizonte "terapêutico" principal e da exclusão social como marca fundamental.

Na verdade existem pacientes aqui que são especiais. Tem um paciente que geralmente vinha com os pais dele, o pai principalmente. E era complicado porque ele não deixava fazer o procedimento, aí tinha que ter aquele cuidado, aquela conversa com ele, e ele era um pouco revoltado e agressivo, e nós ficávamos preocupados com a agressividade dele. Também tem outro paciente, ele às vezes fica trancado no quarto, e tem dia que ele quer bater até na mãe dele. Então ela o tranca, e o amarra. E às vezes ele vinha fazer o curativo na unidade, aí quando ele estava muito agressivo, as meninas davam o material para fazer em casa. (Entrevistado 14 – ESF urbana)

A fala supracitada evidencia que a equipe é conivente com uma prática de cárcere privado, que viola os direitos humanos do usuário portador de transtorno mental. Não problematiza a condição do cárcere privado que termina sendo uma prática comum, aceita e naturalizada pela comunidade e pela própria equipe quando não intervém.

Essa postura reproduz uma cultura manicomial, que Dias et al aborda como sinônimo de concepções que implicam práticas de isolamento, segregação, maus-tratos e descaracterização do louco como sujeito e cidadão.

Essas práticas reproduzem a institucionalização da loucura fora das paredes dos hospitais e manicômios, na própria vida social, através de preconceitos e posturas estigmatizantes. Essa continuidade faz da desconstrução dos “manicômios mentais” uma tarefa mais árdua do que a derrubada dos grandes muros do isolamento, visto que a primeira se passa no plano do desejo, da cultura, do pensamento (LANCETTI, 2008).

Nesse sentido, reforçamos o papel que as práticas de cuidado em saúde – enquanto ações clínico-políticas – podem desempenhar na transformação dessa cultura hegemônica de exclusão da pessoa com transtorno mental.

As práticas de cuidado em saúde devem ressignificar a existência no território. É dever da família, da sociedade, das equipes, do Estado assegurar ao portador de transtorno mental, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, exploração, violência, crueldade e opressão. (LANCETTI, 2008)

Diante de situações como esta de exclusão social da loucura os profissionais declararam que se sentiam despreparados para intervir com práticas efetivas sobre as demandas de saúde mental e que as capacitações oferecidas pelos gestores eram insuficientes, gerando sentimento de impotência e frustração.

A gente sabe que tem muitos pacientes realmente enclausurados, muitos pacientes que vivem em condições subumanas realmente, mas que não tem nenhuma ajuda e continua desse jeito. E a gente também não sabe como proceder. (Entrevistado 11 – ESF rural)

Então a gente tem que ter um treinamento para atender a essas pessoas porque às vezes a gente não conhece o comportamento daquele paciente, às vezes chega e nunca foi atendido e a gente não sabe que aquele paciente tem aquele problema. Então a gente tem que estar preparado para tudo porque é complicado lidar com essas pessoas. (Entrevistado 14 – ESF urbana)

Outro aspecto essencial para essa discussão diz respeito à dificuldade da garantia do restabelecimento do indivíduo ao convívio familiar e social no momento da alta hospitalar e nas idas e vindas ao CAPS. Nesse momento, deve ser aplicada a noção de corresponsabilidade junto ao serviço de origem do usuário dos serviços de saúde, bem como a reorganização das intercorrências nos espaços de contratualidade do sofredor psíquico que suscitaram demanda pelo atendimento psiquiátrico. Tais medidas devem ser tomadas com o objetivo de promover a aplicabilidade da rede, o que permite a construção, a sustentação e a manutenção dos lugares do sujeito no espaço social e podem minimizar futuras reinternações.

No entanto, a fala abaixo revela a dificuldade de se estabelecer essa reinserção no seu território de origem através da Estratégia Saúde da Família, e a dificuldade desta perceber-se como co-responsável pela demanda de saúde mental:

O usuário sempre retorna. E assim, em relação a como ele é recebido lá na ESF, realmente a gente não tem experiência disso. Geralmente quando tem algum problema de saúde mental manda para o CAPS, toma que o filho é teu. Só que não é, é nosso, não é? (Entrevistado 1 – CAPS)

É possível perceber que a relação entre o CAPS e a ESF é bastante incipiente. Observamos que as demandas em saúde mental, como vimos, são identificadas pelos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, mas não são atendidas, não é elaborada uma proposta terapêutica individualizada, não há o diálogo entre a equipe e não são traçadas estratégias de cuidado. O que ocorre frequentemente é apenas a prescrição de medicamentos psicotrópicos em diversos casos que necessitariam de outras intervenções, como apoio psicológico e social. Muitas vezes apenas identificam os casos de usuários que necessitem de atendimento em saúde mental e encaminham para o CAPS.

Na Estratégia Saúde da Família não é possível passar os casos. Mesmo quando se indica uma internação, uma cirurgia ou tratamento de maior complexidade, o sujeito continua a ser da equipe, enquanto morar no mesmo bairro. O vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os profissionais não estão preparados. (LANCETTI, 2006)

A responsabilidade do processo terapêutico deve recair em ambas as equipes. O CAPS é organizador da rede, e não centralizador da atenção, construção equivocada que cristaliza o mesmo como centro de saúde mental da região. Ressaltamos que a presença de um CAPS no

município não é garantia de que as práticas de saúde mental sejam convergentes às propostas no âmbito da reforma psiquiátrica na construção da Rede de Atenção Psicossocial. (LANCETTI, 2006)

Na estruturação dessa rede, os vários sujeitos envolvidos devem planejar e atuar de forma conjunta, se responsabilizando pelo bem-estar do portador de transtornos mentais.

Corroborando com essa discussão, Nascimento apud Caldas (2007) coloca que:

Redes são organizações baseadas em interdisciplinaridade, objetivos comuns, não hierarquização e construção coletiva de respostas para ambientes variados e mutáveis. Não se organizam segundo as necessidades do mercado, mas se sustentam por meio de relações de confiança e cooperação, objetivando a orientação de ações que visam à otimização de resultados de longo prazo. A rede é um tipo de organização que conecta atores, que podem ser indivíduos, coletividades ou organizações. Sendo assim, o bom gerenciamento de redes se dá através da garantia de condições sob as quais os atores (interdependentes entre si) possam interagir, sendo que o fator que mais favorece o sucesso é a realização da ação coletiva.

No entanto, o espaço ocupado pela ESF nessa rede para seus profissionais não estavam bem definidos, e que de forma geral, a experiência de cuidar do usuário de saúde mental era entendida como tarefa complexa, árdua e de difícil implementação. Acontecia de forma pontual, e não garantia a efetivação dos direitos e a cidadania dos usuários e, muito menos, a produção de saúde e possibilidades de vida.

Corroborando com essa discussão, Lancetti (2008) aponta que na saúde mental forjamos o conceito de complexidade invertida. Na saúde mental ocorre exatamente o contrário do que ocorre na saúde em geral, permeada pelos seus níveis de complexidade: os procedimentos realizados do outro lado do muro do hospital psiquiátrico, nas enfermarias ou nos pátios, as atividades desenvolvidas nas clínicas de drogados são procedimentos simples e que tendem à simplificação. As ações de saúde mental que ocorrem no território geográfico e existencial, onde o sujeito vive em combinação com os diversos componentes da subjetividade, sejam eles universos culturais locais, de cultura originários, mídias, religiões, etc, são ações complexas.

Treinados para diagnosticar, propor uma terapêutica e acompanhar o desenvolvimento da doença e sua cura, estão, por assim dizer, pouco capacitados para lidar com outros aspectos do sofrimento humano. Sendo assim, destacamos as “ideias manicomiais” se fazendo presentes na prática cotidiana daqueles com quem dialogamos, especificamente no caso da

ESF. Essas ideias promovem práticas e discursos de exacerbada medicalização. Além disso, as ideias manicomiais promovem nesses serviços a infantilização, culpa e submissão nesses usuários, ao invés de ser um espaço de promoção de trocas e construção de outras formas de existência. (MACHADO; LAVRADOR, 2001)

Nós não temos medicação suficiente para o paciente que está precisando, como a gente está com um caso aqui, por exemplo, e não tem medicação toda para ele... Como eu já tinha dito, só chega um familiar para pedir um remédio, mas a gente não sabe como é que ele está lá, como é que ele é cuidado, se estão realmente dando essa medicação, se está sendo feita, se não está. (Entrevistado 11 – ESF rural)

Houve evidências de que as orientações sobre medicação psicotrópica realizada pelos médicos muitas vezes não eram satisfatórias e de que essas orientações não eram fornecidas por outros membros das equipes da ESF, e que o profissional médico muitas vezes tem que recorrer à ajuda de outros profissionais, como psicólogos e psiquiatras, para orientá-lo na conduta.

Quando a gente tem alguma dúvida, a gente pede ajuda ao psiquiatra, para ver como é que a gente leva esse tratamento desse paciente. (Entrevistado 8 – ESF rural)

Nesse contexto de medicalização, as intervenções dos profissionais pareciam produzir poucas transformações nas relações entre famílias e usuários. Havia demanda reprimida, com muitas pessoas sem acompanhamento; uso indiscriminado de benzodiazepínicos; uso da medicação como principal alternativa de tratamento; algumas internações em hospitais psiquiátricos, e articulação pouco frequente com o CAPS. Avaliou-se que a atenção à saúde mental continuava medicalizada e hospitalocêntrica.

Nesse sentido, foi perceptível que os agentes comunitários de saúde acreditam que seu papel é apenas orientar os usuários a procurar outros serviços, onde haja internação, contribuindo para a manutenção do modelo asilar e sem reconhecimento de que tal prática concorra com a atenção psicossocial, como na fala:

Eu só faço orientar para procurar, ir ao hospital ver se encontra um meio de transferir esse paciente agressivo para Mossoró para ter um acompanhamento melhor. Então a única arma que eu tenho é isso, porque o CAPS não acompanha; a gente não tem condições também de acompanhar esse paciente que também não é nosso trabalho, é só orientação, né? (Entrevistado 15 – ESF urbana)

Os ACS forneceram respostas com raciocínios frequentemente restritos ao aspecto biológico. Os usuários eram percebidos como instáveis, potencialmente agressivos e perigosos, o que acarretava sentimento de medo. Apresentaram também dificuldades para se relacionar com a alteridade: condutas estereotipadas, medo do diferente, postura assistencialista, entre outras. Além disso, percebemos como o profissional não reconhece como parte do seu trabalho a atenção a essas demandas de saúde mental, bem como a responsabilidade pela continuidade da atenção a elas no território.

As práticas "centradas na doença", como acompanhamento de medicação e consultas, foram mais citadas. Mostraram-se inseguros, por exemplo, sobre o que fazer diante de uma "descompensação" emocional de um usuário. Em geral, eles se percebiam como responsáveis unicamente por levar a informação até a unidade básica, o que mostra que os instrumentos de intervenção e seus "princípios ativos" não estavam claros.

Na minha área é assim: as pessoas que eu conheço são pessoas que são dependentes de medicação controlada, alguns vão para o CAPS. Não têm aquelas visitas. Eles mesmos que sentem a necessidade de se cuidar e procuram. Alguns que têm condições vão pra o médico particular, outros são internados em Mossoró. Mas não é o pessoal que procura para saber como está não. Eles mesmos que procuram o melhor para eles. (Entrevistado 15 – ESF urbana)

No caso de um paciente em crise eu também comunicaria à enfermeira aqui do posto junto com o médico para fazer uma visita até ele para então tomar as providências, o que melhor seria feito. (Entrevistado 12 – ESF urbana)

Na verdade, comunicaria primeiramente à unidade, que é nosso ponto de apoio. A enfermeira, juntamente com o médico, possa fazer algo em relação à referência para poder ser encaminhado para algum canto. (Entrevistado 16 – ESF urbana)

Aqui, o profissional entende que o melhor para o sujeito seria o psiquiatra ou a internação, sem problematizar isso ou perceber que outras formas de cuidado seriam possíveis

no próprio território e em articulação e corresponsabilidade com outros pontos da rede como o CAPS e o NASF.

É comum que o Agente Comunitário de Saúde se encontre diante de problemas de difícil solução. A toda hora deve lembrar que ele pode escutar, conhecer, relacionar-se, mas não precisa dar respostas imediatas, pois ele faz parte de um grupo de trabalho que verá como pode ajudar. (LANCETTI, 2008)

Devemos reafirmar que os Agentes Comunitários de Saúde se constituem em parceiros fundamentais para a implantação dos cuidados em saúde mental na APS, atores do processo de construção da ESF e da Reforma Psiquiátrica. Portanto, suas condutas devem se apropriar da ênfase nas interações sociais para a reabilitação psicossocial.

Os ACS se inserem no ambiente doméstico, íntimo e no território existencial das pessoas, tecendo redes microsociais de alto poder terapêutico, onde as subjetividades e as singularidades são válidas em uma clínica que busca defender a vida, e pela clínica de saúde mental, que busca reduzir as internações psiquiátricas, o suicídio, o homicídio, e gerar uma subjetividade cidadã e livre. (LANCETTI, 2008)

A ação dos agentes de saúde, quando operada em singular parceria com os outros membros da organização sanitária, tornam essa relação fundamental para fazer funcionar e produzir saúde e saúde mental. Eles são essenciais em virtude de sua condição paradoxal. Paradoxal, pois são ao mesmo tempo membros da comunidade e integrante da organização sanitária, o que pode facilitar a postura de escuta e o diálogo. E nesse funcionamento radia sua potencialidade. (LANCETTI, 2008)

A formação dessa ampla rede de apoio contribuiria para alargar as possibilidades de intervenção, nas suas muitas necessidades de cuidado. Algo que apenas seria possível tendo esta rede em conexão e com fluxos ativados entre as diversas unidades de serviços, equipes e trabalhadores. Uma rede se forma por pactuações, sobretudo entre os próprios trabalhadores, que são os grandes operadores de redes no cotidiano dos serviços de saúde.

As redes com este perfil dinâmico e em intensa atividade exige um permanente esforço de construção, com fóruns de discussão permanente entre trabalhadores destas entidades, o que as alimentam e as mantêm ativas e produtivas. Esta atividade de permanente conversa entre as equipes considera que os projetos terapêuticos devem ser singulares, tendo sempre um gestor, ou seja, algum apoiador matricial que faz a sua gestão e acompanha cada passo, aciona outros trabalhadores, garante encaminhamentos e busca apoio. Isto é uma função extremamente importante para a sua eficácia, sobretudo em situações de extrema complexidade.

No sentido de ampliar a abrangência e escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, aparecem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, que devem, a partir das demandas identificadas no trabalho com as equipes de saúde, atuar de forma integrada na rede de atenção à saúde e seus serviços, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado.

Outro aspecto a considerar nessa formação de rede de apoio e resolutividade da atenção básica é a questão da participação da família no cuidado e a família como objeto de cuidado pelas equipes. Sugere-se que a família deve ser inserida efetivamente no projeto terapêutico, baseando-se no pressuposto de que as relações familiares e sociais são importantes agentes terapêuticos.

As famílias devem ser vistas como cuidadoras em saúde. As equipes devem adotar uma concepção ampliada de família, o que pode aumentar os recursos comunitários para a reabilitação psicossocial.

Segundo Alves (2001), ao entrar em contato com as famílias, diversas dificuldades poderão ser encontradas e necessitam ser atendidas com qualidade e se deve ter o cuidado para não “psiquiatrizar” ou “psicologizar” o cotidiano.

A atenção familiar é uma estratégia que precisa de maior atenção não só por reduzir e organizar a demanda de usuários na unidade de saúde, mas por possibilitar a prática do acolhimento, da escuta, entendidos enquanto encontro de subjetividades. A prática também permite que a equipe possa captar a dinâmica familiar, conhecer mais de perto os conflitos cristalizados e as dificuldades enfrentadas para o acolhimento ao portador de transtorno mental. (DIMENSTEIN et al, 2005, P. 35)

Assim, as mudanças nas práticas manicomialis exige uma mudança cultural mais ampla, uma mudança de posição em relação à loucura e ao louco na sociedade e no contexto cultural específico. Tal proposta envolve necessariamente a conquista da cidadania e a reinserção social dos portadores de sofrimento mental. Pela produção de espaços de cidadania, de construção de empoderamento pelos usuários portadores de transtornos mentais é que tal mudança cultural pode ser produzida. Nessa perspectiva, os profissionais relatam

alguns serviços de atendimento aos usuários, bem como aos seus familiares, que são ofertados no CAPS, tais como as “oficinas de cidadania”.

O objetivo nesse sentido seria o resgate da cidadania, da autonomia, além de promover a interação social entre eles. Então as oficinas aqui têm essa característica. Tem uma oficina, que o nome da oficina é cidadania, justamente para esse resgate desses direitos. Trabalha-se com a questão da reativação da autonomia dos usuários e reabilitação psicossocial (Entrevistado 2 – CAPS)

A fundamentação desse espaço de tentativa de reinserção social e desenvolvimento de cidadania é a ideia de que os portadores de transtornos mentais deixam de ser considerados passivos, sujeitados, marcados por exames clínicos e diagnósticos psiquiátricos, e passam a ser visualizados e tratados como sujeitos partícipes do seu processo saúde-doença. Nesse sentido, devem ser considerados como capazes de viver com cidadania, com a autonomia possível a cada um e inseridos na sociedade.

Este novo tipo de cuidado implica em investir na capacidade de emancipação do indivíduo, em operar suas próprias escolhas e em seu potencial de estabelecer suas próprias significações pautadas em sua história e de forma singularizada. “O desafio é o aumento do seu poder contratual, da possibilidade de ampliar seu potencial de trocas sociais. Sendo assim, o respeito à singularidade é premissa fundamental” (ALVES; GULJOR, 2004. p. 229)

Como forma de resgatar a cidadania, a autonomia e promover a interação social, o CAPS desenvolve oficinas com os usuários de saúde mental. Na fala abaixo podemos observar um exemplo típico de resgate de direitos e reabilitação psicossocial.

Já tive até um caso de um usuário que não conseguia manipular um caixa eletrônico. E quem tomava de conta do cartão dele era outra pessoa, e aí ele tinha que pagar uma taxa e tal. Então esse trabalho foi feito com ele até chegar ao nível que ele hoje gera o próprio recurso. Ele acabou com os empréstimos que tinha. E quando chegava o final do mês ele já não tinha mais dinheiro porque ficava nas mãos dos outros. Ele fazia empréstimos, não tinha um reordenamento, uma educação financeira. E esse trabalho foi feito com ele. E ele hoje é dono do cartão dele, tira o dinheiro dele, controla o próprio dinheiro. (Entrevistado 2 – CAPS)

Essa fala aponta para a superação de uma maneira de tratar os doentes mentais que além de tirar os direitos de cidadania dessas pessoas – pois na condição de doentes não podem administrar seus bens nem exercer nenhum direito – mostrou-se produtora de doença.

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental deve ser construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. Os profissionais devem realizar diariamente, por meio de intervenções e ações próprias do processo de trabalho das equipes, atitudes que possibilitem suporte emocional aos pacientes em situações de sofrimento, o que ainda encontra barreiras para serem efetivadas.

Já no CAPS, podemos perceber uma variedade de estratégias de intervenção relatada: acolhimento, oficinas psicossociais, grupos operativos, grupos de mediação, grupos de psicoterapia, de psicoterapia breve, atendimento familiar, educação em saúde na sala de espera etc. Notaram que, com as atividades grupais, os usuários mostraram maior disponibilidade para falar de si, para expressar sentimentos e interagir com os demais participantes dos grupos.

Outra coisa também que foi muito gratificante foi a gente ver um usuário que antes ele não assinava o nome, colocava a impressão digital. E a alegria que a gente viu na cara dele quando ele assinou o nome dele na ficha de frequência, foi realmente emocionante e muito gratificante a gente ver essa evolução dele, que ele nunca tinha assinado o nome, ficamos muito alegres e muito satisfeitas com isso. (Entrevistado 1 – CAPS)

Entretanto, contraditoriamente na ESF, também foram descritas situações em que os usuários apresentaram dificuldades para participar de grupos, sendo recomendada a manutenção de estratégias de atendimento individual.

A gente percebe também que muitos usuários também não se interessam muito por grupos. Não sei assim no horário da tarde, não sei, talvez falta de incentivo, assim mas outras vezes já foi tentado fazer outros grupos aqui só que não teve êxito. E outro problema também é que no PSF de zona rural a gente trabalha mais no horário da manhã, ou seja, há prioridade mais pra o atendimento clínico em si. Não há muito o interesse, eu não digo nem da gente aqui do PSF, mas da população, que se a gente trabalha no horário até uma hora da tarde eles preferem o atendimento clínico mesmo em si, não tem essa parte da clínica ampliada nem da saúde coletiva. (Entrevistado 9 – ESF rural)

Nesse sentido, esses sujeitos devem exercer o controle social, através de um pensamento crítico e reflexivo capaz de intervir no planejamento, execução e avaliação dos cuidados que lhes são prestados.

Além de princípios gerais expressos em termos de direitos especiais para os portadores de transtorno mental, as abordagens da normalização e do *empowerment* desenvolveram sistematizações teóricas e técnicas para implementação, desenvolvimento e avaliação de serviços de saúde mental... e sobretudo, estimulando o *empowerment*, por meio do estímulo às iniciativas de autoajuda, suporte mútuo, mudança cultural, defesa dos direitos informal, legal e profissionalizada, de forma individual e coletiva, e a participação efetiva dos usuários nas decisões nos serviços e agências promotoras de políticas de saúde mental, nos níveis de planejamento, execução, avaliação de serviços e na formação de recursos humanos para o trabalho no campo da saúde mental (VASCONCELOS, 2000, p.189).

As propostas de reabilitação psicossocial passam pelo exercício da autonomia e cidadania visando à inserção de pessoas secularmente estigmatizadas. Construir um novo lugar social para a loucura não deve restringir-se aos limites sanitários, mas estar atrelado à invenção de novos espaços e formas de sociabilidade e de participação (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009). É nesse sentido que a concepção de empoderamento em saúde mental torna-se chave para a criação de autonomia e sociabilidade. O empoderamento aponta para:

Uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidado em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental difusa na sociedade

civil, de exercício do controle social no sistema de saúde e de militância social. (VASCONCELOS, 2008, P.60)

Nesse sentido, os parâmetros de uma Reforma Psiquiátrica vão muito além de uma mudança de atenção, práticas e produção de cuidado. A noção de reforma distende-se então em dois sentidos: em primeiro lugar se direciona para a garantia de direitos muito elementares de liberdade e cidadania. Em outro, numa abordagem ampla do movimento de transformação cultural. A reforma da cultura dos pensamentos e das ações deve, portanto, ultrapassar o nível apenas teórico e se concretizar no nível político, tendo como base a invenção de novas estruturas assistenciais e terapêuticas, com novos valores e contravalores, pois a aceitação da impossibilidade de transformação e a condenação a esta condição permite que a cultura manicomial se perpetue.

Essa perpetuação da cultura manicomial não se explica somente pelas práticas de produção de cuidado desenvolvidas, como também pela organização do sistema de saúde, pela gestão, fatores esses que precisam ser discutidos em dificuldades e potencialidades para a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial.

5.3. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): DIFICULDADES E POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO PARA A ATENÇÃO

Quando consideramos a necessidade de construção de uma efetiva Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Areia Branca encontramos a partir da fala dos profissionais as dificuldades e possibilidades para tanto.

A primeira dificuldade diz respeito à centralização do cuidado no único CAPS do município.

No município de Areia Branca nós temos hoje o CAPS. Esse CAPS ele atende todo o município, a área urbana e a zona rural também. Nesse CAPS nós temos psicólogos, o psiquiatra, temos os enfermeiros, os terapeutas ocupacionais que trabalham toda essa parte de oficinas, terapias, grupos. Hoje no município nós temos esse equipamento. (Entrevistado 7 – Representante da gestão municipal)

Os serviços substitutivos, aliados as leis e portarias ministeriais, propõem transformar parâmetros de uma assistência psiquiátrica anteriormente voltada para a doença mental, para conferir o aspecto biopsicossocial à abordagem do sofrimento psíquico. No entanto, foi elencado que Areia Branca recebeu uma verba para a construção de um outro CAPS, e isso não foi efetivado. O que faz pensarmos que não é disponibilizada pela gestão municipal a devida importância à saúde mental no município, se levarmos em consideração a enorme demanda e a falta de estrutura física para a efetivação dos serviços, como indicam os profissionais:

Mas uma das dificuldades é a questão do espaço físico e, lembrando disso, a gente sabe que veio uma verba para construção de um CAPS e até agora nada foi resolvido. E a gente já procurou a secretaria, já procurou outros poderes e enfim (Entrevistado 2 – CAPS)

A questão da importância dada pela gestão à política de saúde mental e o modo como ela é conduzida no município também fica evidente quando, no decorrer da pesquisa, foi possível observar a inexistência de uma coordenação municipal em saúde mental, sendo que as ações nessa área estão vinculadas à coordenação das ações estratégicas. Essa situação, por sua vez, corrobora para que as prioridades em saúde, os recursos e as transações políticas sejam deslocadas para outros setores denominados pela Prefeitura Municipal como prioritários.

Nesse sentido, foi apontada a deficiência do apoio da Secretaria Municipal de Saúde na disponibilização de recursos para o atendimento aos usuários de saúde mental, indicando que as questões de ordem política constituem dificuldades estruturais e importantes no desenvolvimento da atenção à saúde mental no município.

A questão é que a Secretaria não oferece suporte, além de suporte profissional, além desse *feedback* com o CAPS. Nós não temos, eles não disponibilizam, por exemplo, medicação suficiente para o paciente que está precisando. Como, por exemplo, nós estamos com um aqui e não tem a medicação toda para ele. Nós não temos disponibilidade de transporte, ainda mais por nossa área ser bem extensa. Não temos transporte, então não temos como estar se deslocando até a casa do paciente, que eu acho que é importante conhecer a realidade dele. Só chega um familiar para pedir um remédio, mas a gente não sabe como é que ele está lá, como é que ele é cuidado, se estão realmente dando essa medicação, se está sendo feita, se não

está. Então eu acho que muita coisa falta para poder fazer uma rede de saúde mental de qualidade. (Entrevistado 4 – ESF rural)

Para uma efetiva integração do trabalho em saúde mental com a atenção básica em Areia Branca, faz-se necessária uma interlocução da Política Nacional de Saúde Mental, via Ministério da Saúde, com a Secretaria Municipal de Saúde e os trabalhadores que atuam diretamente nos serviços, pois sem apoio institucional da gestão local o processo de reforma acaba por ficar paralisado. Ou seja, devemos considerar a gestão e a atenção em saúde como algo indissociável. Fica evidente, no cotidiano dos profissionais participantes, que precisamos estar atentos aos efeitos que esses entraves na gestão implicam na micropolítica do cuidado realizado por eles na ponta dos serviços. E refletir sobre o modo como tal interlocução pode suscitar a necessidade de organização coletiva das equipes e a produção de novos modos de intervenção e criação de diferentes dinâmicas de atendimento e acolhimento às pessoas com transtornos mentais, de modo a tensionar o poder público para a produção das condições necessárias a consecução da política pública de saúde mental.

Apesar dos participantes apresentarem essa compreensão da necessidade da estruturação e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde Mental, apontam que os serviços existentes não se encontram organizados, e não funcionam como tal.

Como uma das dificuldades existentes para efetivação da rede, é elencada a dificuldade de troca de informações, de atuação conjunta entre os serviços existentes. Muitas vezes essa não acontece, e quando acontece é de forma pontual, quando os envolvidos acreditam ser necessário o encontro.

Essa prática não se tem. A não ser que o usuário venha aqui e diga como é que está. Entre os trabalhadores e os órgãos isso realmente não existe. Em todos aqui, unidades, CRAS, CREAS, CAPS, enfim. (Entrevistado 2 – CAPS)

Eu sempre vejo pacientes no CAPS, e sempre continua fazendo tratamento no CAPS. Eles vão para lá, mas muitas vezes sem esse retorno para sabermos como está a situação do tratamento deles. (Entrevistado 9 – ESF rural)

Só acontece realmente quando a gente sente na pele a necessidade e vai atrás, vai lá. (Entrevistado 1 – CAPS)

Através das falas supracitadas, é perceptível como empecilho para a construção dessa rede a dificuldade de comunicação e estabelecimento de vínculos entre o CAPS e a ESF.

Como forma de subsidiar o novo cuidado em rede, através da construção de vínculos entre a ESF e o CAPS muda-se o foco de compreensão da doença mental como algo que precisa ser removida a qualquer custo, e passa agora a ser compreendida como determinante e determinada pelos aspectos econômicos, culturais, políticos e sociais, reintegrados como parte da existência humana e que para isso é necessária a atuação conjunta e a efetiva troca de informações. De acordo com essa perspectiva (TENÓRIO, 2002) aponta que:

Deve haver consideração dos fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes do processo saúde-doença e não apenas de maneira genérica. Seus meios básicos são as psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, destacando as cooperativas de trabalho. Assim como na pertinência do indivíduo num grupo familiar e social como agentes de mudanças buscadas. “Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica” (p.13).

A superação da contradição entre o discurso da Reforma Psiquiátrica brasileira e a prática efetiva dos serviços de saúde mental ainda se constitui um desafio, conviver com outras possibilidades de vida e de tratamento ainda é uma utopia na atenção à Saúde Mental.

Dispor de todos esses recursos não basta para assegurar um Projeto de Saúde Mental. Um Projeto não consiste simplesmente na administração dos serviços existentes, ou na criação de novos serviços. Trata-se de uma construção coletiva, tendo como parceiros o poder público, os trabalhadores e as instâncias de controle social.

Um Projeto de Saúde Mental será coerente e eficaz, sempre e quando seus diferentes serviços se articulam uns aos outros, visando a um objetivo comum: prescindir do hospital psiquiátrico e sua lógica, assegurando a todos os usuários o acesso à rede de cuidados, e construindo com eles condições para sua vida livre, autônoma e participativa. Alguns entrevistados enfocam a necessidade da atuação conjunta entre CAPS e ESF como forma de promover o envolvimento dos profissionais desses diferentes níveis, não se tratando apenas de supervisão de casos.

Eu acho que está faltando o trabalho em equipe, entre a unidade e o CAPS. Às vezes nós não conhecemos na verdade os pacientes do CAPS. Eu acho que nós temos que ter uma lista de todos os pacientes da área que têm esses problemas porque lá eles sabem onde mora, nome, família. Então nós temos que ter, cada unidade tem que ter. Eles pegarem uma lista: esses pacientes aqui são do CAPS e eles são atendidos nessa área caso eles venham, e explicar tudo. Porque já teve uma reunião com o CAPS, nós já fomos para essa reunião na época que vai fazer quatro anos que estou trabalhando aqui, já foi passado os usuários de lá, os pacientes que fazem o trabalho lá. Que o trabalho lá é muito bacana, só que ficou combinado de nos passarem os usuários, o comportamento de cada um, mas nunca foi passado. Então assim nós ficamos sem saber quem é quem. Tem esses dois pacientes que nós já sabemos que são da área, que sempre aparecem, mas só esses dois. Os outros, que são vários, nós não conhecemos. Falta a comunicação do CAPS com a unidade, e eu acredito que é em todas as unidades, e o trabalho em equipe do CAPS com a unidade porque se nós não trabalharmos em equipe o trabalho não vai andar, então nós temos que estar a par de tudo para poder ter um bom resultado. (Entrevistado 14 – ESF urbana)

Como forma de qualificar esta relação entre os serviços na atenção e planejamento conjunto aparece a proposta do Apoio Matricial (AM) na atenção psicossocial e Unidades de Saúde da Família. O AM às Unidades Básicas de Saúde (UBS) se constitui em uma proposta de articulação da rede de Saúde Mental, permitindo e/ou facilitando o direcionamento dos fluxos da rede, visando à implementação de uma clínica ampliada, favorecendo a coresponsabilização entre as equipes, promovendo saúde e a diversidade de ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as UBS.

O Apoio Matricial é um dispositivo articulador de um conjunto de estratégias fundamentais no processo de construção e de transformação da Assistência em Saúde Mental. É um arranjo institucional que foi recentemente incorporado pelo Ministério da Saúde (2003) como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em Saúde Mental, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da coresponsabilização. Ademais, visa produzir maior resolutividade à assistência em saúde.

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde, em que se rompe com a tradicional hierarquia dos serviços de saúde, e busca-se no processo de construção compartilhada entre duas ou mais equipes de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, através de um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

O matriciamento em saúde mental não é encaminhamento do usuário para atendimento individual e/ou coletivo por profissionais exclusivamente de saúde mental; ou uma supervisão dos serviços da atenção primária pelos serviços da saúde mental.

Essa rede horizontalizada está constituída de dois tipos de equipes: equipes de referência e equipe de apoio matricial, sendo que no Brasil as equipes de saúde da família funcionam como equipes de referência, e a equipe de apoio matricial é a equipe de saúde mental. Essas equipes estabelecem uma estrutura organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que objetiva ampliar a consolidação da clínica ampliada e a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico.

O matriciamento pode ocorrer quando a equipe de referência necessitar de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico, e abordagem da família. Para auxiliar em intervenções na atenção primária, como grupos de pacientes com transtorno mental, para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de sujeitos com transtorno mental.

No processo de construção coletiva entre a equipe de referência e a equipe de apoio matricial, profissionais de diversas especialidades compartilham experiências e saberes ao se depararem com a realidade exposta. Profissionais matriciadores em saúde mental na atenção primária são psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, enfermeiros de saúde mental, onde cada um pode contribuir com um olhar diferente, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes.

Portanto, o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento.

O apoio matricial pode ser percebido de forma positiva pelos profissionais, entendido como regulador de fluxo, definindo em qual nível cada caso será acompanhado (ESF ou CAPS), e lembrando que todos os casos são de responsabilidade mútua. Não se pretende construir uma relação hierarquizada, mas uma troca de saberes.

A proposta do apoio matricial é a contribuição de conhecimentos e a prática conjunta das ações, com o envolvimento de diversas categorias para a discussão e construção de projetos terapêuticos para casos considerados complexos. Entretanto, o apoio é agenciador e não se configura como solução pronta para os serviços. (CAMPOS; NASCIMENTO, 2007)

Segundo Campos e Nascimento (2007), o apoio matricial é a possibilidade de um encontro desmistificador, em uma integração de múltiplas faces na produção de saúde. A proposta de trabalho integrado implica um fazer totalmente diverso do trabalho fragmentado da assistência em saúde, presente nos serviços atualmente, pois envolve co-responsabilização, discussão de casos e construção de projetos terapêuticos contextualizados com a vida do sujeito. Assim, é possível vislumbrar o rompimento com formas de cuidado que têm princípios como a ideia de encaminhamento, de hierarquia de saber e de medicalização da saúde.

Entretanto os entrevistados apontam a presença do discurso da psiquiatria e do diagnóstico em psiquiatria como o que deve orientar a organização da atenção, colocando os casos “mais graves” como sendo responsabilidade do CAPS e os menos graves da atenção básica.

O CAPS deve atender principalmente os casos mais graves, até por causa da demanda. A saúde mental também é feita nos casos menos graves no posto de saúde José Nogueira, lá conta com psiquiatra, que é o mesmo daqui, e quatro psicólogos. Os casos menos graves são encaminhados para lá. Geralmente, quem faz esses encaminhamentos é o Dr. Aqui no CAPS seriam os casos mais graves como transtornos de ansiedade, transtornos de humor, afeto e a esquizofrenia propriamente dita e, além disso, a gente ainda tem alguns casos de retardo mental e demência. O retardo seria caracterizado antes dos 18 anos, e a demência a partir dos 19. (Entrevistado 2 – CAPS)

As falas identificam ainda empecilhos para a implantação do apoio matricial: falta de articulação entre eles, pequeno número de profissionais, falta de capacitação específica para a saúde mental.

Eu sei que a gente atende os pacientes da área, mas não tem essa ligação do CAPS, não chega nada dizendo, não tem essa comunicação. A gente atende os pacientes da área e é isso. Eu acho que falta um interrelacionamento com os órgãos da rede de saúde mental. (Entrevistado 13 – ESF urbana)

Outra coisa também é que a gente não tem um contato com o CAPS, que é isso que é mais importante. Se o CAPS tivesse elaborado projeto, estratégia que a gente pudesse trabalhar esse pessoal que é dependente dessas drogas, não só drogas ilícitas como também drogas medicamentosas, a gente tiraria muita gente desse quadro também. Que isso é função do CAPS também, junto ao programa saúde da família. (Entrevistado 8 – ESF rural)

Não existe essa contra referência do CAPS com a unidade de saúde. Tem esse prejuízo para o paciente porque a gente não tem esse controle, não tem como a gente saber, se a gente encaminha o paciente para o CAPS a gente não tem essa informação de lá o que foi feito com ele, o que foi trabalhado com ele, como ele está se comportando, a gente não tem essa contrarreferência de lá, essa informação. (Entrevistado 8 – ESF rural)

A articulação da Estratégia Saúde da Família com o CAPS não está acontecendo porque teve essa espera dessa resposta pelo NASF, de como é que isso ia proceder, qual que seria o papel do NASF, qual seria o papel do CAPS. (Entrevistado 2 – CAPS)

As falas indicam problemas na atuação do NASF enquanto articulador na rede de atenção psicossocial. No entanto, esse núcleo no município ainda é novo, encontra-se em fase de implantação, o que nos leva a pensar que devido a isso não está operando, fazendo o apoio como deveria. As ações desenvolvidas pelo NASF em Areia Branca ainda apontam passos iniciais de atuação na melhoria da Estratégia Saúde da Família. Não apresenta sede fixa, encontrando-se instalada na Secretaria Municipal de Saúde. Seus serviços acontecem basicamente através de atividades educativas voltadas para a comunidade e algumas ações pontuais de educação para os profissionais inseridos na prestação dos serviços de saúde. No tocante às ações de saúde mental, ainda não foram realizadas ações mais efetivas para formação do fluxo em saúde mental, com definições de articulações matriciais necessárias à efetivação da Rede de Atenção Psicossocial.

A criação do NASF se constitui como um passo importante para a consolidação da Estratégia Saúde da Família, e para o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional. Nele, as diretrizes da integralidade, qualidade, equidade e participação social devem ser concretizadas em ações coletivas centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde, capazes de produzir saúde para além do marco individualista, assistencialista e medicalizante.

O NASF foi criado a partir da estratégia da implementação de equipes matriciais de referência em saúde mental. A entrada da área de saúde mental nas atribuições do NASF supre uma lacuna que inicialmente não havia sido prevista no campo da atenção básica e deveria ser priorizada, pois se refere à grupos populacionais ainda insuficientemente acolhidos pelas ações das políticas públicas.

Para todas as profissões o desafio principal consiste em criar a possibilidade da atuação conjunta, integrada e intersetorial, que incorpore a participação dos usuários e traduza a nova concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS. Ocorre que esse trabalho em equipe, para a maior parte dos profissionais, não é focado na graduação e deverá ser aprendido no cotidiano da produção das ações de saúde e na imersão no trabalho coletivo e no território onde a vida acontece.

Permeabilidade, inovação e plasticidade são alguns dos pré-requisitos para romper com a visão hierarquizada, corporativa e parcializada do trabalho em equipe, necessária e imprescindível para realizar esse projeto. Assim, podemos concluir que a responsabilidade sobre o sucesso dos NASF será de todos os atores envolvidos em sua construção.

O projeto é ambicioso e pode parecer utópico quando avaliamos que o perfil formativo da maior parte dos profissionais de saúde ainda está muito distante desse horizonte e que muitos obstáculos serão encontrados no percurso.

Para a superação das dificuldades de articulação entre os CAPS e a rede de APS, que ainda precária e com serviços dispersos e isolados, se faz necessário o esclarecimento do papel do CAPS no SUS, junto aos profissionais, e a construção efetiva de uma rede de serviços. Os profissionais deveriam refletir continuamente sobre a experiência de matriciamento, para permanecerem abertos à inovação (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DELFINI e col., 2009).

Para Vieira Filho e Nóbrega (2004), as conexões entre CAPS, ESF e outras instituições que compõem os recursos do território devem funcionar como espaço dinâmico de continência do sofrimento mental. Delfini e colaboradores (2009) destacam que o apoio matricial, baseado em reuniões e visitas domiciliares, pode enriquecer a prática cotidiana e transformar a percepção dos profissionais acerca das pessoas portadoras de transtorno mental, desfazendo preconceitos. Destacam ainda que esses efeitos podem ser particularmente importantes para os agentes comunitários de saúde.

Mesmo com relatos da falta de articulação, pode ser percebido que existe um terreno fértil para a saúde mental no município de Areia Branca, com inúmeras possibilidades para a construção da Rede de Atenção à Saúde Mental nesse espaço.

E como possibilidades nós temos exatamente a possibilidade de trabalhar essa rede de atenção. Trabalhar uma oficina para estabelecer o que é essa rede de atenção psicossocial dentro da atenção básica, como porta de entrada para essas pessoas, o espaço para a produção de projetos, ampliando fisicamente outros espaços que possam estar inserindo essa pessoa, esse sujeito dentro da sociedade, que essa é uma das funções do CAPS. Não colocar somente para dentro do CAPS e deixar lá, mas sim trabalhar junto com a sociedade projetos comunitários. Então eu acredito que essas são possibilidades ainda hoje, *a priori*, para serem trabalhadas na atenção básica do município. (Entrevistado 7 – Representante da gestão municipal)

Os autores desses relatos também recomendaram a inserção e o fortalecimento das questões de saúde coletiva na ESF, a ampliação das estratégias de atuação, com adequação às demandas da ESF.

A gente percebe também que muitos usuários não se interessam muito por grupos. Já foram tentados fazer outros grupos aqui só que não teve êxito. E outro problema também é que no PSF de zona rural, a gente trabalha mais no horário da manhã, ou seja, há prioridade mais para o atendimento clínico em si. Não há muito o interesse, eu não digo nem da gente aqui do PSF, mas da população, que prefere o atendimento clínico em si, não tem essa parte da clínica ampliada nem da saúde coletiva. (Entrevistado 2 – ESF rural)

Faz-se ainda necessário integrar os usuários de saúde mental nas atividades de grupo realizadas pela equipe da ESF, como as caminhadas, oficinas e salas de espera. Devem ser realizadas articulações com as organizações da comunidade (associações de bairro, escola, igreja e outras) no intuito de promover a circulação social do usuário no seu território e construir novos espaços de reabilitação psicossocial, como as oficinas comunitárias, hortas comunitárias, cooperativas, etc. Por fim, promover ações de caráter preventivo, como palestras, debates, atividades artísticas e de grupos para trabalhar problemas relacionados ao abuso de álcool/consumo de drogas, ou mesmo usuários com problemas de isolamento social/afetivo, dentre outros. (SCÓZ; FENILI, 2003)

Essas ações promoveriam uma maior compreensão sobre a situação em que as famílias vivem e favoreceriam condições para as equipes desenvolverem atividades de cuidado na busca de solução de problemas de saúde, bem como nas situações onde há risco de sofrimento psíquico.

A articulação da assistência em saúde mental com a atenção primária faz parte do plano de reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das equipes de saúde da família, como um importante elo para a efetiva organização de um sistema de saúde que se propõe de fato integral em sua atuação.

Na composição de práticas que permitem que a integralidade no trabalho em saúde seja alcançada, Cecílio (2001) propõe duas dimensões: a) a integralidade requer a interação dos vários saberes e esforços de uma equipe multiprofissional; e b) precisa da interlocução entre os serviços do território. Ou seja, para melhorar a vida das pessoas, uma composição de várias tecnologias difundidas em uma rede ampla de serviços diversos. A integralidade depende dessa articulação, pois não pode se consolidar em apenas um serviço.

É um consenso por parte dos profissionais que participaram da pesquisa de que essa articulação com o território é importante para o campo da saúde mental e que pensar o cuidado de forma isolada é inconcebível. É o trabalho realizado com diferentes olhares que resulta em andamento positivo para o sujeito, diferente do trabalho isolado dentro do CAPS. Para os serviços substitutivos, essa forma de atuação é a possibilidade de ter uma maior interação com a realidade dos seus usuários e poder, a partir disso, direcionar seus projetos de intervenção.

Para a melhoria dos serviços nós temos que ampliar fisicamente o CAPS, nós temos que organizar essa rede de atenção, porque só ter o CAPS não resolve. Então se nós temos uma rede, ela precisa funcionar como rede. Então para melhorar nós precisamos ter a acolhida dessas pessoas, preparação do pessoal que está nas unidades de saúde para acolher esse usuário e encaminhá-lo ao CAPS, depois acompanhar esse sujeito no seu cotidiano. Então o CAPS ele vai ser a ferramenta, mas o acompanhamento é feito com todas as outras pessoas dentro da atenção básica, organizar essa rede dessa forma, então criar protocolos de atendimento, protocolos para saber de como serão essas visitas, esse acompanhamento, essa relação de informações, de unidade e CAPS para ver como está o andamento. Acredito que o NASF tem um ponto importante aí que é exatamente trabalhar os planos terapêuticos junto com os familiares, para os familiares e para o próprio usuário. Então acredito que nós podemos melhorar os serviços de atenção psicossocial dessa forma. (Entrevistado 7 – Representante da gestão municipal)

Essa aproximação tem se mostrado enriquecedora e ampliado as formas de atuação, pois no trabalho conjunto é possível compreender o sofrimento do sujeito, sua realidade. Para os profissionais do referido CAPS, há o entendimento de que um dos papéis deste serviço é o

envolvimento com o que o cerca. Então, essa articulação é considerada estratégica, potencializadora das práticas, um eixo para não fragmentar o cuidado.

Franco e Magalhães Junior (2004) apontam que a proposta de pensar os desafios da atenção integral à saúde precisa começar pela reorganização das práticas da atenção básica, e a partir daí somarem-se ações dos outros níveis assistenciais. Caminhando com a aposta de constituição de uma rede substitutiva entre os CAPS e a atenção básica, como forma de garantir a integralidade aos usuários com transtorno mental. (VICTAL; BASTOS; ROMANHOLI, 2010). Tendo isso em vista, uma efetiva rede de cuidado no território pode ser constituída.

Confirmando essa aposta, nesse percurso, alguns casos de formas desumanas de viver foram descobertos. Por meio desse encontro entre instituições, território e usuários, o pensamento que estigmatiza a diferença foi sendo abalado e novas formas de lidar com o sofrimento psíquico grave começaram a ser ventiladas na família e na comunidade.

Eu observo que o CAPS daqui diante do que a gente escuta, diante de outras realidades de lugares que trabalham a saúde mental, aqui os níveis de crise são bem menores do que muitos lugares que eu ouço falar porque eu observo neles a devolução da dignidade, da convivência não só com a família, mas com a sociedade, na escola, no postinho, aqui dentro, entre eles. Há um vínculo, há uma humanização nessa situação. E eu acho que isso faz com que a questão de saúde prevaleça bem mais do que a questão da doença, da enfermidade, do transtorno. Até porque a gente não trabalha em cima do diagnóstico, é com pessoas. (Entrevistado 3 – CAPS)

Acho que aqui a gente vê, pelo menos eu vejo, muito crescimento, apesar assim, obviamente lento, mas a gente vê o crescimento de muitos que chegam aqui com uma situação que não sabem uma letra, e hoje já sabem as letras do seu nome, já escreve seu nome, tem a maior alegria de assinar seu nome no prontuário. Eu acho que isso é uma vitória conquistada muito lentamente, mas é um resultado que a gente vê (Entrevistado 3 – CAPS)

A aposta na aproximação com a atenção básica tem significado desinstitucionalizar práticas ancoradas na forma biomédica tradicional de conceber o sofrimento psíquico. Além de fazer aqueles com alguma demanda em saúde mental passarem a existir em seu território, é possível, mesmo nas sutilezas, desmitificar, sensibilizar e provocar a mudança. E somente a relação com o território possibilita a construção de novas práticas de cuidado em saúde mental.

Por ser um processo em andamento, a Reforma Psiquiátrica brasileira coloca a cada ator a responsabilidade de caminhar inventando. O que há de concreto são as experiências não manicomial que vêm acontecendo e mostram que o caminho a seguir é tratar em liberdade, é intervir com diferentes estratégias, diferentes saberes contextualizados com a realidade de cada um, para dar conta do que é colocado de novo todos os dias. O percurso precisa ser dinâmico e aberto às transformações e às necessidades do sujeito em jogo (ROTELLI, 1990).

Mesmo com os bons frutos colhidos no processo da desinstitucionalização, não houve o pensamento de que o trabalho estava cumprido, pois este processo requer mais que o abandono dos manicômios; requer mudanças significativas nas formas de ver o fenômeno da loucura. A criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos é um passo importante, mas para romper com a lógica manicomial presente na sociedade é preciso ir além das paredes desses novos serviços. É preciso fazer a loucura circular pelos espaços da cidade. A mudança precisa ocorrer no cotidiano, na luta diária dos serviços, do território, da vida, na construção de outros olhares sobre a loucura e os seus estigmas. Assim, no nosso contexto, o desafio colocado é o movimento que está sendo feito em direção ao território, possibilitado na articulação com a atenção básica. Se o fenômeno da loucura foi historicamente construído, é no dia a dia das comunidades que esta desconstrução se torna possível. A desinstitucionalização pode romper com o anonimato em que esta loucura foi condenada a viver (ABOU-YD, 2010). No entanto, essa mudança de paradigma tem sido desafiadora e a interlocução com os serviços caminha a passos curtos.

O ponto crucial para a efetivação da articulação entre a Estratégia Saúde da Família e a Rede Substitutiva de Saúde Mental está na modificação dos processos de trabalho em saúde que são desenvolvidos cotidianamente com os usuários de saúde mental, bem como na modificação do modo como vêm sendo conduzidas as políticas e a gestão em saúde no município, ou seja, o projeto de reforma psiquiátrica brasileira só terá êxito a partir do momento em que os trabalhadores de saúde modificarem concepções e práticas de saúde já tomadas como tradição.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou a relação entre a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial, através das percepções e experiências dos profissionais envolvidos na atenção à Saúde Mental. Por um lado, registrou-se intensa demanda em saúde mental advinda de usuários e de seus familiares e/ou cuidadores. Por outro, verificou-se que apesar de existir alguns avanços com relação a percepções sobre saúde mental, existem ainda práticas, histórica e contextualmente arraigadas, que atuam como obstáculos para a resposta efetiva a essa demanda na perspectiva da desinstitucionalização.

Essa situação confirma a dificuldade da inserção da saúde mental na atenção básica e o papel centralizador ocupado pelo hospital psiquiátrico na rede de cuidados. Acredita-se que a incorporação concreta e sistematizada dessas demandas pode ser feita pelas Equipes de Saúde da Família. Porém, nem sempre esse nível de atenção apresenta condições técnicas para atender às pessoas com problemas de sofrimento psíquico. O acolhimento do usuário pela ESF, muitas vezes, configura-se como um dos pontos de estrangulamento da rede substitutiva formalizada no território, por demandar, em muitos casos, a intervenção de profissionais especializados na área de saúde mental. Acresce-se a esse fato o pouco conhecimento dos profissionais das ESF sobre usuários da saúde mental, as formas de tratamento e os encaminhamentos possíveis, o que acaba afastando e redirecionando-os para os hospitais psiquiátricos, que continuam a representar, em muitos casos, o lugar social da doença mental, o lugar da loucura.

Constatou-se a persistência do paradigma biomédico tradicional, pouca correspondência entre as diretrizes de inclusão da saúde mental e a realidade dos serviços, dificuldades na relação entre equipes de ESF e CAPS. Mas as ausências não foram absolutas. A pesquisa mostrou que profissionais pretendem construir concretamente formas de lidar com os problemas de saúde mental na APS mais adequadas aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira. Entretanto, essas estratégias permanecem "obscuras" (os próprios profissionais não tinham clareza sobre elas) assistemáticas e desarticuladas da rede de serviços. Isso sugere que a atenção à saúde mental na APS ainda se encontra em seus "tateios" iniciais.

No entanto, deve-se reafirmar a potencialidade da rede para fortalecer o processo de mudança do modelo médico-privatista para a construção de um novo modelo; ampliar a participação e controle social; resgatar a relação dos profissionais de saúde e usuários do

SUS; oportunizar a diminuição do abuso de alta tecnologia na atenção em saúde; fortalecer a importância da escuta, do vínculo e do acolhimento.

A superação da contradição entre o discurso da Reforma Psiquiátrica brasileira e a prática efetiva dos serviços de saúde mental ainda se constitui um desafio, conviver com outras possibilidades de vida e de tratamento ainda é uma utopia na atenção à Saúde Mental. Nesse sentido, a ampliação do acesso e da resolubilidade da atenção básica é condição essencial para reorientação e redimensionamento dos fluxos de referência para outros níveis de atenção, facilitando o acesso da população a ações e serviços o mais próximo possível de seu domicílio. A reorientação dos fluxos de usuários deverá resultar na diminuição da pressão de demandas inadequadas sobre serviços de maior complexidade, liberando-os para absorver melhor as demandas para as quais de fato foram constituídas.

Dessa maneira, a construção de uma rede em saúde mental desempenha um papel fundamental ao contribuir com troca compartilhada de saberes para aumentar a capacidade resolutiva das equipes da ESF; nesse sentido, pretende-se superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental. Permite-se, assim, lidar com a saúde de uma forma ampliada e integrada através desse saber mais interdisciplinar, e, por outro lado, ampliar o olhar das equipes nas unidades básicas de saúde em relação aos usuários, às famílias e ao território, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua.

A inclusão efetiva de assistência à saúde mental na atenção básica ainda é uma realidade pouco frequente. No entanto, existem bons trabalhos, que apontam alternativas operacionais promissoras.

A inclusão das ações de saúde mental na APS deve ter o objetivo de promover a autonomia dos usuários, seu autocuidado e suas relações familiares e sociais, contemplando a atenção a transtornos de diferentes graus de severidade e persistência. Para concluir, cabe reconhecer que o desafio profissional que se impõe é difícil, mas também estimulante.

Ressaltamos que de um modo geral, os processos de trabalho nos serviços visitados são focalizados em modelos de atuação biomédicos, com pouca articulação com outros equipamentos de saúde, com a gestão e organizações locais que poderiam promover uma maior circulação/reinserção e reabilitação social para os usuários de saúde mental.

Desse modo podemos concluir a partir desta rica experiência pelo território da atenção básica e saúde mental em Areia Branca e pelas nossas análises dessa experiência, que o ponto crucial para a efetivação da articulação entre a Estratégia Saúde da Família e a Rede de Atenção Psicossocial está na modificação dos processos de trabalho em saúde que são desenvolvidos cotidianamente com os usuários de saúde mental, bem como na modificação do

modo como vem sendo conduzido às políticas e gestão em saúde no município. Ou seja, o projeto de reforma psiquiátrica brasileira só terá êxito a partir do momento em que os trabalhadores de saúde compreenderem e atuarem a partir da concepção que a atenção em saúde e gestão, clínica, política são movimentos indissociáveis, inseparáveis, bem como entenderem que a produção de saúde implica na produção de sujeitos.

O momento atual exige a conjugação de esforços, no sentido de viabilizar a interlocução entre a atenção básica e a saúde mental através da construção de uma rede integrada de saúde e da (des) construção e (re) construção do pensar e agir em relação ao processo saúde-doença mental.

A atual política nacional de saúde mental tem apontado o caminho para a municipalização das ações de saúde mental de base comunitária, o que constitui a possibilidade de avanço no sentido da superação do modelo “hospitalocêntrico”/biológico. No entanto, a efetivação desse interesse ainda é inexpressiva dada à desarticulação da rede de cuidados de saúde.

A ESF, como ferramenta de atenção comunitária para a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, mostra-se um caminho a ser melhor explorado, visto que se busca através dela a descentralização dos serviços, um campo para práticas críticas, reflexivas e produção de saberes. O grande desafio consiste na elaboração de um processo de trabalho mais solidário, integral que possibilite o acolhimento, o vínculo, a construção de espaços de trocas e de valorização das subjetividades, propiciando o resgate da cidadania dos sujeitos em sofrimento mental e a ressignificação do imaginário social acerca da loucura.

Acreditamos que através de cursos de formação, capacitação, sensibilização em saúde mental existirão maiores possibilidades para que as equipes integrem-se e construam redes de relação em torno da atenção à saúde dos usuários de saúde mental. Nesse ponto, salientamos a urgente necessidade de cursos de capacitação para os trabalhadores da ESF poderem trabalhar essa demanda, a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica, uma vez que esse cuidado em serviços extra-hospitalares, facilitará o acesso aos serviços à população de um determinado território.

Diante dos dados, sugere-se fornecer mais e melhor formação dos profissionais. Essa educação em saúde deveria ser permanente; baseada em reuniões periódicas com um supervisor proveniente do CAPS; deveria não ser restrita a aspectos técnicos, incluindo reflexões capazes de elucidar as relações entre loucura e sociedade; deveria ter como objetivo compartilhar e reconstruir ideias, experiências, estratégias e conceitos, permitindo que os

profissionais formulem sistemas de significados, instrumentos de intervenção e projetos em comum.

Espera-se que este estudo provoque ações reflexivas por parte dos trabalhadores de saúde e da saúde mental, e contribua através da sensibilização para a avaliação do papel social destes profissionais quanto à responsabilidade ética na execução do processo de trabalho construído no cotidiano do serviço na atenção básica, em coerência com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Acredita-se que esta pesquisa abre um leque de discussões que suscitarão novas pesquisas, bem como oferece subsídios para trabalhos de intervenção na realidade do município de Areia Branca, no que tange a saúde mental.

Esse trabalho é fruto de discussões e construções realizadas no Mestrado Profissional em Saúde da Família, e possibilitará apresentarmos resultados de uma avaliação ao município supracitado, como forma de esclarecermos a real situação da saúde mental, no que tange a demanda em saúde mental, a relação inserção da ESF na rede de atenção psicossocial, bem como as dificuldades e potencialidades para a efetivação da rede de saúde mental no município.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S.; GULJOR, A P. O Cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: informativo da saúde mental**. Brasília, 2005. v.4, n.21.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, 2011. p. 48-55.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acessado em: 05/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família (PSF)**. Brasília, 2001b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf. Acessado em: 05/01/2013.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro – RJ: Cortez, 1996.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001, 6(2):471-480.

BRÊDA, M. Z.; ROSA, W. A. G; PEREIRA, M. A. O; SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2005, 13(3):450-2

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2000, v.5 n.1. **Disponível em** <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>. <http://www.scielo.br> acessado em: 12/11/2012.

CALDAS, B. de F. T.; **Estruturação dos serviços substitutivos e concepção ampliada de rede**: a contribuição dos Núcleos de Mediação e Cidadania para a efetivação de direitos do louco. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br> acessado em: 26/01/2013

CECCIM, Ricardo B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CORREIA, V. R; BARROS, S; COLVERO, L. A; Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm. USP**, 2011, 45(6):1501-6

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE GESTÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saude Mental**, v.1, n.1, 2009. 1 cd-rom

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FARIA, H. P. de et al. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008. 64 p. II. + 1 DVD. - (Educação a Distância)

FILHO, N. G. V.; NÓBREGA, S. M. da. **A atenção psicossocial em saúde mental**: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Estudos de Psicologia 2004, 9(2), 373-379

GERMANO, R. M. O Ensino de Enfermagem em tempos de mudança. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF), v. 4, n. 56, p. 365-368, jul./ago. 2003.

GRIEP, R; CAMPIOL, R. A. W. Atuação do profissional enfermeiro nos serviços de saúde coletiva e sua contribuição na construção do modelo assistencial brasileiro. **Revista Técnica Científica de Enfermagem**. v. 2, n. 8, p. 102-109, 2004.

KODA M. Y, FERNANDES M. I. A. **Reforma psiquiátrica e práticas substitutivas em saúde mental**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1455-1461, jun, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/19.pdf>. Acesso em: 26/01/2013.

MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 4. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 2000

MINAYO, M. C. De S (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 2 ed. Petrópolis, RJ: VOZES, 1994.

NABUCO E.; GOULART, F.C.; POLIDORO, I.V. Relatório final do VII encontro nacional de usuários e familiares do movimento da luta Antimanicomial. **Controle social na saúde mental**: a participação de usuários e familiares. Xerém-Duque de Caxias/RJ, 2003. 32p.

OGATA, M. N; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.** 2009;11(4):820-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>. Acessado em :01/02/2013

PAULON, S. Clínica Ampliada: Que(m) demanda ampliações? In: FONSECA, T. G. e ENGELMAN, S. (orgs). **Corpo Arte e Clínica**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004, p. 259-274.

PINTO, T. R. **ENCONTROS E DESENCONTROS**: A estratégia de saúde da família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental. Botucatu : [s.n.], 2007 Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2007.

SELA, C; ROSENI, R. de; EGRY, E. Y. **A Enfermagem no Projeto UNI**: redefinindo um novo projeto político para a Enfermagem brasileira. São Paulo: HUCITEC, 1998.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; **Desafio para a atenção básica**: incorporação da assistência em saúde mental. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9):1845-1853, set, 2006.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceitos. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v.9, n.1, p.25-59, 2002.

TIMOTEO, R. P. de S. **A Construção do Currículo de Enfermagem da UFRN** (título provisório) Projeto de Tese de Doutorado. Rio Grande do Norte, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.169-174

VASCONCELOS, E.M. (Org.). **Abordagens psicossociais II**: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008.

APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE AREIA BRANCA
CNPJ: 11.397.301/0001-

GABINETE DO SECRETÁRIO

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente do projeto e da realização da pesquisa “**A Articulação entre a Estratégia Saúde da Família e a Rede Substitutiva de Saúde Mental: análise de experiência em município do Nordeste brasileiro**”, de autoria da pesquisadora Clarissa Andira Xavier e Silva, nas dependências das Unidades de Saúde da Família e da Rede Substitutiva de Saúde Mental no Município de Areia Branca/RN, e como estas instituições tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autoriza a execução e concede apoio.

Areia Branca/RN, 28/08/2013.

Prefeitura Municipal de Areia Branca
Secretaria Municipal de Saúde
Antônio Ricardo Calazans D.
Sec. Municipal de Saúde

Antônio Ricardo Calazans Duarte
Secretário Municipal de Saúde Pública
Areia Branca/RN

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTOS
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

**A Articulação entre a Estratégia Saúde da Família e a Rede Substitutiva de Saúde Mental: análise
de experiência em município do Nordeste brasileiro**

Autores:

Clarissa Andira Xavier e Silva – Pesquisadora Responsável

Dr^a Ana Karenina de Melo Arraes Amorim – Orientadora da Pesquisa

Instituição Proponente:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis

CEP: 59.012-300 - Natal/RN

Fone: (84) 3342-9727

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis - Natal/RN

CEP 59.012-300

Fone: (84) 3342-5003

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF, promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, por meio do Núcleo de Estudos

em Saúde Coletiva – NESC e tem como objetivo Investigar como se dá a articulação entre as equipes da ESF e a Rede substitutiva em saúde mental no município de Areia Branca - RN. E, mais especificamente, conhecer a demanda em saúde mental existente no município de Areia Branca – RN atendida pela ESF; investigar como esses serviços e dispositivos da atenção básica e da saúde mental se articulam; e por fim identificar limites, dificuldades e potencialidades para articulação entre as equipes da ESF e da Rede substitutiva em saúde mental.

O estudo se justifica à medida que a Reforma em Saúde Mental enfatiza a reestruturação da atenção em saúde mental vinculada à atenção primária à saúde e na constituição de redes de apoio social e serviços comunitários que possam dar suporte aos indivíduos em seus contextos de vida. E em Areia Branca-RN vem ocorrendo um processo de implementação dessa proposta, através da articulação da rede de serviços substitutivos e da Estratégia Saúde da Família/ESF. Além da premissa de que a articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado atualmente, que a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços com garantia de continuidade da atenção dependem da efetivação dessa articulação. Considera-se, pois, que a articulação entre a atenção básica e a rede substitutiva de saúde mental se impõe como algo inadiável. Organizar a atenção à saúde mental em rede é uma prioridade no sentido de se produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade ao portador de transtorno mental.

Assim, considera-se oportuna a reflexão sobre experiências nas quais a atenção à saúde mental ofertada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, em articulação com a rede substitutiva de saúde mental, esteja se desenvolvendo ou tentando se desenvolver em torno de uma prática mais integral, transformadora, política e socialmente contextualizada. Há de se reconhecê-las, analisar as condições que tornam possível sua emergência e refletir sobre os potenciais e limites destas experiências.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa em que serão utilizados, na coleta de dados, entrevista semiestruturada direcionada ao coordenador de Saúde Mental do município de Areia Branca/RN, como forma de identificar a compreensão do mesmo sobre atenção em saúde mental, bem como identificar como se estrutura a atenção em saúde mental no município de Areia Branca/RN. Serão realizados ainda grupos focais com as equipes de saúde da família e do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva produzir dados a partir da discussão focada em tópicos específicos que precisam ser aprofundados.

Esclarecemos que a sua participação não trará prejuízos à sua pessoa, procurar-se-á o mínimo de riscos possíveis, podendo existir tão somente os riscos de desconforto ou constrangimento durante os questionamentos individuais ou em grupo, seja pela exposição ou por não saber responder às indagações, invasão de privacidade, perda de tempo, exposição da identidade. Contudo, procurar-se-á minimizar estes riscos: A entrevista semiestruturada e os grupos focais serão gravados em áudio,

contudo somente após sua prévia autorização. Os grupos focais embora tragam um maior risco de constrangimento por exposição dos participantes, todos terão a oportunidade de participar quando se sentirem totalmente à vontade para dialogar, pois será um ambiente de discussão aberta e não haverá interrogações diretas a você. Os procedimentos utilizados não oferecem risco à sua dignidade e integridade física ou mental.

Serão respeitados os princípios de privacidade e confidencialidade e não haverá, portanto, a divulgação personalizada das informações prestadas. O pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem sua autorização por escrito.

O estudo não lhe trará benefícios materiais ou financeiros e nenhum participante da pesquisa terá promoção ou prêmio. Como possíveis benefícios ao participar da pesquisa tem-se a contribuição para novas reflexões e abordagens críticas com relação à construção de saberes e práticas em saúde mental, na perspectiva da integralidade. Este estudo possibilitará uma melhor atenção à saúde aos portadores de transtornos mentais, você terá a possibilidade de receber esclarecimentos sobre a articulação da estratégia saúde da família e a rede substitutiva de saúde mental, possibilitando repensar saberes e práticas de saúde, bem como pensar em estratégias de fortalecimento dessa articulação.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade, perda de direitos ou diferença na assistência prestada pelo profissional/pesquisador.

Caso o participante tenha algum gasto ou dano decorrente da pesquisa ele será ressarcido e indenizado sendo-lhes garantidos todos os direitos previstos na legislação brasileira.

Informamos ainda que esta pesquisa segue os princípios ético-legais, contidos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUOL/UFRN.

Os dados dessa pesquisa serão utilizados para investigação, publicação e divulgação a fim de contribuir para a melhoria da assistência prestada aos portadores de transtornos mentais. Uma cópia desse consentimento será arquivado pela pesquisadora responsável, por um período mínimo de 5 anos.

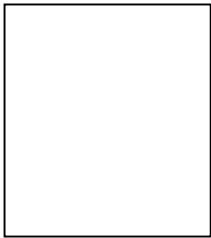
CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, CPF nº _____
declaro que após ter sido esclarecido (a) pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado,

concordo em participar da pesquisa **A Articulação entre a Estratégia Saúde da Família e a Rede Substitutiva de Saúde Mental: análise de experiência em município do Nordeste brasileiro.**

Areia Branca/RN, ____/____/____

Assinatura do Entrevistado



Polegar Direito do Entrevistado
(se necessário)

Clarissa Andira Xavier e Silva
(Pesquisadora Responsável)

APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS GESTORES

Identificação

Formação Profissional:

Tempo de trabalho nesse setor

Questões norteadoras

1. O que você compreende por saúde mental?
2. Como estão organizados os serviços de saúde mental ofertados no município de Areia Branca/RN?
3. Quais os limites e possibilidades na atenção aos usuários da Saúde Mental no município de Areia Branca/RN?
4. Quais são as articulações existentes entre a gestão e os demais serviços da rede municipal de saúde para resolver os problemas e demandas de saúde do usuário de Saúde Mental?
5. O que pode ser feito para melhorar os serviços de atenção psicossocial?

APÊNDICE D - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Identificação

Formação Profissional:

Tempo de trabalho no Serviço

Questões norteadoras

1. Como se caracteriza a demanda de saúde mental na sua área de trabalho?
2. Explique como você lida com uma situação concreta de doença mental no cotidiano desse serviço.
3. A que você atribui a permanência ou não do usuário de Saúde Mental na área de abrangência?
Como estão organizados a ESF para atender a essa demanda?
4. Quais são as articulações existentes entre as ações desenvolvidas por essa equipe com os demais serviços da rede municipal de saúde para resolver os problemas e demandas de saúde do usuário de saúde mental inscrito neste serviço?

APÊNDICE E - ROTEIRO DE GRUPO FOCAL PARA A REDE SUBSTITUTIVA DE SAÚDE MENTAL

Identificação

Formação Profissional:

Tempo de trabalho no Serviço

Questões norteadoras

1. Como se caracteriza a demanda de saúde mental nesta região onde se situa este serviço?
2. Como funciona o encaminhamento do usuário para os demais serviços de saúde e assistência social?
3. Como é a relação deste serviço com a ESF?
4. A que você atribui à permanência ou não do usuário na área de abrangência? Como você vê o cuidado em saúde mental na ESF?

ANEXO A – PARECER DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A Articulação entre a Estratégia Saúde da Família e a Rede Substitutiva de Saúde Mental: análise de experiência em município do Nordeste brasileiro

Pesquisador: Clarissa Andira Xavier e Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21760913.2.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 418.763

Data da Relatoria: 27/09/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo da articulação entre a Rede Substitutiva de Saúde Mental e a Estratégia Saúde da Família/ESF no município de Areia Branca - RN, local onde vem acontecendo a implementação dessa proposta de articulação entre saúde mental e atenção básica como um desafio a ser enfrentado na atualidade.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar como se dá a articulação entre as equipes da ESF e a Rede substitutiva em saúde mental no município de Areia Branca - RN.

Objetivos específicos: Conhecer a demanda em saúde mental existente no município de Areia Branca - RN atendida pela ESF; Investigar como esses serviços e dispositivos da atenção básica e da saúde mental se articulam; Identificar limites, dificuldades e potencialidades para articulação entre as equipes da ESF e da Rede substitutiva em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios aparentemente superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Importante trabalho que pode trazer melhorias para a saúde mental em Areia Branca e pode servir como referência para outros municípios brasileiros.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 418.763

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados satisfatoriamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

NATAL, 08 de Outubro de 2013

**Assinador por:
Joao Carlos Alchieri
(Coordenador)**

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br